



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**Medicalización de la niñez en condición de
institucionalización: El papel de Trabajo Social
frente a los diagnósticos reduccionistas**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA: Mariana Martínez Anaya

**DIRECTORA DE TESIS: Mtra. Carmen Gabriela Ruíz
Serrano**



Ciudad Universitaria, CDMX, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

El mundo

Un hombre del pueblo de Neguá, en la costa de Colombia, pudo subir al alto cielo.

A la vuelta contó. Dijo que había contemplado desde arriba, la vida humana.

Y dijo que somos un mar de fueguitos.

-El mundo es eso –reveló- un montón de gente, un mar de fueguitos.

Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás.

No hay dos fuegos iguales. Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores. Hay gente de fuego sereno, que ni se entera del viento, y gente de fuego loco que llena el aire de chispas. Algunos fuegos, fuegos bobos, no alumbran ni queman; pero otros arden la vida con tanta pasión que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acerca se enciende.

Eduardo Galeano, 1989.

Agradecimientos

A la UNAM: Por brindarme tanto estos últimos años, por los espacios de reflexión y construcción constante, por acercarme a las mejores personas que he conocido y por ser mi segundo hogar.

Al Programa de Apoyo a Proyectos para Innovar y Mejorar la Educación (PAPIME PE302419) de la Universidad Nacional Autónoma de México, quien otorgó el financiamiento para la construcción de éste trabajo investigativo.

Al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, por la apertura y disponibilidad para la realización de esta investigación, así como a los Profesionales que en él laboran y que generosamente compartieron sus voces y experiencias a éste trabajo.

A mi Directora: Agradecerte infinitamente por ser una excelente acompañante, mentora y profesional, por siempre estar atenta, ser tan generosa y por confiar en todo lo que hago, nunca voy a olvidar el día que te conocí y te escuche hablar, sigo asombrada por la capacidad con la que describes aquello que es innumerable y doloroso pero necesario, sobretodo en un país que vive una tragedia sin comparación. Eres sin duda la mejor profesora de la ENTS aunque eso sea algo que a nadie le importe.

Jacky: Siempre estaré agradecida con el universo por haberte conocido, me regresaste la tranquilidad y me diste certeza cuando todo estuvo muy confuso, gracias por tu tiempo, por tus palabras y tus polvos mágicos.

Marú Sandoval: Tengo una profunda admiración por como haz colocado a nuestra profesión en diferentes espacios en los que he tenido la oportunidad de compartir contigo y sobretodo tu preocupación por entender a esta niñez que pareciera estar invisibilizada.

A mis dos niños ninja: Mucho de lo que aparece acá les pertenece, trato de entender su historia y de esa manera un poco repararla. Los amo profundamente.

A mi Mamá y Abuelos: Por ser mi motivo de vida y darme más de lo que tenían.

A Rafael: Nos hemos acompañado mucho tiempo, sin duda el camino contigo ha sido más sencillo, gracias por construir conmigo, por desafiarme y siempre elegirme, te amo inimaginablemente enigmático.

A Rossi y Gerardo: Su presencia en mi vida ha sido muy reconfortable estos últimos años, les agradezco todo lo compartido conmigo, por su calidez y por ser mi familia.

A mis amigos del cubículo 19: Por ser los acompañantes más listos y generosos, agradezco su presencia y siento un alivio cada vez que los escucho hablar con ese profesionalismo y sensibilidad sobre la niñez, me recuerdan que ésta realidad duele todo el tiempo, pero no hacer nada al respecto duele más; y al mismo tiempo me dan esperanza y me confirman que no todo está perdido.

A Tete, Daniel y Maga: Quiuboooo, no podían faltar porque probablemente estuvieron conmigo en mi peor momento como estudiante y siempre fueron solidarios, he aprendido mucho de ustedes y admiro la manera en la que han trazado su camino profesional.

A mis metaleros favoritos Frida, Armando y Josué: Los quiero para toda la vida, muchas gracias viejos ridículos por su escucha, risas, consejos y ser incondicionales; gracias Frida por siempre espejarme, escucharme y alimentarme en mis peores días.

CONTENIDO

Índice de Tablas y Figuras	8
Introducción	10
Justificación.....	13
Capítulo I. Método.....	16
1.1 Pregunta de Investigación.....	16
1.2 Objetivos	16
1.2.1 General.....	16
1.2.2 Específicos	16
1.3 Supuesto hipotético	17
1.4 Diseño de la investigación.....	17
1.4.1 Participantes.....	19
1.4.2 Lugar de trabajo.....	19
1.4.3 Nivel y tipo de estudio.....	19
1.4.4 Análisis de la investigación	20
1.5 Procedimiento	20
Capítulo II. Contexto actual de la Niñez en México	22
Elementos introductorios	22
2.1 Maltrato Infantil	25
2.2 Instrumentos Internacionales de protección a la niñez	37
2.3 Instrumentos Nacionales de protección a la niñez	41
2.4 Contexto social actual en México.....	44
Capítulo III. Estrategias de política pública en la atención a la niñez receptora de violencia.	48
Capítulo IV. La protección de Niñas, Niños y Adolescentes a partir de los Centros de Asistencia Social.	52
4.1 Contexto de institucionalización en México: Las instituciones dirigidas a la atención de la niñez a través del tiempo	52
4.2 Centros de Asistencia Social para el cuidado y restitución de derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.	57
4.3 Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.....	68
4.4 Modelo tipo de atención y protección integral SNDIF: Equipo multidisciplinario.....	71
Capítulo V. Efectos Biopsicosociales e implicaciones de la institucionalización	75
5.1 Características e implicaciones.....	75
5.2 Trauma	84
Capítulo VI. Medicalización de la niñez en condición de institucionalización	90
6.1 La medicalización de la niñez como estrategia de intervención del Trauma.....	90

6.2 De la complejidad de las historias a la patologización: Niñas, Niños y Adolescentes en condición de institucionalización con déficits, trastornos y espectros.....	97
6.3 Problemáticas de las clasificaciones diagnósticas del DSM-V	107
Capítulo VII. La Intervención de Trabajo Social en la atención a la niñez en condición de institucionalización	111
7.1 Trabajo Social en los Centros de Asistencia Social	113
7.2 Metodología de Intervención del Trabajo Social Individualizado	117
Capítulo VIII. Resultados.....	123
8.1 Tiempo y extensión del estudio	123
8.2 Naturaleza y número de los escenarios e informantes	124
8.3 La relación con los informantes	124
8.4 Esquematización del análisis	125
8.5 Discusión y análisis de la información.....	148
Capítulo IX. Directrices de Intervención.....	162
Conclusiones.....	170
Limitaciones.....	173
Referencias.....	174
Anexos.....	181
Consentimiento Informado	181
Guía de entrevista.....	184
Solicitudes de información Pública (Preguntas Ciudadanas, Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de los Datos Personales (INAI):	185
Glosario de abreviaturas	206

Índice de Tablas y Figuras

Tabla 1: Conceptualizaciones del Maltrato Infantil	26
Tabla 2: Tipología de los malos tratos.....	29
Tabla 3: Estrategias PNDD: 2019-2024.....	49
Tabla 4: Situaciones de Maltrato Infantil Institucional.....	61
Tabla 5: Registro Centros de Asistencia Social a nivel Nacional	67
Tabla 6: Etapas del Modelo Tipo de atención en los Centros de Asistencia Social del SNDIF.....	73
Tabla 7: Repercusiones de la Institucionalización.....	79
Tabla 8: Conceptualizaciones de Medicalización.....	91
Tabla 9: Trastornos Infanto-Juveniles catalogados en el DSM-V	98
Tabla 10: Psicopatología del Desarrollo.....	100
Tabla 11: Perfil y Funciones del equipo de Trabajo Social	113
Tabla 12: Actividades del profesional en Trabajo Social	115
Tabla 13: Caracterización de los actores.....	125
Tabla 14: Tabla de Categorías.....	126
Tabla 15: Preguntas Ciudadanas	137
Figura 1: Tesis constitutivas de la sociología de la infancia.....	24
Figura 2: Infografía Maltrato Infantil	30
Figura 3: La familia, Modelo Ecológico	33
Figura 4: El miedo y la ansiedad.....	34
Figura 5: Negligencia en el cerebro.....	36
Figura 6: La Convención de los Derechos del Niño [1].....	39
Figura 7: La Convención de los Derechos del Niño [2].....	40
Figura 8: Recorrido histórico del proceso de institucionalización	54
Figura 9: Modalidades de ingreso a los Centros de Asistencia Social del SNDIF.....	60
Figura 10: Antecedentes SNDIF.....	68

Figura 11: Centros de Asistencia Social, SNDIF.....	69
Figura 12: Criterios que definen una figura de apego de acuerdo con John Bowlby.....	78
Figura 13: Expresiones del Trauma	85
Figura 14: Exposición de la niñez al maltrato.....	87
Figura 15: Asociación de procesos traumáticos en la infancia, en el desarrollo de síntomas psicóticos. 88	88
Figura 16: Principales rasgos del modelo médico hegemónico	95
Figura 17: Precursores de la Metodológica de Intervención del Trabajo Social individualizado.....	118
Figura 18: Proceso Metodológico de intervención individualizada	119
Figura 19: Funciones y Técnicas propios de Trabajo Social para el acompañamiento profesional con Niñas, Niños y Adolescentes en condición de institucionalización diagnosticados con un trastorno mental	167

Introducción

El contexto nacional está cargado de un malestar social generalizado, una de las manifestaciones de éste padecimiento se traduce en una cantidad cada vez más grande de trastornos mentales, de los cuales la niñez ha sido un blanco principal, llamando la atención desde diferentes disciplinas que a pesar del incremento de tratamientos farmacológicos y terapéuticos las cifras no hayan disminuido, por el contrario cada vez están más presentes. Algunos estudios señalan que entre el 10% y 20% de niñas, niños y adolescentes a nivel mundial están diagnosticados con algún trastorno mental (Kieling, 2011).

Al respecto, la medicalización para el presente estudio se define como el conjunto de prácticas médicas que intervienen en aspectos de la vida cotidiana de las personas, pretende resolver problemas complejos y sociales que se manifiestan a partir del cuerpo, en donde se establece la naturalización acrítica de la vida diaria que consiste en diagnosticar, patologizar, y medicar a quien presente “diferencias” o “desviaciones” con “los criterios de normalidad”.

Éste trabajo centra sus esfuerzos por construir una primera aproximación al fenómeno de la medicalización de la niñez que se encuentra albergada en Centros de Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), con la premisa de que éste tema no es privativo ni le corresponde a una sola disciplina abordarlo, debido a que ha sido ampliamente documentado por la Psicología y la Psiquiatría principalmente, poco abordado desde disciplinas sociales. Teniendo en cuenta que las y los profesionales en Trabajo Social son quienes poseen conocimientos integrales sobre relaciones, vínculos, lazos y procesos sociales.

Es así, que se intentan brindar algunas directrices de intervención para contemplar nuevas formas de hacer visible el padecimiento y las posibilidades de la intervención en lo social dentro de escenarios complejos y cambiantes.

En el primer capítulo se desarrolla el método utilizado en la investigación, la cual es de tipo cualitativo con triangulación de técnicas, ya que permite comprender la

problemática planteada desde la perspectiva de los profesionales, y a su vez contar con elementos cuantificables y cualificables que nos aproximen al fenómeno, el nivel de estudio es exploratorio-descriptivo cuyo propósito es analizar los diagnósticos que se vinculan con algún trastorno mental en la niñez que se encuentra en condición de institucionalización.

En el segundo capítulo se retoma algunos elementos teóricos para abordar el Maltrato Infantil así como los instrumentos internacionales y nacionales de protección a la niñez, finalizando con el contexto actual a nivel nacional, con el objetivo de brindar un panorama general de las problemáticas actuales de la niñez.

En el tercer capítulo se contempla las estrategias de Política Pública consideradas en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, así como algunas particularidades del gobierno actual. En el cuarto capítulo se desarrolla el contexto institucional mediante el cual el Estado busca restituir los derechos de la niñez a través de los Centros de Asistencia Social.

El quinto capítulo retoma elementos teóricos respecto a los efectos biopsicosociales que tiene la institucionalización en la vida de Niñas, Niños y Adolescentes ya que al vivir en un espacio artificial, la separación familiar y las vivencias compartidas con sus pares y los profesionales a su cuidado, son elementos que los unifican y los diferencian de otros niños y niñas, lo cual a su vez va impactando la manera en la que conciben el mundo.

En el sexto capítulo se realiza una recopilación teórica sobre la medicalización de la niñez, para reconocer al sujeto en su integralidad contemplando todas las esferas del desarrollo humano. Así como algunas problemáticas de las clasificaciones diagnósticas del DSM –V por sus siglas en Ingles Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

En el séptimo capítulo se recuperan elementos teórico metodológicos del trabajo social individualizado en la atención con Niñas, Niños y Adolescentes en condición de institucionalización, con el objetivo de describir cómo la y el trabajador social

forman parte medular en los Centros de Asistencia Social debido al conocimiento integral de Niñas, Niños, Adolescentes y sus familias.

Por último se presentan los resultados en donde se realiza una discusión y análisis de la información. Se busca que éste trabajo aporte inquietudes y elementos para el quehacer profesional que deriven en un replanteamiento de estrategias y directrices de Trabajo Social, considerando la urgente necesidad por implicarse en los procesos relacionados a temas de salud mental, tradicionalmente constreñidos al abordaje médico y psicológico.

Justificación

La presente investigación se aborda desde un enfoque sistémico al ser una herramienta de utilidad interdisciplinaria que contempla la totalidad de un sistema en sus interacciones internas y externas, en el entendido, de que no es posible comprender las partes de un todo, si éstas se consideran de forma aislada; para Bertalanffy (1976), un sistema es el conjunto de elementos interrelacionados que conforman una unidad que persigue algún objetivo identificable o una finalidad. Esto, al considerar que en cualquier lugar existen elementos que están interactuando en circuitos de retroalimentación, en los que cada elemento influye en los demás y, a su vez, éste es influido por los otros.

A partir de lo descrito, el enfoque sistémico considera a la institución (SNDIF) como un sistema en donde se contempla a cada miembro que la conforma: cada una de las áreas profesionales que se encuentran en la atención y cuidado de la niñez en condición de institucionalización y las interacciones entre éstas, específicamente las prácticas profesionales que derivan en la construcción de diagnósticos patologizantes y a su vez, en la utilización de fármacos como mecanismo para la atención de trastornos mentales; emana del diagnóstico social realizado en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (Ruíz S. C., 2016), de los cuales se obtienen elementos estructurales que motivan a la institucionalización, así como un perfil sociodemográfico de NNA albergados en los cinco Centros de Asistencia Social.

Así mismo, precede de la investigación realizada en Casa Cuna Tlalpan del SNDIF (Ruíz S. C., 2017), cuyos principales hallazgos fueron: que el perfil de atención de niñas y niños muta y se complejiza en un andamiaje de violencias estructurales que exigen de la intervención social una mirada sistémica, cada vez más especializada acorde a las problemáticas de la niñez actual. De igual forma, es necesario consolidar las intervenciones profesionales desde la especificidad del Trabajo Social y se identifica un agotamiento profesional derivado de la permanente exposición de seres humanos transgredidos por la violencia.

Teniendo en cuenta dichos elementos de la institución, se contempla el tema de la medicalización de la niñez, por ser un hallazgo constante en los discursos de los profesionales que se encuentran a su cuidado en los Centros de Asistencia Social, respecto a un alto índice de trastornos mentales, los cuales para ésta investigación se definen como un conjunto de malestares gestados a partir del contexto social y/o familiar, manifestados a través del cuerpo con padecimientos subjetivos.

Es importante aclarar que no existe una definición de trastorno mental universalmente aceptada y las que existen han sido insuficientes para definirlos con precisión, con reglas explícitas y claras de aplicación. Y la definición que ofrece el DSM-V es ambigua:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos patológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

De acuerdo con Echeverría (2015) ésta ambigüedad en la definición de trastornos mentales se debe a que se ha intentado definir las categorías de trastornos mentales a partir de los mismos elementos con los que se definen las enfermedades médicas, pero no se ha logrado.

Por ejemplo, un porcentaje de los esquizofrenicos presentan una dilatación de los ventriculos cerebrales. Pero dicha anomalía no es específica. No todos los esquizofrenicos la presentan y hay quienes la presentan pero no son esquizofrenicos. Las alteraciones conocidas en la neurotransmisión son también inespecíficas e insuficientes para definir un trastorno y no se pueden traducir en pruebas diagnósticas. Tampoco hay un consenso en relación con los diferentes factores causales, que pueden ser múltiples y variables en cada trastorno (Echeverría, 2015, p. 119).

Una vez aclarado esto, en éste trabajo se investiga aquellos elementos sociales que se encuentran vinculados con la medicalización, así como la labor profesional de Trabajo Social en la intervención con éste tipo de casos, pues si bien la medicalización es un proceso médico, que usualmente mira al sujeto en un

momento determinado, seguir operando bajo éstos diagnósticos simplifica los procesos humanos. El desafío está en reconocer a la niñez como sujetos de derecho, lo cual supone darles la palabra y reconocerles en su singularidad.

Frente a esta problemática la y el trabajador social podrían brindar elementos propios de la disciplina para contribuir en la construcción de diagnósticos más integrales, en donde no solo el área médica intervenga, pues para los sujetos que nos ocupan niñas, niños y adolescentes en condición de institucionalización y por lo complejo de sus historias (vinculadas con violencia estructural en diferentes expresiones) no es posible que sean reducidos a un tratamiento predominantemente medicamentoso y a una problemática de orden individual y/o familiar; debido a que como menciona Cristóforo (2015, p. 67) no solo las condiciones de pobreza y marginalidad son las que colocan a la niñez en situación de vulnerabilidad y cosificación la lógica del consumo, la medicalización de la sociedad, el uso del cuerpo como objeto, la patologización de conductas no esperables y sufrimiento cotidiano, son representantes en nuestra sociedad de la violencia, puesto que suponen un desconocimiento del otro.

En tanto, resulta un fenómeno complejo y con diferentes aristas que lo interpelen, es poco certero abordarlo desde una sola disciplina, por lo cual resulta de absoluta relevancia para su deconstrucción analítica desde el ámbito social, pues abordar ésta situación desde Trabajo Social podría ser el medio para trascender de la mirada unidireccional del fenómeno.

Capítulo I. Método

1.1 Pregunta de Investigación

- ¿Cuáles son las estrategias de atención definidas desde el trabajo social y bajo qué marcos jurídicos están enfocados, hacia la niñez diagnosticada con trastorno mental y en condición de institucionalización albergada en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia?

1.2 Objetivos

1.2.1 General

Analizar la intervención de la y el Trabajador Social en la atención de niñas, niños y adolescentes diagnosticados con un trastorno mental que se encuentran en condición de institucionalización en los Centros de Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, a partir de la revisión de los marcos jurídicos y de atención institucional, estrategias de política pública y la percepción del equipo multidisciplinario enfocado a la restitución de derechos, que permita identificar elementos para el fortalecimiento de la incidencia profesional en el campo de la salud mental.

1.2.2 Específicos

- a) Conocer los marcos jurídicos enfocados en la atención de la niñez en condición de institucionalización albergada en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia diagnosticada con algún trastorno mental y las estrategias de atención definidas para esta población a nivel internacional y nacional.

- b) Profundizar en el estudio de los marcos de atención institucional y las estrategias de política pública enmarcadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.
- c) Estudiar la intervención de la y el Trabajador Social en la atención de Niñas, Niños y Adolescentes en condición de institucionalización que se encuentren diagnosticados con un trastorno mental.

1.3 Supuesto hipotético

En los Centros de Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia es difícil encontrar una intervención integral en la cual se contemple el contexto completo de las Niñas, Niños y Adolescentes para la construcción de diagnósticos vinculados con un trastorno mental; por lo tanto se tiende a invisibilizar a la niñez vinculada con un trastorno mental, así mismo la intervención desde el Trabajo Social en los casos que se relacionan con la salud mental de NNA es incipiente, al involucrarse en éstos con acciones administrativas. Esto responde a una lógica de resolver los problemas complejos desde la medicalización considerando al niño como un ente aislado, en el cual se depositan todos los problemas, considerando que en él se encuentra la única solución.

1.4 Diseño de la investigación

Se trata de una investigación cualitativa con triangulación de técnicas, recuperando las siguientes técnicas de investigación:

- *Entrevistas a profundidad.*
- *Solicitudes de información Pública (Preguntas Ciudadanas del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales).*
- *Observación no participante.*

Entrevistas a profundidad: Se realizaron tres entrevistas individuales semiestructuradas en profundidad en tres Centros de Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia: CNMAIC Casa Cuna Tlalpan, CNMAIC Casa Cuna Coyoacán y CNMAIC Casa Hogar para Niñas, las cuales tuvieron una duración promedio de 60 minutos cada una, al inicio de la entrevista se les informó a los profesionales el objetivo de la misma, garantizando la protección de sus datos personales o sensibles. Se tuvo la autorización de grabarlas. Y de acuerdo con el objetivo de la presente investigación se realizó una guía de entrevista semiestructurada. Las entrevistas se transcribieron para su revisión y análisis.

Así mismo, se realizaron *Solicitudes de información Pública (Preguntas Ciudadanas del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales)*: Se hicieron cinco solicitudes dirigidas a cada uno de los Centros de Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia: CNMAIC Casa Cuna Tlalpan, CNMAIC Casa Cuna Coyoacán, Subdirección de Centro Amanecer para Niños, CNMAIC Casa Hogar para Niñas y CNMAIC Casa Hogar para Varones a través de las cuales se obtuvieron datos cuantitativos que permitieron conocer con amplitud la información detallada respecto a la cantidad de niñas, niños y adolescentes diagnosticados con un trastorno mental y bajo un tratamiento farmacológico por Centro de Asistencia Social.

Respecto a la técnica de observación que permite obtener información de manera sistemática del mundo social; el tipo de observación utilizada fue la no estructurada de tipo no participante. Ésta se aplicó durante las entrevistas a profundidad con el equipo multidisciplinario del SNDIF, permitiendo identificar elementos que abonaran al análisis realizado. La aplicación fue no estructurada pues no se no se realizaron categorías precisas a observar, ni se utilizaron guías de observación.

1.4.1 Participantes

Equipo multidisciplinario enfocado a la restitución de derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia: Áreas de Trabajo Social, Derecho y Psicología.

1.4.2 Lugar de trabajo

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia cuenta con cinco Centros de Asistencia Social para la atención integral a la niñez, de los cuales se realizaron entrevistas a profesionales en tres de estos:

Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Cuna Tlalpan.

Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Cuna Coyoacán.

Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Niñas “Graciela Zubirán Villarreal”.

1.4.3 Nivel y tipo de estudio

El nivel de estudio es exploratorio-descriptivo pues de acuerdo con Dankhe (1989), éstos estudios tienen como objetivo poder familiarizarse con un tópico desconocido, poco estudiado o novedoso; proporcionan información para realizar estudios descriptivos que pretendan analizar con mayor profundidad un fenómeno y sus componentes; para el presente estudio, el propósito es analizar la intervención de Trabajo Social en la atención a la niñez en condición de institucionalización diagnosticada con un trastorno mental, partiendo de la idea que los diagnósticos tendrían que construirse desde la multidisciplina, mirando al sujeto desde una

integralidad y no de manera fragmentada; el tipo de investigación es aplicada al emanar de dato empírico; no experimental e inductiva porque mira la profundidad del detalle en un universo, partiendo de lo particular a lo general (Dávila Newman, 2006).

1.4.4 Análisis de la investigación

Los datos se recuperaron de grabación de voz, los cuales fueron transcritos por la investigadora. Posteriormente se realizó la codificación abierta, que es un examen minucioso de secciones de texto en las palabras, frases y oraciones de los participantes después de una serie de modificaciones basadas en lecturas repetidas de los datos (Guerrero, 2007). Se efectuó el análisis de codificación abierta que consistió en el examen de selecciones de texto tomando palabras individuales, frases simples o compuestas. A través de éste procedimiento, se categorizaron los datos que ofrece (Strauss & Corbin, 1998). Las categorías y sus propiedades se dividieron en cinco esquemas que buscan evidenciar la interrelación del fenómeno de la medicalización de la niñez que se encuentra en condición de institucionalización.

1.5 Procedimiento

- I. Búsqueda de literatura relacionada a las problemáticas de la medicalización.
- II. Asistencia a Seminarios, foros y talleres de discusión con profesionales multidisciplinares enfocados a la atención de la niñez diagnosticada con algún trastorno mental.
- III. Enlace y Coordinación con la Dirección General de Integración Social (DGIS) responsable del funcionamiento de los Centros de Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

- IV. Diseño de guías de entrevista para el registro de información.
- V. Realización de entrevistas con profesionales.
- VI. Procesamiento de la información y análisis.
- VII. Diseño de directrices para la intervención desde el trabajo social con la población vinculada con un trastorno mental.

Capítulo II. Contexto actual de la Niñez en México

“Día tras día se niega a los niños el derecho a ser niños. Los hechos, que se burlan de ese derecho, imparten sus enseñanzas en la vida cotidiana. El mundo trata a los niños ricos como si fueran dinero, para que se acostumbren a actuar como el dinero actúa. El mundo trata a los niños pobres como si fueran basura, para que se conviertan en basura. Y a los del medio, a los niños que no son ricos ni pobres, los tienen atados a la pata del televisor, para que desde muy temprano acepten, como destino, la vida prisionera. Mucha magia y mucha suerte tienen los niños que consiguen ser niños”.

Eduardo Galeano, 1998.

Elementos introductorios

Pensar la niñez como un periodo de tiempo biológico y un rango de edad establecido, ha nutrido una mirada adultocentrista que impacta en la historia y a su vez en la estructura social; ese adultocentrismo menciona Bustelo Graffigna “impide el entendimiento de las circunstancias históricas, no permite el trabajo de deconstrucción del lenguaje de niños, niñas y adolescentes, no entiende la relación de poder entre adultos e infancia y no reconoce a niños y niñas como actores que tienen una vida propia intensa en la que se producen como seres sociales en interlocución con los adultos” (Bustelo, 2012, p. 291).

Es por eso que a lo largo de éste texto Niñas, Niños y Adolescentes son referidos con el acrónimo “NNA” o bien “niñez” utilizados para definir a un grupo poblacional que por su condición de inferioridad en las relaciones sociales requieren protección y cuidados integrales, que va más allá de solo considerarlos un grupo poblacional por su rango de edad.

De acuerdo con Ariès no había infancia en la edad media, pues no existía diferencia entre niños y los adultos. “Ariès basa sus pinturas de la época y concluye que, antes

del siglo XVI, los niños aparecían en los retratos familiares con las mismas características físicas que los adultos, es decir, sin las proporciones que correspondían a su edad. La indumentaria, actividades y actitudes de los cuadros no se diferencian de los mayores” (Instituto de Investigaciones Jurídicas, s/f).

Mause concuerda con Ariès en que “la infancia fue ignorada durante siglos, pero define en cuanto a consecuencias de esta situación y sostiene que éste desconocimiento fue causa de que los niños fueran maltratados a lo largo de todo este tiempo por sus padres” (Instituto de Investigaciones Jurídicas, s/f).

Desde el adultocentrismo, se consideran a Niñas, Niños y Adolescentes como adultos miniatura que no son actores de su propio desarrollo y son solo proyectos de personas adultas. En éste contexto son propiedad de los padres y aprendices de adultos, dependientes en todo de quienes los acompañan. Ha sido complicado para el adulto anteponer el interés superior de la niñez sobre su propio interés.

Bustelo resalta que la infancia es situada incuestionablemente en una relación de dependencia y subordinación, pues “la infancia no se refiere al niño o la niña singularizados ni a las categorías de hijo/a o alumno/a, sino al colectivo infancia que expresa el lugar que en la cultura tienen las nuevas generaciones respecto a los adultos. Esta asignación en la cultura es histórica y discursiva” (Bustelo, 2012, p. 289).

De esta manera, algunos comportamientos que no son acertados por esta cultura adultocéntrica automáticamente tienden a patologizarse.

Jens Qvortrup propone una síntesis de nueve tesis constitutivas de la sociología de la infancia, figura 1:

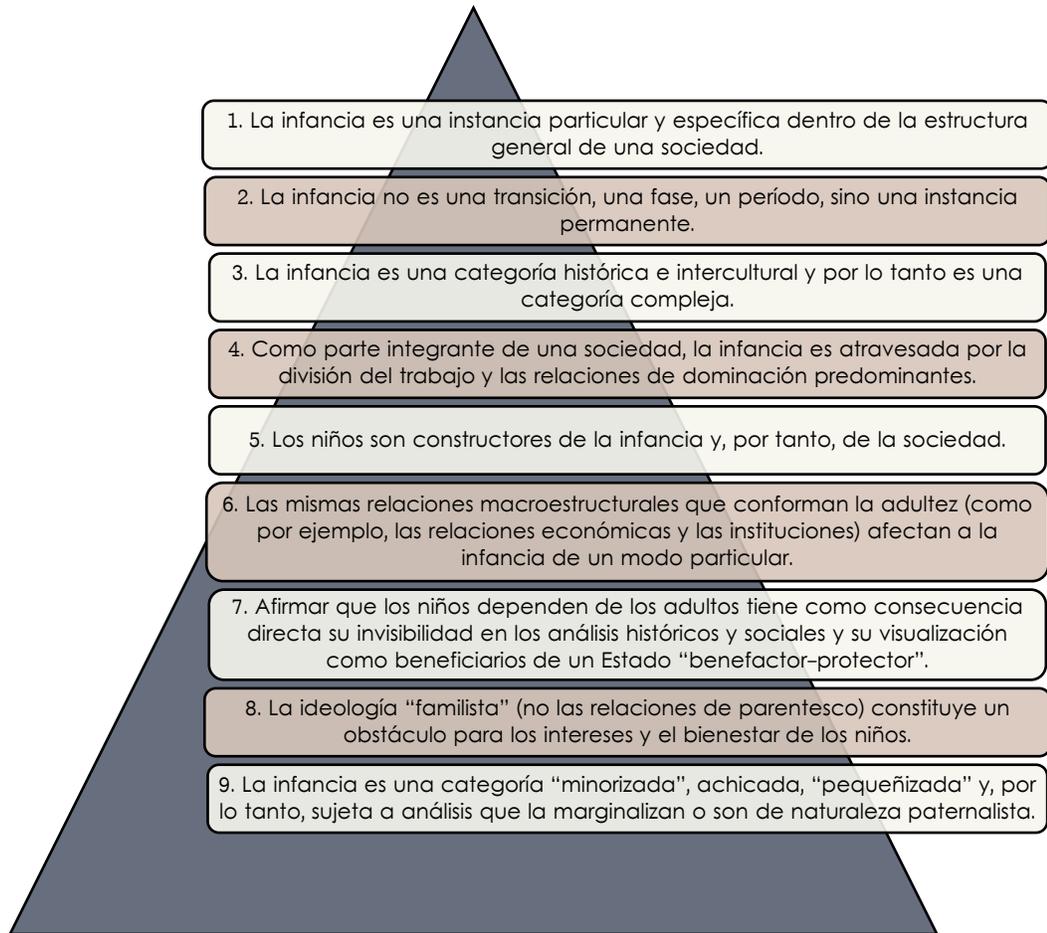


Figura 1: Tesis constitutivas de la sociología de la infancia

Elaboración propia con base en Qvortrup J. Childhood as social phenomenon revisited. En Bustelo, G. E. (2012). Notas sobre infancia y teoría: un enfoque latinoamericano, (pp 290–291).

Narodowski (1999) plantea que las nuevas estructuras posmodernas provocan la "fuga" de la infancia y generan nuevas identidades infantiles: la infancia hiper-realizada y la infancia desrealizada. El primer tipo corresponde a una infancia procesada al ritmo vertiginoso de la cultura de las nuevas tecnologías y los nuevos medios masivos de comunicación, esto es, niños que comprenden manejar esas tecnologías y no requieren de adultos para acceder a la información, dado que crecieron con ellas, y, por tanto, se realizan en ellas. En el otro polo se encuentra la infancia desrealizada, que construye sus propios códigos alrededor del "aquí" y del "ahora", alrededor de las calles que los albergan y de los "trabajos" que los mantienen vivos. No despiertan en los

mayores un sentimiento de ternura y cuidado. Es una infancia desgajada de la escuela y de la familia que no logran retenerlos y cuando lo hacen, no saben muy bien qué hacer con ellos (Narodowski, 1999, como se citó en Cohen, 2010).

En consecuencia se tendría que hablar de un enfoque basado en un nuevo discurso sobre la niñez, reconociendo su autonomía y cómo los adultos se colocan frente a ellos, pues son un referente para su sistema de evaluación- elaboración. Ven a los adultos para tratar de descifrar sus propias emociones y el mundo en general. “Pensar la infancia en la complejidad del mundo actual y las nuevas identidades que se genera suponen analizar, principalmente, los distintos aspectos de la experiencia contemporánea que impactan tanto en el lugar que ocupa la niñez en la sociedad como en la subjetividad de los niños” (Cohen, 2010).

Una expresión del adultocentrismo es el maltrato infantil, pues se ha planteado durante años como una práctica generalizada y a tratarles como objetos que los adultos pueden poseer y controlar; incluso promover medidas políticas, económicas, educativas, bajo el nombre de la infancia, centradas en el discurso y en el bienestar del adulto.

2.1 Maltrato Infantil

Las manifestaciones de maltrato infantil a lo largo de la historia de la humanidad se han expresado por medio de: infanticidios, trabajo infantil, orfandad o niños forzados a participar en conflictos armados, entre otros. Sin embargo, es preciso señalar que dichas expresiones de maltrato infantil no han estado presentes en todas las sociedades, no obstante ha preexistido una normalización del maltrato infantil como si éste fuera necesario o normal y generalmente se ha utilizado la violencia en la niñez como un método educativo y de disciplina.

De acuerdo con Ariès el sufrimiento de la infancia coincide con las prácticas sociales capitalistas y los modelos hegemónicos de la burguesía (Ariès como se citó en Cohen, 2010). Esto se relaciona directamente con los factores socioculturales que impiden reconocer a niñas y niños como personas, categorizándolos como objetos y propiedad de los adultos para ser utilizados o como destinatarios de caridad; ésta relación desigual con los adultos, hace posible todo tipo de abuso y violencia.

En la segunda mitad del siglo XIX en la Ciudad de Nueva York el acontecimiento que determinó la época moderna para el reconocimiento y la atención del Maltrato infantil por primera vez, fue el caso de Mary Ellen, que develó la nula existencia de leyes para la protección de la niñez, debido a que recibió apoyo de la ley al reconocerla como parte del reino animal y merecer por éste motivo la protección de su integridad. Éste acontecimiento es considerado un parteaguas, pues después de éste, en 1875 se promulga en la Ciudad de Nueva York la primera ley en el mundo para prevenir y castigar el abuso punitivo de los niños.

El hecho de que existan diferentes esfuerzos para entender y detectar el Maltrato Infantil, ayudará como menciona Barudy (1993) a tomar la singularidad de cada tipo para ofrecer respuestas coherentes al sufrimiento infantil.

Tabla 1. Conceptualizaciones del Maltrato Infantil

MALTRATO INFANTIL		
Organismos internacionales y nacionales	Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas	Toda violencia, prejuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona.

	Comisión Nacional de Derechos Humanos	Cualquier interrupción en la salud física y/o emocional en la vida de una niña, un niño o adolescente, causada por actos u omisiones (ya sea que se trate sólo de amenazas o que realmente se ejecuten) por parte de las personas que tengan responsabilidad sobre ellos – quienes son garantes de su bienestar– o en quienes ellos confíen; es decir, comprende además de los miembros de la familia, a los adultos que cuidan de ellos en estancias infantiles, escuelas, centros de salud, centros de asistencia social, grupos de la comunidad y cualquier otro entorno de interacción.
Teóricos	Jorge Barudy	Toda acción u omisión cometidos por los individuos, instituciones o por la sociedad en general, y toda la situación provocada por estos que prive a los niños de cuidados, de sus derechos y libertades, impidiendo su pleno desarrollo, constituyen por decisión un acto, o una situación que entra en la categoría de lo que nosotros llamaremos malos tratos o negligencia.

	Arturo Abdalá	La característica fundamental del fenómeno es que no es accidental, sino intencionalmente provocado.
--	---------------	--

Elaboración propia con base en: La Comisión de los Derechos Humanos y La Convención de los Derechos de Niños de derechos Humanos, Barudy, J. (1993). El dolor invisible de la infancia, Abdalá, A. (2017). Maltrato Infantil: Gravedad y Prevención.

El Maltrato Infantil no se presenta solo, “el niño no solo recibe golpes, sino que es depositario de palabras, gestos hirientes y humillantes, que corresponden al maltrato psicológico; la negligencia o el abandono son a la vez formas de maltrato psicológico” (Barudy, El dolor invisible de la infancia, 1998).

En las últimas décadas se ha estudiado a nivel internacional el impacto directo y significativo del maltrato en las niñas y niños, con el objetivo de mejorar las condiciones de la infancia. Tipificando diferentes expresiones de maltrato tradicionales (domésticas) y contemporáneas (estructurales). Lo cual no quiere decir que solo se ejerza uno solo, pues generalmente se observa una combinación de varios. Pues de acuerdo con “el enfoque interseccional que revela que las desigualdades son producidas por las interacciones entre los sistemas de subordinación de género, orientación sexual, etnia, religión, origen nacional, discapacidad y situación socio-económica, que se constituyen uno a otro dinámicamente en el tiempo y en el espacio. Así, permite concebir el posicionamiento individual como un conjunto indivisible” (Barbera, 2016, p. 106).

Por consiguiente, la mayoría de los teóricos desarrollan una tipología del maltrato infantil contemplando el Maltrato Físico, Maltrato Psicológico, Abuso sexual, Maltrato por abandono o Negligencia, Síndrome del niño sacudido o impactado, Síndrome Münchhausen y recientemente el Maltrato Institucional (Ruíz S. C., 2019). Como se mencionó anteriormente no existe un solo factor, sino múltiples factores que interactúan a nivel individual, familiar, social y cultural para atribuir el desarrollo

del Maltrato Infantil. Es decir, como en muchas problemáticas sociales, no existe una relación “causa-efecto”.

Tabla 2. Tipología de los Malos Tratos

	Activo	Pasivo
Maltrato	Tienen un valor comunicativo; el contenido del mensaje contenido por la víctima dependerá, entre otros, del modo de comunicación del contexto en el cual ésta se realiza, y del estado estructural de la víctima en el momento del maltrato.	Es el resultado de situaciones, en las que, de manera deliberada o por una actitud extraordinariamente negligente, las personas responsables de los niños no hacen nada para evitar estos sufrimientos o, no hacen lo necesario para satisfacer una o varias de las necesidades.
Visible	Golpes, abuso sexual	Negligencia
Invisible	Maltrato psicológico	Abandono

Elaboración propia con base en la tipología de los malos tratos desde una perspectiva ecosistémica de Barudy, J. (1993). El dolor invisible de la infancia.

Históricamente, el Maltrato Infantil se ha considerado un problema del ámbito doméstico pues se manifiesta en los entornos más próximos a las Niñas, Niños y Adolescentes: la familia, sin embargo hoy traspasa esas fronteras y se manifiesta como resultado del resquebrajamiento y descomposición del tejido social, involucrando a los menores de edad en problemáticas de largo alcance y de dimensiones nacionales y transnacionales tales como: la trata de personas, la niñez migrante no acompañada y el maltrato institucional (una forma de reciente reconocimiento) (Ruíz S. C., 2019, p. 26).

Así, es muy importante considerar que en la crianza cuando los padres tienen dificultades en la relación con sus hijas e hijos se muestran sus fragilidades personales, herencia casi siempre de sus propias infancias mal transitadas. O como menciona Rigat & Talarín “cuando hay maltrato hacia los niños es porque hay unos padres que no están bien consigo mismos y, por consiguiente, ejecutan sus relaciones de poder para con sus hijos de un modo anómalo y destructivo. El maltrato solo puede entenderse como síntoma, como señal de un equilibrio ausente o roto” (2015, p. 667).

Dichas manifestaciones del maltrato infantil en su expresión contemporánea se ilustra en la siguiente infografía.

Figura 2: Infografía Maltrato Infantil



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

50
Anniversario



MALTRATO INFANTIL. DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA A LA VIOLENCIA ESTRUCTURAL



MALTRATO INFANTIL EN SU EXPRESIÓN TRADICIONAL:
El maltrato infantil se ha considerado un problema del ámbito doméstico pues se manifiesta en los entornos más próximos a las niñas, niños y adolescentes: la familia.

Se enfatiza en contextos precarizados, con prácticamente nulas redes de apoyo y carencia de instrucción académica por parte de las y los cuidadores, condicionantes que favorecen el estrés y hacen proclive la violencia.

TIPOLOGÍA DEL MALTRATO INFANTIL EN SU EXPRESIÓN TRADICIONAL, DE ACUERDO CON LA OMS (2002):

- Abusos físicos.
- Abusos sexuales.
- Abusos emocionales y psicológicos.
- Desatención.
- Prenatal.
- Físico.
- Emocional.
- Sexual.
- Negligencia.

Un acontecimiento determinante en la época moderna para el reconocimiento y la atención del maltrato infantil fue el caso de la niña **Mary Ellen Willson**, pues develó la nula existencia de leyes para la protección de la niñez. Dicho acontecimiento fue un parteaguas, en 1875 se promulga en la ciudad de Nueva York la primera ley en el mundo para prevenir y castigar el abuso punitivo de los niños.



MALTRATO INFANTIL EN SU EXPRESIÓN CONTEMPORÁNEA:
Hoy traspasa esas fronteras y se manifiesta como resultado del resquebrajamiento y descomposición del tejido social, involucrando a los menores de edad en problemáticas estructurales.

MANIFESTACIONES DEL MALTRATO INFANTIL EN SU EXPRESIÓN CONTEMPORÁNEA:

- La trata de personas.
- La niñez migrante no acompañada.
- El maltrato institucional (una forma de reciente reconocimiento).



INSTRUMENTO NACIONAL DE PROTECCIÓN A LA NIÑEZ. LEY GENERAL DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES 2014

Reconoce a la niñez como sujeto de derecho, con capacidad de defender y exigir sus derechos. Reconoce a la familia, a la comunidad y al Estado como los responsables de garantizar sus derechos de manera progresiva e integral.

Elementos clave:

- Creación de un Sistema Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA).
- Mecanismo de medidas de protección especial y restitución de derechos de niñas, niños y adolescentes.
- Creación de la Procuraduría de Protección Federal de Niños, Niñas y Adolescentes.
- Evaluación y diagnóstico de las políticas de infancia.
- Obligación de contar con presupuesto que permita el cumplimiento de las acciones que establece.
- Contempla la instalación de Sistemas Estatales de Protección.

DECLARACIÓN DE GINEBRA 1924
Texto histórico que reconoce y afirma, por primera vez, la existencia de derechos específicos para los niños y las niñas, así como la responsabilidad de los adultos hacia ellos (Humanium, s.f. b).

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO 1989
Es el primer tratado internacional especializado de carácter obligatorio que reconoce los derechos humanos de todos los niños, niñas y adolescentes del mundo.



DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO 1959
El primer gran consenso internacional sobre los principios fundamentales de los derechos de los niños.

Compromiso con equidad en Trabajo Social.

www.trabajosocial.unam.mx

Escuela Nacional de Trabajo Social ENT S UNAM

@ComunicaENTS Trabajo Social UNAM comunicacionents

Fuente: Serrano, C. G. (2019). *Maltrato Infantil. De la violencia doméstica a la violencia estructural*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; OMS (Organización Mundial de la Salud) (2002). *El maltrato infantil. Definición y tipos*.
Elaboró: Carmen Gabriela Ruíz Serrano
Diseño: Coordinación de Comunicación Social ENT S. Mayo 2019.

Referencia: Ruíz, Serrano C.G. (2019). De la violencia doméstica a la violencia estructural. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.

31

En palabras de Arturo Abdalá el maltrato infantil debe entenderse y abordarse como un problema “médico-social-legal”, es decir, es primordial efectuar un accionar interdisciplinario.

Los datos epidemiológicos que conocemos, sabiendo que son solo una pequeña parte visible de un iceberg, justifican todas las intervenciones que están acordes con su alta frecuencia y las graves consecuencias que desencadena en el desarrollo socioemocional de los niños, las secuelas físicas e incluso por el número que los niños que fallecen debido a las diferentes modalidades de malos tratos como son abuso físico, sexual y psicológico, o negligencia en su cuidado (Huertas, 2017).

Una forma de intervenir el maltrato infantil, dentro de un núcleo familiar, es el enfoque ecológico con el cual se mira una situación determinada, desde una mirada fundamentada en el conocimiento. Estudiar a la familia implica entender el comportamiento humano en términos de relaciones sociales, por lo cual algunos teóricos han analizado el maltrato infantil desde éste enfoque. El enfoque ecológico permite focalizar, de manera simultánea, a las personas y sus contextos, con el objetivo de entender la reciprocidad y la complejidad de la relación sujeto- contexto.

El modelo ecológico se basa en la existencia de diversos factores personales, familiares, sociales. De esta manera, dichos elementos se pueden estudiar como se muestra en la figura 3:

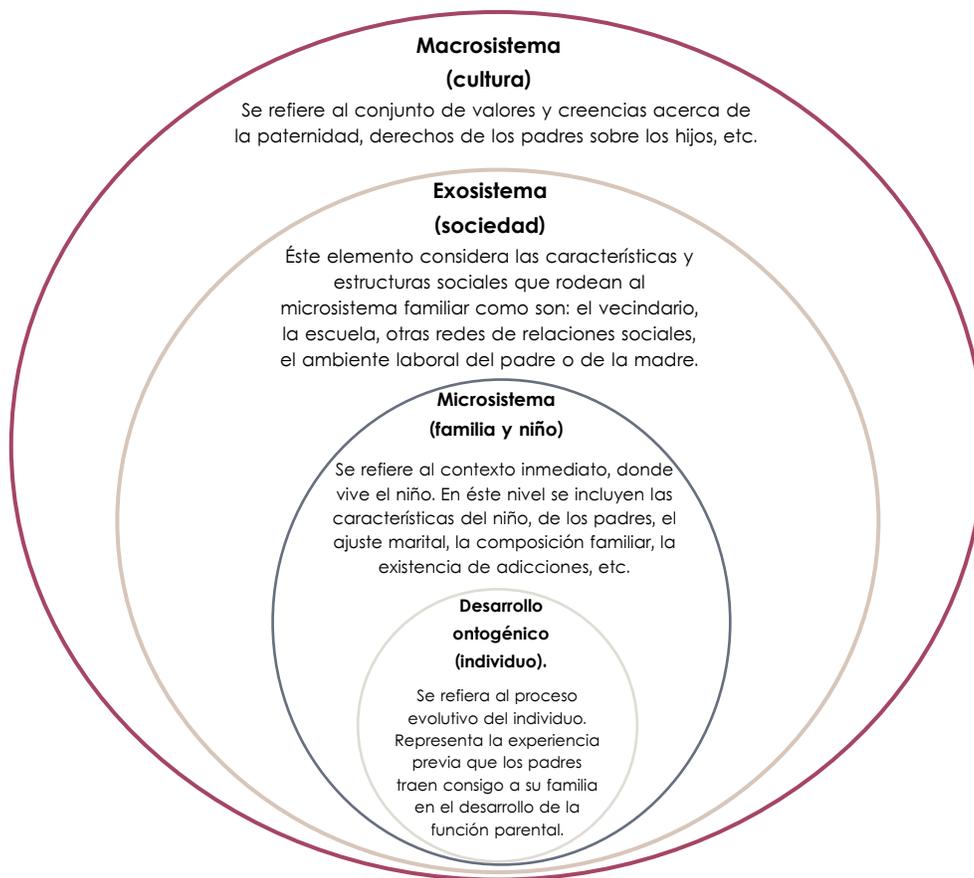


Figura 3: La familia, modelo ecológico

Elaboración propia con base en Maltrato Infantil: Gravedad y Prevención de Arturo Loredo Abdalá, 2017.

La presencia de varios factores de riesgo aumenta la probabilidad de que se pueda desarrollar el maltrato infantil. Se considera que algunos factores de riesgo tienen especial valor pronóstico, entre ellos: antecedentes de maltrato en alguna época de su vida, consumo prolongado de alcohol o de drogas ilícitas, falta de establecimiento de vínculo y deficiente relación afectiva en el trato con el niño.

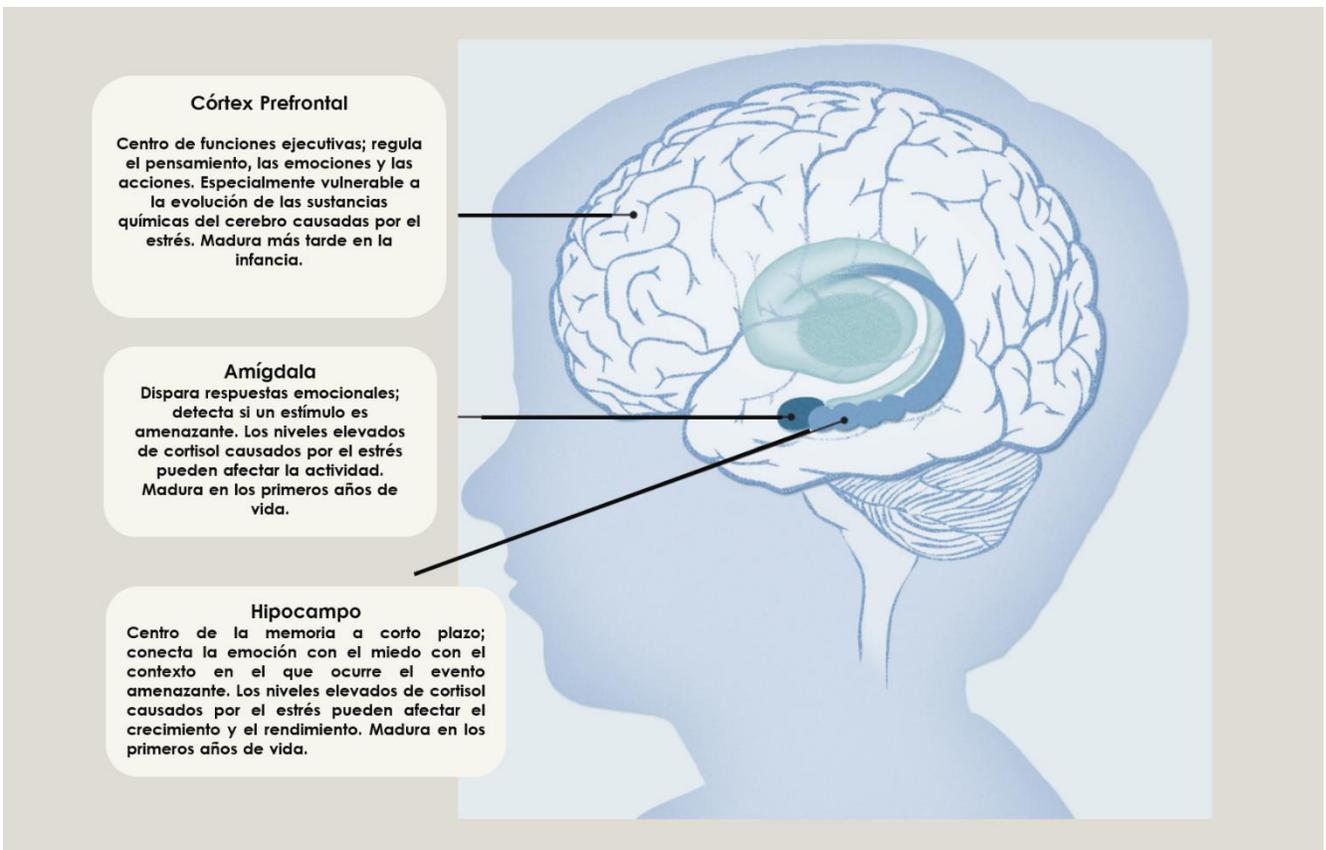
Algunos estudios han mostrado que los problemas más comunes de la infancia relacionados con el maltrato fueron: trastornos del vínculo, trastornos de conducta, estrés postraumático, entre otros (Fernández, 2014, p. 42).

Las Niñas, Niños y Adolescentes que se encuentran expuestos a altos niveles de violencia tienen más posibilidades de presentar alteraciones en su desarrollo emocional,

conductual, social, académico, a diferencia de aquellos que no se encuentran expuestos a éste tipo de experiencias adversas.

Si han sido asustados constantemente en su vida temprana, el miedo puede asociarse a una sensación de temor o terror que pueden ser desorganizadora para sus sistemas. Experimentar repentinamente emociones fuera de control, sin una sensación de que el otro lo ayudará a calmarse, puede hacer que la persona no sea capaz de tranquilizarse a sí misma (García H. T., 2017, p. 133).

Figura 4: El miedo y la ansiedad afectan la arquitectura cerebral del aprendizaje y la memoria.



Referencia: National Scientific Council on the Developing Child. (2010). Persistent Fear and Anxiety Can Affect Young Children’s Learning and Development. Disponible en: www.developingchild.net

Existen muchas investigaciones sobre el maltrato infantil y las repercusiones que éste desencadena en la vida adulta de las personas, sin embargo, el actual aporte de las neurociencias ha abierto una nueva arista de investigación para entender qué es lo que

ocurre con el cerebro infantil que vive en escenarios hostiles; el cual detona una respuesta dañina por el estrés, especialmente en los periodos sensibles y tempranos del desarrollo cerebral (primera infancia); ello provoca un incremento en la producción de conexiones neuronales en regiones que involucran miedo, ansiedad o impulsividad y menos conexiones en las regiones dedicadas a razonar, planear o a la regulación emocional.

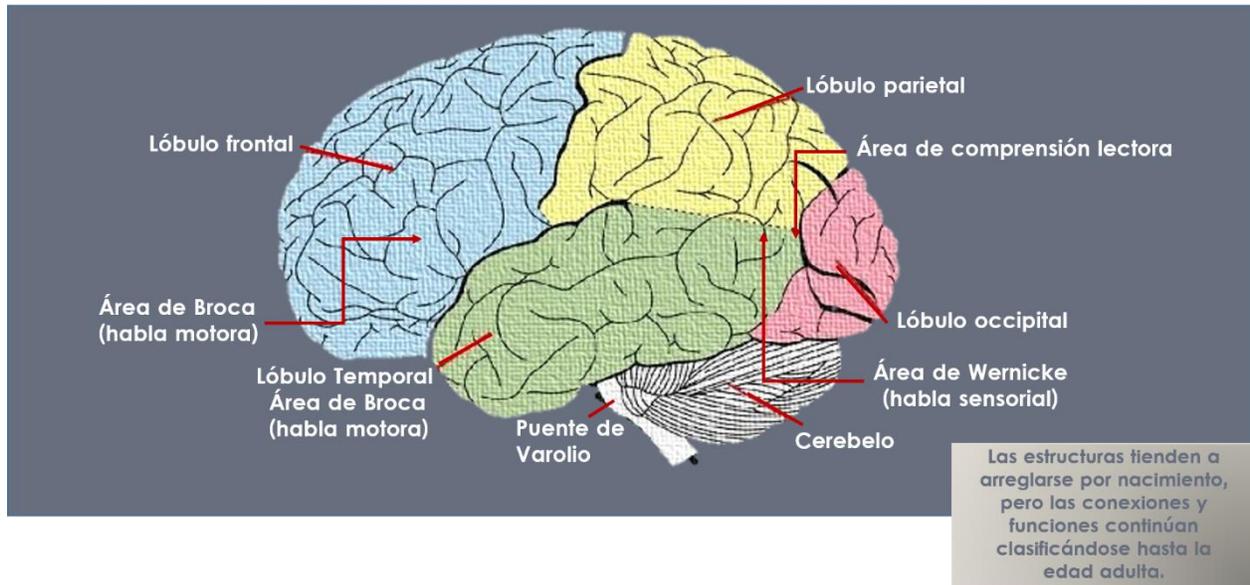
Cuando hay altos niveles de estrés se puede inhibir o alterar las habilidades integrativas de los dos hemisferios del cerebro, así como entre la corteza y las regiones límbicas, lo que hace surgir una disociación entre ambas. Por eso cuando el ser humano se ve confrontado con una amenaza, el lenguaje se cancela al igual que el procesamiento de la información (la situación de alerta activa las conductas automáticas de sobrevivencia de ataque o fuga regulada por las partes bajas del cerebro y desconecta el funcionamiento de la corteza). Las redes neuronales corticales responsables de la memoria, el lenguaje y el control ejecutivo se inhiben y se ejecutan deficientemente en momentos de estrés desbordante (García H. T., 2017, p. 89).

Pensar el cerebro como una gran máquina que registra todo, y cuando la amígdala percibe el peligro activa inmediatamente los sistemas de ataque-huida, llegando a desconectar las funciones más evolucionadas de la corteza cerebral (por esta razón no tiene caso intentar reflexionar con un niño que se encuentra desbordado). En consecuencia, concentraciones altas de cortisol pueden modificar la estructura de regiones cerebrales esenciales para el aprendizaje y la memoria, modificar su función y suprimir la respuesta inmunitaria. “Aunque la genética proporciona un plan básico para el desarrollo cerebral, el medio ambiente en el que se desarrolla el niño y la experiencia, ejercen una gran influencia sobre la estructura cerebral” (García & Santana, 2017).

Una persona que creció en un estado de abandono, describe Siegel, es probable que haya activado un estado de desamparo en su sistema nervioso cuando sus padres lo trataron de forma negligente; al repetirse este tipo de experiencias, esta forma de sentir y de estar en el mundo queda arraigada. Este estado mental es vivido por la persona como una falta de energía que la hace percibir el mundo como hostil. Sus emociones están llenas de vergüenza y desesperanza y el concepto que la persona tiene de sí misma [...] En este sentido específico la vergüenza no daña pero cuando se combina con un enojo parental sostenido o una falta de reparación de la

desconexión, entonces la vergüenza se convierte en una emoción tóxica que modifica el desarrollo del cerebro del niño (García H. T., 2017, p. 88).

Figura 5: Negligencia y el cerebro



Referencia: Elaboración propia con base en DFE. (2012). Childhood Neglect Training Resources. Londres: Department for Education. Disponible en: www.gov.uk/government/collections/childhood-neglect-training-resources

Estar expuesto a una crianza violenta y negligente tiene un impacto “estresante” en el funcionamiento del cerebro, pues investigaciones recientes demuestran el impacto amplio y duradero de tales experiencias adversas, que van no solo desde la niñez sino que perduran hasta la adultez.

En 1989, la Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas en su artículo 19, solicitó a los Estados miembros adoptar “todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño/a contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, maltrato o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño/a se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo” (Fernández, 2014, p. 5).

De esta manera, la visualización del maltrato infantil ha generado que los poderes públicos creen lineamientos a efectuar por los Estados para el cumplimiento de los Derechos Humanos y la protección de la niñez.

2.2 Instrumentos Internacionales de protección a la niñez

Frente a estas expresiones de maltrato se ha contemplado desarrollar a lo largo del tiempo instrumentos de protección a niñas, niños y adolescentes, pues de acuerdo con la etapa vital en la que se encuentran, en todo momento deben ser considerados prioritarios en todas las decisiones del Estado y en todos los órdenes y niveles de gobierno.

Algunos de los antecedentes más importantes del reconocimiento a la Niñez como un sector de la población prioritario se enlistan a continuación:

- Declaración de Ginebra: En 1924 Save the Children formuló la declaración y fue adoptada por la Sociedad de Naciones (SDN). Es un texto histórico que reconoce y afirma, por primera vez, la existencia de derechos específicos para los niños y las niñas y la responsabilidad de los adultos hacia ellos.
- En 1959 se aprueba por la Asamblea General de las Naciones Unidas la Declaración sobre los Derechos del Niño, formulada en diez principios con carácter proteccionista que imponían obligaciones a las personas e instituciones, modificando ciertas deficiencias encontradas en la Declaración de Ginebra.
- Finalmente, el 20 de noviembre de 1989, la comunidad internacional, tras años de discusión, firma la Convención sobre los Derechos del Niño, en la que se reconoce su dignidad y sus necesidades considerándosele sujeto de derechos. Éste instrumento establece como consideración primordial para todas las medidas concernientes a la infancia el "interés superior del niño", con lo que sale de la esfera de inmunidad del padre y es sujeto por derecho propio (Giacomello, 2018, p. 21).

La convención sobre los Derechos del Niño es el principal instrumento internacional jurídicamente vinculante que incorpora toda la gama de derechos humanos: civiles, económicos, políticos y sociales. Establece 54 artículos y 2 Protocolos facultativos sobre la participación de los niños en los conflictos armados y el Protocolo facultativo sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (Pastor, 2015, p. 165). Se rige bajo cuatro artículos rectores:



Figura 6: La Convención de los Derechos del Niño [1]

Elaboración propia con base en La Convención de los Derechos del Niño.

Es así que la convención es el instrumento en el cual se sientan las bases para el desarrollo de instrumentos internacionales en protección de los derechos humanos de la infancia y se asume que en los Estados Nación se adhieran a la convención, aceptando con esto la reforma de leyes para adecuarse a lo que se establece a nivel internacional.¹

Para fines de la presente investigación es importante retomar también los siguientes artículos como elementos base para comprender la compleja situación de la niñez en situación de institucionalización:

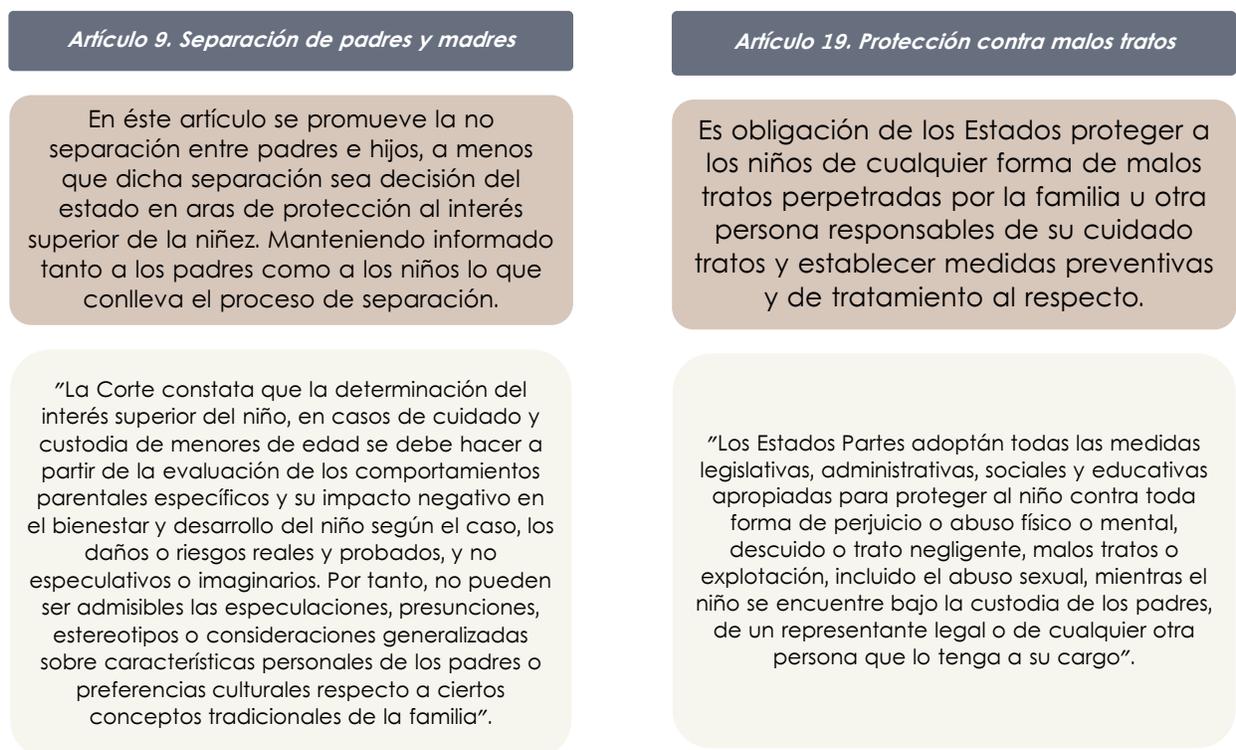


Figura 7: Convención de los Derechos del Niño [2]

Elaboración propia con base en La Convención de los Derechos del Niño. (1989).

En marzo de 2003, el Instituto Interamericano del Niño (IIN) de la OEA publicó un Prototipo base con la finalidad de proporcionar a los estados y a la sociedad civil “un

¹ México se unió a la convención en septiembre de 1990 adquiriendo responsabilidades de carácter obligatorio.

instrumento para confrontar, diagnosticar y planificar los sistemas nacionales existentes con sus propias estructuras, políticas, programas, actores, instituciones y comunidad en relación a todo lo concerniente de la niñez del país”. Esta propuesta parte de la Convención sobre los derechos del niño, por lo tanto, considera a todo niño o niña como sujeto de derechos, merecedor de una protección integral que le permita crecer y desarrollarse de manera integral (Pastor, 2015, p. 170).

Se basa en 7 principios:

1. Los derechos de los niños, niñas y adolescentes son derechos humanos.
2. El niño, la niña y el adolescente son sujetos de derechos
3. El interés superior del niño como principio rector
4. El desarrollo integral del niño
5. La universalidad
6. Respeto por las diversas nacionalidades
7. El profesionalismo en la gestión

En consecuencia México asume el colocar a la niñez en el centro de las agendas a través del desarrollo de políticas públicas y a destinar el mayor número de recursos posibles para la niñez y la adolescencia, debido a dichos marcos jurídicos internacionales, adquiriendo así la responsabilidad ante la comunidad internacional.

2.3 Instrumentos Nacionales de protección a la niñez

En coherencia con lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, se crea la primera ley de protección a la niñez en el año 2000; *Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes* en donde se sentaban las bases para el reconocimiento y respeto de los derechos fundamentales de la niñez. Así como la reforma al Artículo 4 constitucional en donde se resalta que los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano

esparcimiento para su desarrollo integral. Los ascendentes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos. El Estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos. El Estado otorgará facilidades a los particulares para que se coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez.

El 5 de Diciembre del 2014 se crea la *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*, en la cual se les reconoce como titulares de derechos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad (LGDNNA, 2014).

Propone garantizar el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y por primera vez, las obligaciones específicas de los distintos actores gubernamentales y sociales para la articulación de acciones institucionales. De tal modo que establece los principios rectores que orientarán las políticas públicas y las responsabilidades concurrentes entre los diferentes niveles del Estado. Es importante señalar que la creación de esta ley no surgió a partir de una iniciativa del gobierno en turno de Enrique Peña Nieto, sino a una importante influencia de organismos de la sociedad civil como la Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM) que ha tenido una incidencia en la construcción de políticas públicas relacionadas con los derechos de la infancia. Así como de una continua evaluación en la creación de la LGNNA por parte de UNICEF para garantizar el cumplimiento y protección de los derechos de la niñez.

Existen seis elementos que han venido a modificar la manera en que se conciben los Derechos de la niñez en México y particularmente se abordarán aquellos que se relacionan directamente con Niñas, Niños y Adolescentes en situación de institucionalización:

1. El interés superior de la niñez

El cual deberá ser considerado de manera primordial en la toma de decisiones sobre una cuestión debatida que involucre Niñas, Niños y Adolescentes. Cuando se presenten

diferentes interpretaciones, se elegirá la que satisfaga de manera más efectiva éste principio rector (LGDNNA, 2014: art. 2).

2. Protección Integral

Se reconoce por primera vez las competencias a nivel federación, Estado y municipios con el fin de garantizar de manera universal y especializada en cada una de las materias relacionadas con los derechos humanos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA, 2014: art. 4).

3. Incorporación de un Sistema Nacional de Protección Integral

Se transita hacia la creación de Procuradurías de protección las cuales podrán solicitar el auxilio de autoridades de los tres órdenes de gobierno, las que estarán obligadas a proporcionarlo de conformidad con las disposiciones aplicables (LGDNNA, 2014: art. 121).

4. Acogimiento Residencial

Brindado por Centros de Asistencia Social como una medida especial de protección de carácter subsidiario, que será de último recurso y por el menor tiempo posible, priorizando las opciones de cuidado en un entorno familiar (LGDNNA, 2014: art. 4).

5. Proceso de desinstitucionalización de la niñez

Con el objetivo de proteger los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, cuando los mismos se encuentren restringidos o vulnerados, en términos de esta Ley y las demás disposiciones aplicables. La institucionalización procederá como último recurso y por el menor tiempo posible, priorizando las opciones de cuidado en un entorno familiar; es aquí donde surge la familia de acogida, que es aquella que cuente con la certificación de la autoridad competente y que brinde cuidado, protección, crianza positiva y la promoción del bienestar social de Niñas, Niños y Adolescentes por un tiempo limitado hasta que se pueda asegurar una opción permanente con la familia de origen, extensa o adoptiva (LGDNNA, 2014: art. 120).

2.4 Contexto social actual en México

El contexto nacional, está caracterizado por ser un Estado fallido, plagado de corrupción, violencia, falta de oportunidades, impunidad y pobreza, siendo la discriminación, migración forzada, bajos salarios, fácil acceso a las armas, bajos niveles de educación, condiciones precarias de vivienda y servicios de salud insuficientes, desigualdad, exclusión social y económica, algunos factores que propician el contexto de violencia.

A partir del año 2008, México se convirtió en un país particularmente violento. La llamada “Guerra contra el narcotráfico” generó una espiral de violencia que ha tenido dos periodos ascendentes en el corto plazo: el primero, en el que hubo un incremento acelerado en el número de homicidios entre el señalado año del 2008 al 2011, en el cual se alcanzó la máxima cifra hasta entonces; a ese periodo siguió uno de relativo descenso entre los años 2012 y 2014, para iniciar un nuevo repunte a partir del 2015, llegando a cifras históricas en el 2017 y 2018 (Fuentes & Arellano, 2019, p. 51). Siendo el año 2019 el año más violento del que se tenga registro cerrando con una cifra oficial preliminar de 35 mil 588 víctimas en total, de las cuales 34 mil 582 correspondieron a homicidios dolosos y 1 mil 6 a crímenes tipificados por las fiscalías como feminicidios (Angel, 2020).

En ese sentido el primer trimestre de 2019 fue el más violento de los últimos 20 años en México y de acuerdo con cifras de la Red por los Derechos de la Infancia (REDIM) fueron asesinados 285 menores de edad en el país, lo que supone tres homicidios dolosos de niñas, niños y adolescentes cada día (Altamirano, 2019). El flagelo más frecuentemente cometido contra los niños en México son las lesiones, de acuerdo con la REDIM. De febrero de 2015 a marzo de 2019 fueron agredidos mil 902 menores de 18 años cada mes, siendo los estados de México, Guanajuato y Jalisco los que acumulan más casos de Niñas, Niños y Adolescentes violentados, y de acuerdo con Juan Martín Pérez director general de la red: “esto habla de una normalización e impunidad en el castigo corporal hacia los niños”.

Sin embargo, esta violencia no ha surgido de manera espontánea, existen todo un conjunto de elementos que permiten que éstas se reproduzcan y se institucionalicen, pues siguiendo a Galtung: “el modelo económico busca la privación de las necesidades básicas desde la forma de organización social, la cual termina justificada por la cultura, y se manifiesta como un poder desigual y como oportunidades de vida distintas para las personas dentro del sistema” (Galtung, 1996 como se citó en Martínez & Asunción, 1997, p. 18).

La violencia estructural se puede observar en el desempleo, falta de seguridad social, precariedad de los salarios, en el adelgazamiento del Estado, en la falta de políticas públicas que atiendan las problemáticas sociales y en el desigual acceso a la educación. De acuerdo a Saraví “éstas problemáticas no ocurren de manera aislada, sino que se plantean como un proceso de acumulación de desventajas, repetitivas, sistemáticas, que fractura los lazos que tejen la relación individuo- sociedad, denominada exclusión social, debido a la precaria y débil integración al mercado de trabajo ha sido asociada con desventajas tales como acceso a la educación, vivienda, servicios de salud, ingreso decente, niveles aceptables de participación social, entre otros” (2006, p. 112).

La principal característica de la violencia estructural es que no tiene representación social, es decir, no es generalmente percibida como violencia y no es atribuida a un autor o autores. En éste tipo de violencia se inscriben “aquellos actores, situaciones y/o procesos que resultan violatorios de derechos humanos (...) y que generan un estado de violencia, cierto sufrimiento físico y moral que puede llegar hasta la misma muerte” (Andrada, 1993).

En consecuencia, las condiciones de las Niñas, Niños y Adolescentes están lejos de ser satisfactorias; tan solo por mencionar algunas cifras, en el territorio nacional hay un total de 39.2 millones de Niñas, Niños y Adolescentes, el 51.1% de estos se encuentran en situación de pobreza, más de 4 millones de Niñas, Niños y Adolescentes no están en la escuela, alrededor del 18% de las desapariciones en el país tienen entre 1 y 17 años (UNICEF, 2017, p. 4).

En el caso específico de la Ciudad de México de acuerdo con datos del balance anual de REDIM (2019), durante éste año se registraron 1419 casos de Niñas, Niños y Adolescentes desaparecidos, el 5.4% de NNA en pobreza se encuentra en la Ciudad de México, a su vez 84,857 NNA trabaja, de los 310 feminicidios registrados durante el año 2019, 9 de estos fueron niñas y adolescentes (2.9%) y el 4.2 por cada 100 estudiantes matriculados abandona la escuela.

Esto, además de colocar a esta población en una situación de vulnerabilidad, los condiciona a enfrentarse a la desigualdad social desde sus primeros años, profundizándose a lo largo de su vida. Más de dos terceras partes de las y los mexicanos que nacen en situación de pobreza vivirán y morirán en la misma situación. Lo que equivale aproximadamente a que 7 de cada 10 mexicanos permanecerán así toda su vida.

Los grupos donde la pobreza se manifestó de una forma más intensa fueron la población indígena (72%), la población rural (58%), los menores de 18 años (51%), las personas con discapacidad (49%) y las mujeres (44%) (UNICEF, 2017, p. 19).

Frente a esta ola de violencia en México la niñez es un tema que sigue incompleto, pues a pesar de que éste siglo se ha denominado por algunos autores como “el siglo del niño” aún no se ha logrado consolidar una política pública lo suficientemente consistente para que en la realidad se pueda vislumbrar a la niñez como sujetos de derecho; ya que las estadísticas demuestran lo contrario.

Solo basta con mirar las cifras en donde México ocupa el primer lugar de América Latina en violencia contra la niñez (medida a partir de las muertes de niñas y niños de cuatro años por homicidio) y analizar la problemática de explotación sexual comercial de Niñas, Niños y Adolescentes, resulta claro que en éste país existen niños y niñas con una trayectoria de violaciones sistemáticas a sus derechos humanos prácticamente desde el origen de su vida (Pastor, 2015, p. 186).

Es así, que el maltrato infantil pareciera estar legitimado por una sociedad y una estructura que soporta y se beneficia económicamente de estas vidas, situándolas en una condición de vulnerabilidad latente.

Los instrumentos planteados dan cuenta de cuáles deben ser los ejes para un abordaje normativo integral; dichos instrumentos jurídicos normativos se materializan en la política pública. En el siguiente apartado se desarrollará las estrategias del Estado mexicano para la atención a la niñez receptora de violencia.

Capítulo III. Estrategias de política pública en la atención a la niñez receptora de violencia.

“Necesitamos construir espacios de resistencia a los arrasamientos subjetivos, alojando a los niños y niñas en sus diferencias, luchando contra lo inexorable. Se trata de distinguir la individualidad como algo propio, algo que le pertenece a cada sujeto, de la singularidad, como un punto de llegada, de anudamiento de subjetividades atravesadas por lo epocal. Podemos plantear las infancias como devenires abiertos si logramos correrlos de las etiquetas diagnósticas y nos dejamos sorprender a partir de apuestas subjetivantes”.

Gisela Untoiglich, 2019.

El actual Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, se basa en tres ejes transversales con el objetivo determinado de la reconstrucción del país: “Eje Transversal de igualdad de género, no discriminación e inclusión”, “Eje transversal combate a la corrupción y mejora de la gestión pública”, y el “Eje Transversal territorio y desarrollo sostenible”. Dichos ejes son de prioridad atender en materia de política pública, pues se consideran que conciernen a los temas más comunes y de prioridad para el país.

- I. La desigualdad de género, la discriminación y la exclusión de grupos de la población por diversos motivos;
- II. La profunda corrupción rampante y las ineficiencias de la administración pública, y
- III. Un modelo de desarrollo insostenible, así como la falta de una adecuada conceptualización del territorio como espacio donde ocurren las interacciones económicas, políticas, medioambientales y sociales (PNDD, 2019).

En ese sentido aquellas problemáticas asociadas a los ejes transversales se abordarán en los tres Ejes generales: “Justicia y Estado de Derecho”, “Desarrollo económico” y “Bienestar”.

El primer eje general “Justicia y Estado de Derecho” tiene como objetivo garantizar la construcción de la paz, el pleno ejercicio de los derechos humanos, la gobernabilidad democrática y el fortalecimiento de las instituciones del Estado mexicano.

El eje general de “Desarrollo económico” tiene como objetivo: Incrementar la productividad y promover un uso eficiente y responsable de los recursos para contribuir a un crecimiento económico equilibrado que garantice un desarrollo igualitario, incluyente, sostenible a lo largo de todo el territorio.

Respecto al eje general de “Bienestar” que es en el que se sitúa la población objetivo para esta investigación (Niñas, Niños y Adolescentes) tiene como objetivo: garantizar el ejercicio efectivo de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, con énfasis en la reducción de brechas de desigualdad y condiciones de vulnerabilidad y discriminación en poblaciones y territorios.

“[...] Se hará con énfasis en la atención de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos mayores y personas con discapacidad, desde un enfoque territorial en el que se prioricen las acciones en zonas de población mayoritariamente indígena, con los mayores grados de marginación o con altos índices de violencia” (PNDD, 2019, p. 38).

Tabla 3. Estrategias PNDD 2019–2024

Objetivo 2.1 Brindar atención prioritaria a grupos históricamente discriminados mediante acciones que permitan reducir las brechas de desigualdad sociales y territoriales.		
ESTRATEGIAS:		
2.1.1	2.1.2	2.1.5
Diseñar, desarrollar e implementar una política pública integral, multisectorial dirigida a la Primera Infancia, basada en atención	Priorizar las políticas y programas de bienestar que tengan como objetivo salvaguardar los derechos de niñas, niños, jóvenes,	Implementar acciones que otorguen protección social integral a niñas, niños, jóvenes, mujeres, adultos mayores, personas con discapacidad, pueblos y comunidades indígenas y

especializada con énfasis en salud, nutrición, educación y cuidados.	mujeres, adultos mayores, personas con discapacidad, pueblos y comunidades indígenas y afromexicanas.	afromexicanas, con especial atención a aquellas que viven en situación de vulnerabilidad.
Programas derivados del PND 2019–2024 vinculados a con las Niñas, Niños y Adolescentes: Programa Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes.		

Elaboración propia con base en el Plan Nacional de Desarrollo 2019–2024.

Una de las particularidades de éste gobierno es que la intervención hacia estos grupos vulnerables se dará sin intermediarios a través de los centros integradores del desarrollo como la ventanilla de atención de los programas integrales para el desarrollo y a través de centros para el fortalecimiento de la cohesión y participación social. Lo anterior llama la atención debido a que gran parte de los intermediarios son organizaciones de la sociedad civil que en gran medida a lo largo de treinta y cuatro años desde su surgimiento en el contexto del temblor del 85, cuando ante el pasmo gubernamental, se hizo evidente que la ayuda internacional se canalizaba a organizaciones sociales en vez del gobierno. Si bien, muchas organizaciones se crearon posteriormente, atraídas por los recursos que empezaron a fluir desde el gobierno, muchas de las organizaciones no gubernamentales o de la Sociedad Civil, existían desde antes de que el gobierno o los organismos internacionales las descubrieran (Harguindeguy & Molina, 2009, p. 5).

En consecuencia, lo que no se puede ignorar es que son justamente las Organizaciones de la Sociedad Civil quienes han atendido aquello que el Estado ha dejado de hacer, y esto lo veremos con más puntualidad en el capítulo número cuatro en donde se desarrolla

con mayor precisión la cantidad de organizaciones de la sociedad civil en el cuidado y atención de Niñas, Niños y Adolescentes receptores de violencia que se encuentran sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos y a pesar de contar con un registro aproximado de Centros de Asistencia Social a nivel nacional, es muy evidente el distanciamiento del Estado.

Hasta este punto se ha hablado de algunas particularidades establecidas por el Gobierno actual establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 que estarán impactando a la niñez en México en los próximos años y a su vez a la sociedad en general.

A continuación se presentan algunos elementos del contexto institucional mediante el cual, el Estado busca restituir los derechos de la niñez a través de los Centros de Asistencia Social, como parte del cuidado y atención a Niñas, Niños y Adolescentes receptores de violencia que han sido separados de sus familias, el Estado asume la responsabilidad de restituir sus derechos fundamentales como: el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo, derecho a la educación, derecho a la seguridad jurídica y al debido proceso, derecho a vivir en condiciones de bienestar y a un sano desarrollo integral, derecho a una vida libre de violencia y a la integridad personal y el derecho a vivir en familia; dichos derechos se restituyen a través de acciones realizadas en los Centros de Asistencia Social y recientemente con la entrada en vigor de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA) del 2014 surge la figura de “acogimiento familiar” con la finalidad de brindar a Niños, Niñas y Adolescentes ser cuidados y protegidos de manera temporal por una familia y con ello comenzar con un proceso gradual de desinstitucionalización en el país, llevándose a cabo un programa piloto guiado principalmente por algunos organismos internacionales como la ONU y la Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (RELAF) quienes brindan un acompañamiento a las diferentes instancias de protección de Niñas, Niños y Adolescentes.

Capítulo IV. La protección de Niñas, Niños y Adolescentes a partir de los Centros de Asistencia Social.

“Una de las pocas cosas que para entonces ya sabía con seguridad sobre los niños traumatizados era que necesitaban previsibilidad, rutina, cierta sensación de control y relaciones estables con personas que los apoyaran: coherencia, rutina y familiaridad”.

Bruce Perry, 2008.

4.1 Contexto de institucionalización en México: Las instituciones dirigidas a la atención de la niñez a través del tiempo

En el siglo XIX en el marco de un periodo de reconstrucción de un México posrevolucionario, se da el auge de las instituciones de asistencia para la protección de Niñas, Niños y Adolescentes que por algún motivo se encontraban sin protección (en condición de abandono generalmente) llamado por esta época como niño desvalido². En su momento, la existencia en la sociedad de niños huérfanos representaba para el Estado un problema pasajero que debía ser atendido pues el hecho de no hacerlo podría ocasionar más problemas, sobre todo pensando que lo más importante para el periodo Cardenista estaba centrado en el desarrollo económico del país, en donde se contara con ciudadanos saludables, productivos y trabajadores. Esta población como lo menciona Alanís: “representaba una carga económica, y un peligro para los planes del gobierno

² “El niño desvalido era el que sin ser abandonado tenía padres enfermos mentales que no lo podían proteger o cuidar; el niño que abandonaban sus padres o que por ignorancia no lo atendían, así como el que se encontraba en lugares de mala fama o en compañías perniciosas; a los empleados en ocupaciones peligrosas para la salud o la moral propia o ajena y al vicioso o inmoral. En esta clasificación también se incluía a los enfermos mentales y a los delincuentes, no sólo los que trasgredían las leyes, sino también los indisciplinados, los que se fugaban del hogar, los que no asistían a la escuela y a los que representaban un peligro social para la moral o salud propia o ajena”; María Eugenia Sánchez Calleja, “Niños desvalidos, abandonados o delincuentes. Sus derechos: una historia en construcción, 1920-1930”, en Alanís, R. C. (2014). La niñez desvalida y las campañas contra la mendicidad en la ciudad de México en la década de 1930. (B. C. Torre, Ed.) Antropología. Boletín Oficial del INAH, nueva época (98), 71-85. Revistas INAH. <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/antropologia/article/view/5402/5508>

debido a la asociación que se daba de la pobreza y la delincuencia”. Las Casas Hogar estaban idealizadas para ser espacios en donde a la niñez se le preparara para la vida productiva (2014, p. 71).

El tratamiento de los niños en riesgo se soportaba fundamentalmente en el internamiento de niñas y niños en casas hogar u orfanatos, espacios administrados por el Estado, que los albergaban indistintamente, lo mismo valía el niño vagabundo, que el huérfano, que el discapacitado, todos compartían un factor común: la anomía, estaban fuera de la normalidad e imposibilitados a integrarse en la sociedad, representaban un riesgo presente y futuro, por lo que había que limitar todo acceso a una vida en sociedad (Ruíz S. C., 2019).

Ante criterios en donde se toma de referencia la criminalización de la pobreza, los Centros de Asistencia Social podrían generar procesos de internamiento masificado mismo que generaban y justificaban discursos en donde los niños y niñas no tenían diferencias personales ya que de una u otra forma han sido “abandonados” por su familia sea en el sentido moral y/o material, entendiéndose que el hecho de que se encuentren en dichos centros sería una práctica formativa (moldeable) que permitiría a los niños y niñas alejarse de su “situación irregular” que los pudiese llevar a ser antisociales y convertirse en delincuentes.

La atención otorgada por las instituciones públicas asistenciales a los niños en riesgo de acuerdo con Osorio & Arteaga: “ha transitado de una forma de atención disciplinaria (representada por dispositivos masivos, indistintos y asistencialistas) a otra de control (simbolizada dispositivos gerenciales y menos terapéutica)” (2013, p. 213), sin que la primera haya desaparecido del todo.

Con el objetivo de hacer un recorrido histórico del proceso de institucionalización de la niñez en México, se desarrolla a continuación en cinco períodos que dan cuenta de las modificaciones al cuidado y atención de los derechos de la niñez; dichos cambios están estrechamente relacionados a marcos jurídicos internacionales y nacionales en la concepción de la niñez y sus derechos fundamentales.

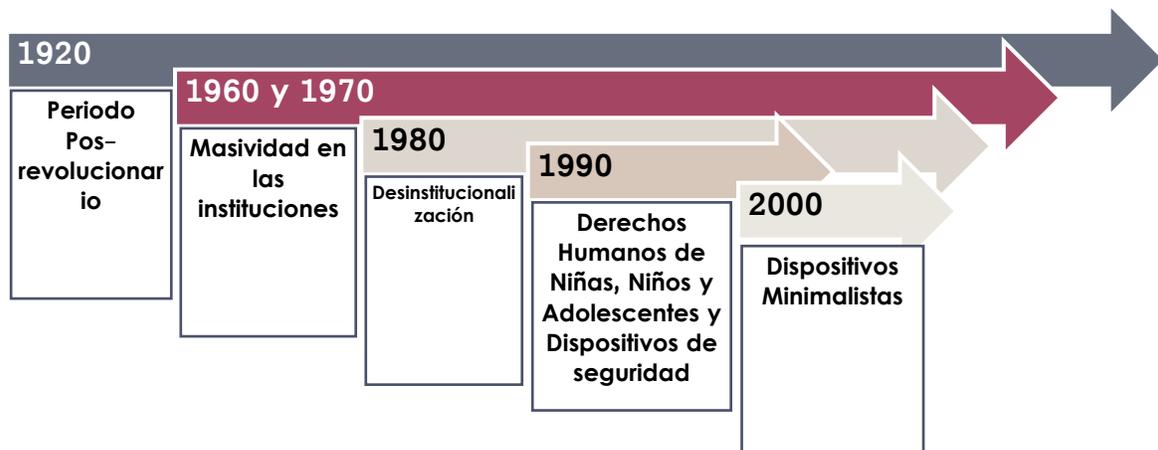


Figura 8: Recorrido Histórico del proceso de institucionalización

Elaboración propia con base en: (Muñozcano, 2004, p. 35) y Osorio, B. A., & Arteaga, B. N. (2013, pp. 218– 233)

I. 1920: Período Pos- revolucionario

En esta etapa la asistencia a la niñez se manifestaba en forma de caridad a través de instituciones religiosas en torno a lo material para satisfacer las necesidades básicas, sin embargo la atención del Estado no se encontraba centrado hacia la niñez, pues “en esta época los niños fueron participes desempeñándose como adultos, en los campos de batalla, compartiendo responsabilidades y riesgos, resultaba normal ver a los niños con rifles en la mano y carrilleras cruzándoles el pecho” (Muñozcano, 2004, p. 35).

II. 1960 y 1970: Masividad en las instituciones

Las instituciones asistenciales se orientaron básicamente a manejar una serie de dispositivos masificadores tendientes a la reducción significativa del fenómeno; uno

de los más importantes era el internamiento de los niños y la orientación familiar [...] Como en esas décadas todavía existía cierto compromiso paternalista por parte del Estado de promover el desarrollo de los ciudadanos, las instituciones asistenciales trataron de manejar posturas incluyentes, aunque no universalistas, en sus acciones. Por lo tanto, la atención era indiferenciada y hasta autoritaria, ya que se pensaba que entre los niños no había mucha diferencia personal, pues se creía que todos habían sufrido alguna forma de abandono por parte de sus padres, fuera moral o material. La lógica de las instituciones giraba en un elemento disciplinario, pues se creía que niñas y niños aprenderían a abandonar sus costumbres nocivas y a formarse de otra manera, como sujetos normales y productivos para la sociedad (Osorio & Arteaga, 2013, p. 219).

III. 1980: Desinstitucionalización

Con un notorio distanciamiento del Estado y el surgimiento de las organizaciones de la sociedad civil, el Estado apuesta por éste proceso, el cual por el número reducido de niños les permitía desarrollarse en un ambiente más cercano y familiar.

Estas instituciones planteaban atenciones “cercanas” y opuestas a la internación en los grandes establecimientos, tanto para los niños callejeros como para los niños abandonados y huérfanos [...] Generalmente se apostaba por una intervención manejados por supuestos causales y ciertamente conductuales. Entendían que con solamente fortalecer su autoestima (que de entrada consideraban baja) y sus capacidades, los niños podrían modificar su situación y salir adelante (Osorio & Arteaga, 2013, p. 223).

IV. 1990: Derechos Humanos de NNA y dispositivos de seguridad

En la década de 1990 decidieron continuar con los dispositivos manejados anteriormente, aunque con énfasis particular en los llamados derechos de los niños y en las actividades comunitarias [...] Fue muy común que se les exhibiera el discurso de

“lo familiar”, para tratar de regresarlos a sus familias y evitar la internación o permanencia prolongada en las instituciones públicas. Y que éstas a su vez empezaran a limitar sus acciones y a delegar parte de sus responsabilidades en estas comunidades, las cuales, desde entonces, empezaron a formar parte de la retórica institucional (Osorio & Arteaga, 2013, p. 225).

En esta década se planteó la idea de que para alcanzar los fines de la seguridad las autoridades competentes tendrían que sancionar a los menores infractores; fue común que varios de los niños, particularmente callejeros, fueran objeto de persecuciones y expulsiones de sus espacios de trabajo bajo diferentes argumentos, como el hecho de que manifestaban conductas antisociales.

Asimismo, fue común que varias instituciones asistenciales (públicas o privadas) los llegaran a canalizar a diferentes tutelares, sin ningún otro motivo que sus supuestas tendencias antisociales, cuestión que incluso se manejó con algunos niños abandonados que se decía mostraban conductas impropias.

V. 2000: Dispositivos Minimalistas

El Estado había considerado en esta época que la atención otorgada hacia los niños no necesitaba ampliarse, sino que únicamente debía “eficientarse” a través de la profesionalización o preparación del personal. Lo interesante de la “corresponsabilidad” radica en que, para las instituciones públicas, el traslado de infantes a distintas instituciones privadas era considerado como algo efectivo y hasta necesario para los niños, en tanto que asumían que en ellas se les podrían cubrir sus distintas necesidades mejor que en otras (Osorio & Arteaga, 2013, p. 230).

De modo que si con la profesionalización no se buscó ampliar la atención ya reducida por parte de las instituciones públicas, con la llamada corresponsabilidad que en ésta década retomaron y promovieron intensamente las autoridades de los DIF estatales tampoco, ya que a partir de éste mecanismo dichas autoridades delegaron una gran parte de sus

responsabilidades en los DIF locales y en las instituciones privadas y pese a considerarlos propicios para la atención de varios de estos niños, por su cercanía o su experiencia con los mismos, terminaron por asistir a un número ciertamente bajo de ellos, tanto por su infraestructura como por su poco personal.

En consecuencia, se verá reflejado hasta el período actual un distanciamiento por parte del Estado respecto a la atención y protección de los Derechos de la niñez, a pesar de que en los discursos, marcos normativos y la diplomacia si se encuentre presente como una responsabilidad del Estado. Sin duda la atención a la niñez tiene que ser entendida como una corresponsabilidad tanto de la familia, la sociedad y el Estado, sin embargo, la participación de éste se ha limitado a promover la acción de actores civiles, debido a que las problemáticas sociales que presentan las personas y las familias son justificadas a partir de su condición individual, lo cual trae consigo una diferenciada concepción y a su vez instrumentación de las instituciones de asistencia social.

Hasta ahora ya se ha mencionado el recorrido histórico del proceso de la institucionalización, bajo qué premisas surge el cuidado a la infancia y cómo estas mismas premisas se han ido modificando a lo largo del tiempo, y en ese orden de ideas en el siguiente apartado se verá expresado cuál es el objetivo de los Centros de Asistencia Social.

4.2 Centros de Asistencia Social para el cuidado y restitución de derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

La institucionalización es considerada en la (LGDNNA, 2014), la última vía por medio de la cual se buscará restituir los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes que por alguna razón se encuentren con sus derechos vulnerados. Es considerada una medida transicional, en la cual se pretende que el tiempo que la niñez permanezca en la institución sea el más corto posible; aunque el tiempo es variable dependiendo de las circunstancias del caso, debido a que no en todos existe una familia con la cual el vínculo

aún no se ha roto y que es posible trabajar, para que se pueda realizar una posible reintegración.

De acuerdo con la UNICEF los motivos que se han considerado jurídicamente para asignar que las Niñas, Niños o Adolescentes sean institucionalizados son: encontrarse en situación de pobreza, explotación y trata de personas, en caso de que los padres estén privados de la libertad o por condición médica o psiquiátrica no puedan cuidarlos, NNA que han sufrido desastres de origen natural, haber sido víctima de violencia, abuso sexual, encontrarse en condiciones abandono que son calificadas de riesgo, niñez migrante no acompañados o separados de su familia, orfandad parcial o total o vivir en situación de calle, rechazo familiar.

Es importante mencionar que existen diferentes motivos que llevan a la niñez a vivir un proceso de institucionalización, estos motivos obedecen a distintas problemáticas con las que se vinculan, además de las que aquí se mencionan, que generalmente están atravesadas por una violencia estructural, por lo tanto, es necesario pensar el contexto en donde las condiciones materiales y sociales influyeron para que Niñas, Niños y Adolescentes se encuentren viviendo en una institución, no solo a nivel familiar, sino cómo el aspecto económico y político está impactando en las condiciones de vida de las personas, entendiendo que se trata de algo más allá del maltrato, en donde las condiciones históricas posibilitan que NNA sean dispuestos como sujetos de asistencia no como sujetos de derechos.

La existencia de una infancia protegida y otra vigilada se sostienen en la actualidad bajo nuevos ropajes, y aquí insiste bajo la forma los otros/nosotros en la representación social sobre la institucionalización. Esa dicotomía permite visualizar cómo la infancia se desliza entre dos polos, la niñez y la minoridad. La diferencia entre un niño y un menor está dada por el proceso de minorización, que a diferencia de la judicialización, no termina con la mayoría de edad tal como indica el orden jurídico. Es un proceso que no se limita a recibir y cuidar dentro de las llamadas instituciones de minoridad, “sino también suscribir e instalar, desde las prácticas sociales, una subjetividad que transite por un surco predestinado” (Costa & Gagliano, 2000, como se citó en Di Iorio, p. 8).

Al respecto, se ha reflexionado si estos motivos generan procesos en donde son establecidos criterios de exclusión, por ejemplo cuando se habla de niñas o niños que provienen de familias en donde no se tienen recursos económicos, no se debe invisibilizar que las condiciones materiales y la escasez de los mismos suponen entender la pobreza como violencia estructural; ante esto “aislar a los infantes del entorno familiar suponiendo que éste es auténticamente nocivo” (Iglesia & Di Iorio, 2006, p. 21), niega a su vez las condiciones del medio ambiente y las condiciones sociales que impactan en la familia.

Niñas y niños que por las condiciones estructurales se han visto obligadas por condiciones de violencia, pobreza, desigualdad que su vida sea administrada por una normativa institucional que con el argumento de proteger el interés superior de la niñez como lo dicta la Ley General de Niñas, Niños y Adolescentes se quedan como menciona Sitara en “la espera de la curación de aquella enfermedad inexistente e inventada que es la inadaptación social” (2013, p. 12).

En este sentido, la falta de acceso a condiciones materiales se va configurando como una exclusión en el que se constituyen barreras para la satisfacción de las necesidades básicas (alimento, vivienda y vestido), así como al desarrollo de las capacidades intelectuales y sociales, sumado la cultura de la pobreza que Jaramillo Molina (2016, párrafo 9) describe como un auto concepto desvalorizado, aceptable la condición de vida como algo natural y aprobable, genera condiciones en donde los derechos humanos pueden ser vulnerados.

Con referencia al SNDIF las modalidades por las que NNA ingresan a los Centros de Asistencia Social se describen a continuación.

Las modalidades por las que ingresan a los Centros de Asistencia Social del Sistema Nacional DIF son a solicitud de:



Figura 9: Modalidades de ingreso a los Centros de Asistencia Social

Elaboración propia con base en: Rodríguez, J. G. (2016). Situación de los niños, niñas y adolescentes privados de cuidados parentales en México. Entre textos, 8 (22), p.7.

<http://entretextos.leon.ua.mx/num/22/PDF/ENT22-8.pdf>

El destino de muchos NNA es la institucionalización permanente en lugares que, es necesario decirlo, no siempre cuentan con las condiciones suficientes para garantizar la seguridad y el desarrollo infantil debido a la carencia de recursos humanos, profesionales y materiales, masificación, internación de bebés, ausencia de proyecto de vida y en ocasiones incluso de expedientes (Rodríguez, 2016, p. 7).

Se les ha llamado casas hogar, orfanatos, casas cuna, hospicios, albergues, residencias infantiles y, actualmente se les conoce como Centros de Asistencia Social. Existen solo aproximaciones de la cantidad de Niñas, Niños y Adolescentes que se encuentran viviendo en éstos, a pesar de que en la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del año 2014 así lo exige; dicho registro “deberá ser público e incluir, entre otros datos, el número de menores que viven en los albergues; así como la información sobre su situación jurídica y el seguimiento al proceso de reincorporación familiar. Tampoco hay un mecanismo homologado de supervisión de los Centros de Asistencia Social. Cada DIF estatal decide cómo verificarlos” (Amador, 2018, “sección: niños y

adolescentes en el olvido, parrafo 30”). Esto coloca a la niñez en una situación de vulnerabilidad latente, en donde las condiciones son las propicias para que ocurran más casos como “Casitas del Sur” en 2008, “La gran Familia” en 2014 o recientemente “Ciudad de los Niños” en 2017. Espacios que, en el entendido, deberían brindar protección y cuidado a Niñas, Niños y Adolescentes convirtiéndose en violentadores de éstos.

Estos tres casos que a continuación se presentan son ejemplo de maltrato infantil institucional en donde se perpetuaron actos de violencia, abuso sexual "condiciones indignas, de promiscuidad, insalubridad y riesgo" (Velázquez, 2020, “párrafo 6”) trata de personas, así como una red de corrupción, negligencia y omisión del gobierno estatal y federal, debido a que estos abusos fueron cometidos en complicidad con funcionarios de dichas dependencias de gobierno.

Tabla 4. Situaciones de maltrato infantil institucional en México

Situaciones de maltrato infantil institucional	
<p>“Las Hermanas de María Villa de los Niños”, Conocido como “Villa de las Niñas”.</p>	<p>El internado para niñas y adolescentes en situación de pobreza, situada en la cabecera municipal de Chalco, localidad ubicada a pocos kilómetros de la Ciudad de México. Lo dirigen las Hermanas de María, una orden religiosa fundada en Corea del Sur por Aloysius Schwartz, un cura estadounidense. La Villa tiene alrededor de 3.500 internas y ofrece hace 20 años educación secundaria gratuita.</p> <p>En mayo de 2007, 600 niñas padecieron una enfermedad que los especialistas, decretaron como una histeria colectiva, un trastorno psicológico común entre niños y adolescentes emocionalmente vulnerables que se presenta en lugares de alta concentración. Los síntomas eran: náuseas, cefalea, dolores musculares y dificultades para caminar. Según los especialistas, la enfermedad fue provocada por el gran estrés derivado del estricto trato de las monjas y de los tipos de tratamientos a los que someten a sus internas.</p>

<p>“Casitas del Sur”</p>	<p>El caso de Casitas del Sur en México se hizo público con la denuncia de la señora Mayra Azucena Martínez sobre la desaparición de su hija Ilse Michel, niña que se encontraba institucionalizada en uno de los hogares que Casitas del Sur tenía en la Ciudad de México.</p> <p>El 20 de agosto de 2008, el Juzgado 16 de lo Familiar otorgó a su abuela Ardelia la guarda y custodia de la niña Ilse. Cuando la señora llegó al hogar de Casitas del Sur para buscar a su nieta, la representante legal, Elvira Casco, rehusó entregársela aduciendo problemas psicológicos de la niña que hacían necesaria su permanencia en la institución. La señora Ardelia presentó una denuncia por la retención de su nieta.</p> <p>Frente a éste caso y otros que no eran de público conocimiento y que salieron a la luz tras ésta denuncia, se reconoció que:</p> <p>“Existen suficientes indicios para diagnosticar que detrás de las Casitas del Distrito Federal, Cancún y Monterrey, opera una red de trata de menores [...] Hay una absoluta falta de regulación y vigilancia de estos lugares. Los niños que estaban ahí no se sabe siquiera quiénes son. Son las condiciones idóneas para la operación de redes de trata y explotación de niños”, expresó Margarita Griesbach, directora de la Oficina de Defensoría de los Derechos Humanos” (Luna et al., 2011, p.36).</p> <p>En noviembre, la directora del albergue, Vanesa Barroso, fue consignada al Reclusorio Sur por el delito de retención de menores, pero poco tiempo después quedó en libertad. La niña sigue sin aparecer. La situación derivó en la decisión de la Procuraduría de realizar operativos simultáneos en los dos albergues de Casitas del Sur, de donde trasladaron a los niños allí alojados al DIF nacional.</p>
<p>“Casa Hogar Adulam”</p>	<p>La Casa Hogar Adulam está ubicada en la zona central de la Ciudad de México. En marzo de 2010, se inició una investigación de dos meses de duración, a partir de una denuncia de cuatro niños, que acusaron a Emilio Moctezuma Beltrán Saldaña, Director del Hogar, de obligarlos a comercializar artículos como encendedores y bolígrafos en la vía pública sin recibir ninguna retribución por el trabajo realizado.</p>

	<p>La investigación derivó en la detención de cinco presuntos integrantes de una red de trata de personas y liberaron a 27 niños (16 niñas y 11 niños), 6 mujeres adultas y 4 hombres mayores de edad que se comprobó, eran explotados. Los cinco detenidos quedaron sujetos a prisión preventiva, en una investigación sobre trata laboral, delitos sexuales, corrupción de menores y delincuencia organizada.</p> <p>“Algunas de las víctimas dijeron a la policía que fueron violadas, otras que les obligaban a entregar a sus hijos recién nacidos e incluso una dijo que fue presionada para que abortara [...] Las víctimas señalaron que eran obligadas a entregar entre 700 y 800 pesos (entre unos 54 y 62 dólares) diarios al director de Adulam. De no hacerlo eran sancionadas con privarlas de alimento. Dijeron que también las forzaban a limpiar patios y escaleras, en posición de rodillas, con un cepillo dental”, señaló la Procuraduría” (Luna et al., 2011, p.35).</p>
<p>“La gran familia”</p>	<p>En Zamora Michoacán en el año 2014 se realizó un operativo en un albergue llamado la gran familia, dirigido desde el año 1954 por Rosa Verduzco Verduzco. El cual recibía donaciones que van desde los propios zamoranos, a los diferentes niveles de gobierno e incluso fundaciones internacionales renombradas.</p> <p>De su interior rescataron cerca de 600 personas, entre ellas 278 niños, 174 niñas y seis bebés recién nacidos y se acumularon cerca de 150 denuncias penales.</p> <p>“Habitaciones de dimensiones aproximadas de 4x4, literas sin colchones y cobijas, sin ventanas y fosas sépticas al interior. Albergando entre 15 y 20 personas de edades y sexos indistintos. Comida putrefacta, ratas, cucarachas, piojos, chinches, anidaban en la ropa y las paredes.</p> <p>El mismo día de la detención, la directora del Centro fue declarada inimputable por la autoridad ministerial, con el argumento de que por su edad y condición de salud, era poco probable que pudiera hacer algo y evitar el maltrato que se manifestaba en su Casa Hogar. No omitiré mencionar, que durante el operativo se encontraron comprobantes y</p>

	<p>recibos de la obtención de financiamiento público y privado, así como evidencias de las relaciones personales con autoridades gubernamentales y de esferas de poder nacional” (Ruíz S. C., 2019, pág. 32).</p>
<p>“Ciudad de los niños”</p>	<p>El 10 de marzo de 2017 se resolvió el Juicio de Amparo 475/2016-VII en la ciudad de Irapuato Guanajuato, relativo al caso del albergue “Ciudad de los Niños” que es un centro de acogimiento residencial que cuenta, según los datos planteados por la propia Asociación, con 40 años de existencia, fue fundada en 1978 y ha sido dirigida desde su surgimiento por el sacerdote Pedro Gutiérrez Farías.</p> <p>En el documento se hace pública la violencia sistemática (reiterada) cometida en contra de niñas y niños a través de castigos corporales, las irregularidades en el registro de actas de nacimiento, la falta de supervisión de las autoridades municipales y estatales para la supervisión y control de los centros de asistencia social, además de supuestos casos de violencia sexual y de desaparición de personas.</p> <p>“(…) Mire yo también [sic] no me atrevo a hablar, porque todos tememos por nuestra vida, porque el hombre es muy peligroso, y tiene gente muy pesada, y nunca lo han podido hacer, yo no sé porque hasta ahora le pudieron mover el tapete, nunca le habían podido hacer nada, es intocable ese señor, y creo que ahorita yo no sé cómo se manejaría el gobierno que lo fregaron” (NIMA, 2017).</p>

Elaboración propia con base en: Luna, M., Tissera, L. M., & Sánchez, B. M. (2011); NIMA. (2017).

México es uno de los países en Latinoamérica con más cantidad de Niñas, Niños y Adolescentes que vive en una institución: 30,000 (siendo ésta cifra solo una aproximación debido a que no existe un registro nacional que dé certeza de la cantidad de centros de asistencia social y por ende de cuántos Niñas, Niños y Adolescentes se encuentran en condición de institucionalización); solo por mencionar algunos ejemplos, en Guatemala

hay 5,566 Niñas, Niños y Adolescentes en condición de institucionalización, en Argentina y Uruguay 7,707 y 3,006 respectivamente. ³

El primer censo de la historia de México de albergues públicos y privados⁴, realizado por el Sistema Nacional DIF en 2011, reportó la cantidad de 18 mil 533 menores de edad viviendo en 633 Centros de Asistencia Social en 30 entidades federativas del país. Siete años antes la estudiosa del tema de la adopción, Norma Mendoza (2004), había calculado que para entonces vivían en algún albergue 34 mil 650; casi el doble (Rodríguez, 2016, p. 2).

“El Censo de Alojamientos de Asistencia Social, realizado por (INEGI, 2015), registró 25 mil 667 niñas y niños, de entre cero y 14 años, viviendo en 879 albergues; de los cuales 98 eran públicos. Para muchos especialistas, incluso funcionarios, los datos del censo se quedan cortos. Las estimaciones más conservadoras hablan de 30 mil niños” (Amador, 2018, “sección llegar a una institución, párrafo 10”).

Si no se sabe con precisión cuántos Niños, Niñas y Adolescentes viven en instituciones, tampoco se conoce con exactitud cuántos podrían regresar con sus familias o cuántos podrían ser adoptados, debido a que no todos están liberados jurídicamente para ser candidatos de adopción por sus condiciones socio- familiares particulares.

Gaudencio Rodríguez (2016), en su informe sobre Situación de los niños, niñas y adolescentes privados de cuidados parentales en México resalta que si bien “el Sistema Nacional DIF mantiene un cierto control de la situación de los menores de edad a su cargo en instituciones residenciales gracias a que cuenta con diversas casas hogar y casas cuna, así como convenios con instituciones privadas. No obstante, cada estado de la República tiene su propia realidad caracterizada por el exceso de responsabilidades y

³ RELAF (2019), ¿Gasto o Inversión?, Análisis de costos e inversión del sistema de cuidados alternativos en seis países de la región. Obtenido de: https://www.relaf.org/biblioteca/Analisis_costos_e_inversion.pdf

⁴ Los albergues privados, de acuerdo con la Información obtenida del Censo de Alojamientos de Asistencia Social. INEGI-2015, se clasifican en: Asociaciones Civiles, Instituciones de Asistencia Privada, Asociación Religiosa y otras privadas.

de trabajo, falta de personal, acciones, programas y políticas públicas específicas para el restablecimiento de la vida en familia de éste sector de la población infantil que carece del cuidado de sus padres”.

Hasta junio de 2017, de acuerdo con respuestas a solicitudes de información realizadas al DIF nacional y a los estatales, las cifras que se tenían eran de 985 centros de asistencia social, de los cuales 836 son privados y 149 públicos⁵ (Amador, 2018, “sección llegar a una institución, parrafo 10”).

Es hasta el 14 de mayo del 2019 que se publica el registro Nacional, “De conformidad con lo establecido en el artículo 112 de la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y las facultades de la Procuraduría Federal de Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del SNDIF”. Sin embargo, a pesar de ser público, y cumplir con una parte de lo que marca la LGDNNA, no se establece cuántos niños podrían reincorporarse con su familia o se encuentran liberados para trámites de adopción, además de que la cantidad de Centros de Asistencia Social registrados es de 102 los cuales no corresponde con datos del propio INEGI antes registrados, ni con datos de organismos de la sociedad civil como *La Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar* o *Centro Horizontal*, quienes puntualmente se han dedicado a contar con un seguimiento de los Centros de Asistencia Social en el territorio nacional. Mucho menos corresponde el total de Niñas, Niños y Adolescentes que supuestamente se encuentran albergados, pues se habla de 2057 en comparación con los 30,000 que ya se tenía registrados.

⁵ Del total de niñas, niños y adolescentes (NNA) que viven en instituciones, 80 por ciento se encuentra en albergues privados, según el Censo de Alojamiento de Asistencia Social, realizado por el INEGI.

Tabla 5. Registro Centros de Asistencia Social a nivel Nacional

Cifras	Total de Centros de Asistencia Social Nacionales	Centros de Asistencia Social a cargo del Estado	Centros de Asistencia Social a cargo de privados (IAP, AC, Religiosas)
INEGI, 2015 "El Censo de Alojamientos de Asistencia Social".	879	98	781
Centro Horizontal, 2017 "Infancia sin el cuidado de una familia".	985	149	836
SNDIF, 2019 "Registro Nacional de Centros de Asistencia Social".	102	No existe información al respecto, en el Registro Nacional no se señala cuáles Centros de Asistencia Social pertenecen al Estado y cuáles al ámbito Privado.	

Elaboración propia con base en: INEGI, 2015 Censo de Alojamientos de Asistencia Social, Centro Horizontal, 2017 y SNDIF, 2019 Registro Nacional de Centros de Asistencia Social.

El problema radica en que si no se tiene identificado con precisión cuántos son, dónde están, en qué condiciones viven, ni se encuentran diferenciados de acuerdo a si son centros privados o del Estado, tampoco puede haber supervisión y seguimiento efectivo de los casos.

En este orden de ideas ¿Cuál es el papel de la Institución Rectora del país, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, frente a éste reto de cambiar las estructuras de los centros destinados a la atención de la niñez?

4.3 Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia es un órgano descentralizado con personalidad jurídica propia, normado por la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social; “teniendo como objetivos principales, promocionar la asistencia Social, actúa en coordinación con las Dependencias Federales, Estatales y Municipales en el diseño de políticas públicas, operación de programas, prestación de servicio” (SNDIF, 2016, “sección objetivos de la institución, párrafo 1), rectora de políticas públicas en materia de asistencia social implementa modelos de atención como una estrategia del gobierno federal con perspectiva familiar y comunitaria, su antecedente es el Programa Gota de Leche:

Programa Gota de Leche, 1929 agrupaba a un sector de mujeres mexicanas preocupadas por la alimentación de las niñas y los niños de la periferia de la Ciudad de México. A partir de Gota de Leche, se formó la Asociación Nacional de Protección a la Infancia que comenzó a recibir apoyo de la Lotería Nacional para la Beneficencia Pública. El 31 de enero de 1961, tomando como fundamento los desayunos escolares, se crea por Decreto Presidencial, el organismo descentralizado Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), que generó una actitud social de gran simpatía y apoyo hacia la niñez.

Siete años después, el 15 de julio de 1968 es creada, también por Decreto Presidencial, la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), orientada a la atención de niñas y niños huérfanos, abandonados, con alguna discapacidad o con ciertas enfermedades y más tarde, en los años setenta, surge el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia.

Hoy, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, se posiciona como la institución rectora de la asistencia social en México, impulsora de programas y acciones encaminadas a mejorar las condiciones de vida de las personas con mayor vulnerabilidad del país.

Figura 10: Antecedentes SNDIF

Elaboración propia con base en la información recabada del SNDIF. (Septiembre de 2016). Sistema Nacional para el Desarrollo integral de la Familia y Ruíz, S. C., & Valdés, J. H. (2017).

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia tiene trece Centros de Asistencia Social en las cuales se atiende a la población: Casas Cuna, Casas Hogar para Niñas y Niños, Casas Hogar para Personas Adultas Mayores, Casas de Día o Medio Camino para Personas Adultas Mayores, Centros de Atención Infantil Comunitario, Centros de Atención y Desarrollo Infantil, Espacios de Alimentación Escolar, Espacios de Alimentación Comunitaria, Albergues para Niñez Migrante no Acompañada, Albergues para Población Vulnerable, Unidades Básicas de Rehabilitación y Consultorios Médicos.

Para la atención y asistencia a la niñez que se encuentre sin cuidados parentales o en situación de vulnerabilidad, existen cinco Centros de Asistencia Social; Los cuales se encuentran divididos de acuerdo a la edad y sexo:



Figura 11: Centros de Asistencia Social del SNDIF

Elaboración propia con base en la información recabada Sistema Nacional para el Desarrollo integral de la Familia SNDIF.

Cuenta con un equipo multidisciplinario con el objetivo de brindar atención y protección integral a Niñas, Niños y Adolescentes: Área de Trabajo Social, Área Administrativa, Área Médica, Área Jurídica y Área de Psicopedagogía.

Se encuentra regulada por la Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010 y a su vez existen un estatuto, manual y reglamento en donde se aplica los efectos de dicha Norma Oficial, es decir, los recursos humanos que deben atender a la niñez en situación de institucionalización, la infraestructura de los espacios y los servicios básicos de cada Centro Asistencial y las medidas de seguridad.

Es así que la Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, está dirigida a todos los que prestan servicios de asistencia social para Niños, Niñas y Adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. Dicha norma tiene el objetivo establecer las características y los requisitos mínimos que deben observarse en los Establecimientos o Espacios de los sectores público, social y privado que presten servicios de asistencia social a niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad (Diario Oficial de la Federación, 2011).

Respecto al Estatuto Orgánico del SNDIF contiene los capítulos de competencia y organización de la junta de gobierno, del titular del organismo, del comisario público, de las jefaturas de unidad y de la procuraduría federal de protección de Niñas, Niños y Adolescentes; de la unidad de atención a población vulnerable, de la unidad de asistencia e integración social, de la procuraduría federal de protección de Niñas, Niños y Adolescentes, de la oficialía mayor, del órgano interno de control, de las direcciones generales, de la suplencia de los servidores públicos y artículos transitorios (SNDIF, 2016).

En cuanto al Manual de Procedimientos de la Dirección General de Integración Social, se establecen los procesos cronológicos y las acciones operativas que deben seguir para cumplir las tareas determinadas. El objetivo es establecer los procedimientos específicos y la secuencia de acciones del quehacer de la Dirección General de Integración Social a través de los Centros de Asistencia Social, con la finalidad de unificar criterios de

operación, para optimizar la prestación de los servicios de atención a las Niñas, los Niños, las y los Adolescentes y Adultos Mayores en situación de vulnerabilidad y que requieran de Asistencia Social (SNDIF, 2014). Específicamente “contiene los procedimientos de supervisión, de integración de expediente, asignación de prestadores de servicio social, prácticas profesionales, investigación y acciones sociales; incluso indica cómo realizar el ingreso, egreso, atención médica, social, psicológica, pedagógica y nutrición a niños, niñas y adolescentes” (Ruíz S. C., 2016, p. 22).

Respecto al Reglamento Interno de los cuatro Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) y la Subdirección del Centro Amanecer para Niños, tiene el objetivo de precisar la actuación del personal adscrito, así como de los beneficiarios y visitantes para asegurar que las Niñas, Niños y Adolescentes reciban atención, protección y rehabilitación en un clima de calidad y calidez desde su ingreso, durante su estancia y al momento de su egreso (SNDIF, 2014), adicionalmente cuenta con los apartados de disposiciones generales, disposición de la admisión e ingreso de los Niños, Niñas y Adolescentes, derechos y obligaciones de los beneficiarios, visitantes familiares, visitantes voluntarios, el trato del personal, la atención integral del beneficiario, el seguimiento interdisciplinario, la intervención en casos de adopción, la asignación de beneficiarios, el seguimiento interdisciplinario pos adopción y egreso de los beneficiarios.

Por lo que se refiere a las acciones llevadas a cabo por el SNDIF se plantean en el modelo tipo de atención que se describe a continuación.

4.4 Modelo tipo de atención y protección integral SNDIF: Equipo multidisciplinario

El modelo considera que su implementación es paulatina y gradual tanto a nivel de especialización como de procedimientos diferenciados; para ello, cada institución debe generar indicadores de que las acciones se llevan a cabo con apego a la normativa vigente y, en consecuencia, brindan la atención requerida con los estándares mínimos de calidad necesarios para ser avalados y reconocidos como instituciones de servicio y

atención profesionales (Modelo tipo de atención y protección integral de Centros de Asistencia Social para Niñas, Niños y Adolescentes, 2018, p. 22).

El modelo tipo tiene el objetivo de alinear las actividades, procedimientos, actuación del personal e intervenciones al enfoque de protección de derechos, el principio pro- persona, igualdad y no discriminación de Niñas, Niños y Adolescentes que marca la LGDNNA, debido a que contiene estructuras básicas que permiten su operación en las similitudes y diferencias de los centros y, en función de esto, se construye e implementa bajo una estructura modular según etapas de implementación de procesos.

Se encuentra conformado por cinco etapas, cada etapa está diferenciada por las actividades, los objetivos, las herramientas y el personal involucrados para cada proceso de atención en cada centro. El equipo interdisciplinario involucrado debe establecer y determinar los pasos implicados según las necesidades, deseos y principios rectores de la LGDNNA que se muestran en la siguiente tabla número seis:

Tabla 6. Etapas del Modelo tipo de atención en los Centros de Asistencia Social del SNDIF.

Etapa	Actividad
I. Ingreso	<ul style="list-style-type: none"> • Información y orientación sobre los servicios que brinda el CAS. • Detección y atención de emergencias. • Registro de vínculos de confianza y empatía con NNA. • Entrevista preliminar. • Aplicación de formato de primera vez. • Apertura de expediente. • Valoración de la situación individual de cada NNA. • Articulación interinstitucional. • Intervención en crisis (si es necesaria), e • Inicio de un plan de intervención del centro.
II. Atención y Restitución	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico social por cada ingreso de NNA en las siguientes áreas: Trabajo social, médica, psicología, legal y pedagogía. • Factores de riesgo. • Gestiones. • Referencias. • Acompañamiento y orientación a NNA sobre su situación legal. • Restitución de derechos a NNA. • Diseño de Plan de restitución de derechos en colaboración con cada NNA, atendiendo sus características y necesidades. • Contacto con algún familiar o persona de confianza de NNA.
III. Estancia /Residencia	<ul style="list-style-type: none"> • Cada NNA tendrá claro el objetivo de su Plan de acceso y desarrollo:

	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación del Plan de acceso a derechos y desarrollo, donde se contemplarán algunas actividades en: Trabajo Social, Psicología infantil y juvenil, Pedagogía, Salud integral, Área legal, y esparcimiento (juego, arte y cultura). • Factores de protección. • Regulación escolar. • Desarrollo: Habilidades para la vida (fundamental plan de vida). Y habilidades para el desarrollo económico, y detectar las redes de protección de NNA.
IV. Egreso	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo con la niña, niño o adolescente para su egreso. • Preparación de familiares, tutorías e instituciones para su recepción. • Estrategias para acceso y exigibilidad de derechos. • Cartilla de los derechos de NNA. • Verificar las condiciones de egreso, para salvaguardar el interés superior de la niñez: Consolidación de acuerdos con familia extensa, familia de acogida, acogimiento pre-adoptivo o adoptiva. • Vinculación directa con quien tendrá la guarda y custodia de NNA. • Evidencia administrativa del egreso de NNA • Evaluación de calidad de los servicios y del proceso de atención y cuidado.
V. Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de NNA que ha egresado. • Documentación. • Evaluación de visitas domiciliarias. • Sistematización de las buenas prácticas.

Elaboración propia con base en: Etapas del Modelo Tipo de Atención y Protección en los CAS. Adaptado de “Modelo de Atención y Protección Integral de Centros de Asistencia Social para Niñas, Niños y Adolescentes” de SNDIF, 2018.

Capítulo V. Efectos Biopsicosociales e implicaciones de la institucionalización

“Pienso que en una historia de violencias, en un contexto trasgresor, en una época de crisis de los valores éticos, es más difícil encontrar un camino. Y los adultos tienden a repetir una actitud culpabilizadora y patologizadora con los jóvenes, mucho más que pensarlos en una cadena generacional y social. Se tiende a ubicarlos como culpables y patológicos, sin preguntarse por el lugar que ocupan ni por las transformaciones de las que son voceros”.

Beatriz Janín, 2018.

5.1 Características e implicaciones

La vida cotidiana en las instituciones se encuentra determinada por la administración de del tiempo, es decir, la atención que recibe la niñez se da a partir de la administración de éste y por medio un discurso institucional como formador de la identidad.

Identificarse con un grupo implica pertenecer al mismo y desde esa pertenencia social se pautan las interacciones con los demás, y los modos de comprender la realidad. En este sentido, quienes se definen como institucionalizados o viviendo en un hogar, aprenden pautas grupales que hacen suyas. Estas pautas los redefinen como parte del grupo, y es a través de esa pertenencia que se relacionan con el medio, legitimando sus maneras de comprenderlo y de actuar en él (Di Iorio, 2009, pág. 6).

Así, la manera de relacionarse socialmente estará impactada por la normatividad institucional, con poco contacto con la convivencia en los espacios públicos, así mismo, es probable que las necesidades básicas de la vida cotidiana sean suministradas de manera mecánica a través de la institución y no tengan un acercamiento práctico en los procesos sobre cómo se realizan las actividades instrumentales, por ejemplo, la preparación de la comida, los alimentos se realizan en cocinas industriales y son

servidos sin que Niñas, Niños y Adolescentes conozcan todo el proceso de preparación, lo cual tendrá un impacto en la manera en la cual van entendiendo el mundo.

La institucionalización sigue siendo una vía por medio de la cual se busca restituir los derechos de la niñez, Save the Children reconoce que “no todos los cuidados de las instituciones son perjudiciales para los niños, y que los pequeños hogares de grupo, pueden jugar un papel importante en la satisfacción de las necesidades de ciertos grupos de niños” (2010, p. 6).

Para Di Iorio (2009), la situación de encierro y la separación familiar son elementos que los unifican y a la vez los diferencian de otros niños y niñas que si viven en un entorno familiar con figuras de cuidado definidas, pues para la niñez que vive en Centros de Asistencia Social el múltiple cuidado los coloca en desventaja, debido a que es poco probable que puedan establecer un vínculo seguro y perdurable en el tiempo con una figura de cuidado.

Diferentes investigaciones desde principios del siglo XX han documentado las consecuencias biopsicosociales de la institucionalización en la niñez. La Organización de las Naciones Unidas emitió en 2009 las *Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños*⁶ en donde ha advertido del uso excesivo de la institucionalización. Siendo los más vulnerables, niñas y niños menores de tres años.

Una institucionalización precoz y prolongada tiene graves efectos: los daños emocionales y cognitivos causados por una permanencia en las instituciones pueden llegar a ser irreversibles. “Por cada tres meses que un niño de corta edad reside en una institución pierde un mes de desarrollo” (Palummo, 2013, p. 12). Esto se debe a que en la primera

⁶Las directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los NNA establecen pautas adecuadas de orientación política y práctica con el propósito de promover la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño y de las disposiciones pertinentes de otros instrumentos internacionales relativas a la protección y al bienestar de NNA privados del cuidado parental o en peligro de encontrarse en esa situación.

etapa de la vida, cada día se construye un peldaño más para el desarrollo cognitivo, afectivo y social.

La importancia de los primeros años de vida del ser humano prevalece en que, en esta etapa es donde se desarrollan los periodos sensibles, los cuales son temporales e irrepetibles, durante estos periodos las niñas y los niños tienen un interés particular para aprender del contexto que les rodea. Es por ello que se habla de un impacto negativo de la institucionalización, porque generalmente la intervención se basa en suministrar las necesidades básicas como cuidados y alimentos, sin que se visualice una interacción recíproca de la niñez hacia estos cuidados como: el gesto y la emoción que se genera a partir del apego.

El apego es un vínculo afectivo niño-adulto cuidador relativamente perdurable, en el que el otro es importante como individuo único y no intercambiable, con quien se quiere mantener cierta cercanía. Dicho vínculo se manifiesta a través de un sistema organizado de conducta cuyo fin es el mantenimiento de la proximidad entre el individuo y una o varias personas afectivamente cercanas a él, normalmente concebidas como más sabias y fuertes. Se trata de un lazo irremplazable -específico y discriminativo- que se construye a través de las interacciones entre ambos miembros de la díada (Ainsworth, 1989, p. 710).

Bowlby (1993, p. 60) señaló que cualquier persona puede servir de figura de apego, si él o ella llegan a ser una fuente confiable o de protección, solo debe de cumplir los criterios que definen una figura de apego:

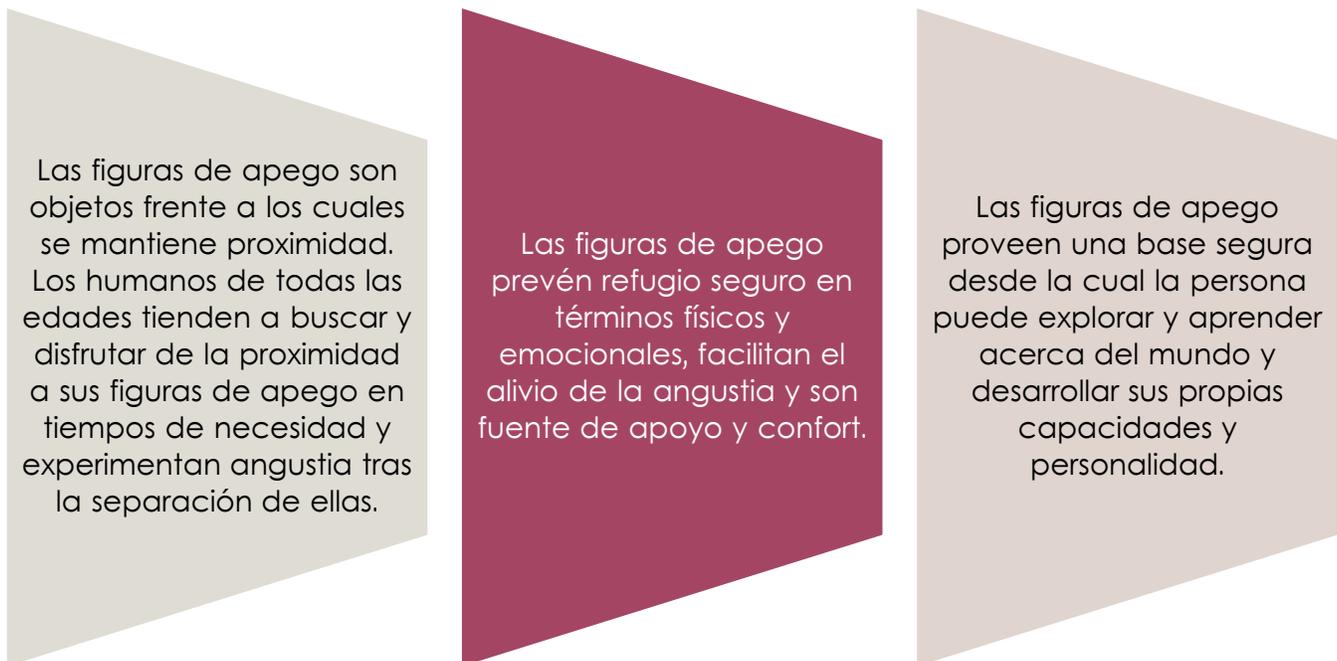


Figura 12: Criterios que definen una figura de apego de acuerdo con John Bowlby

Elaboración propia con base en la información recabada de JUCONI, (s.f.) Teoría del apego y relación terapéutica.

Ante el rompimiento de vínculos afectivos que Niñas Niños y Adolescentes en condición de institucionalización tienen con su familia de origen, comienzan a tener ciertas características que los diferencia de aquella niñez que vive en un entorno familiar, por lo cual organismos como la Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (RELAF), Save the Children y UNICEF han documentado su caracterización, así como las repercusiones que la institucionalización tiene en la vida de estos.

No obstante, no se trata de crear un perfil de NNA en situación de institucionalización, ni etiquetar o hacer clasificaciones. Se trata de dar pistas respecto a aquellas subjetividades de ésta niñez, sin que dichas características introduzcan a suponer un comportamiento estereotipado, debido a que se puede hacer un perfil de éstos general, sin perder de vista la subjetividad de cada uno, debido a la amplia población que atienden actualmente los

Centros de Asistencia Social, en donde las problemáticas han trascendido de la violencia infantil doméstica a la violencia estructural como señala (Ruiz, 2019).

El maltrato infantil hoy traspasa esas fronteras y se manifiesta como resultado del resquebrajamiento y descomposición del tejido social, involucrando a los menores de edad en problemáticas de largo alcance y de dimensiones nacionales y trasnacionales tales como: la trata de personas, la niñez migrante no acompañada y el maltrato institucional (una forma de reciente reconocimiento) (Ruíz S. C., 2019, p. 26).

Como puede notarse en la tabla número siete, las repercusiones en todas las esferas del desarrollo humano tienden a centrarse en la teoría del apego, demostrando que muy pocos de las y los niños logran desarrollar alguna forma de apego seguro en las instituciones.

Tabla 7. Repercusiones de la institucionalización

Repercusiones de la institucionalización de niñas, niños y adolescentes.	
Desarrollo físico	<p>La permanencia de la niñez en una institución ha reflejado efectos en el crecimiento físico; Presentan una estatura y peso menor al promedio, así como una circunferencia craneal pequeña, problemas intestinales, de piel, desnutrición y problemas bucales.</p> <p>Dichas deficiencias, de acuerdo con los estudios científicos no están relacionados con una falta de nutrientes, debido a que en la institución es probable que lleven una dieta balanceada, se trata más bien de una afectación con sus vínculos afectivos, lo que provoca que el mundo en general sea inseguro e impredecible.</p>

<p>Desarrollo cognitivo</p>	<p>La niñez en condición de institucionalización presenta un potencial intelectual normal, con un rezago en el rendimiento escolar que se relaciona con problemas de atención y aprendizaje, continuas fallas en tareas que implican memoria de trabajo, autocontrol y planeación, y en la capacidad de trasladar el pensamiento a diferentes escenarios.</p> <p>Otras de las características son la hiperactividad/inatención y los déficits cognitivos; retraso en la adquisición de vocabulario, reducción en las habilidades de comunicación y conducta; procesos sensoriales anormales, así como menores habilidades de lectura y, con frecuencia, necesidad de educación especializada.</p> <p>Por lo tanto, persiste una constante en el desfase de años escolares. En muchas ocasiones dicho desfase en el desarrollo se ha confundido con retraso mental, situación que desaparece al integrarlos a ambientes seguros.</p>
	<p>Muy pocos de las y los niños logran desarrollar alguna forma de apego seguro en las instituciones. Por lo tanto, algunas manifestaciones del apego inseguro serán: enojo, conducta de oposición con relación a</p>

<p>Desarrollo emocional y efectivo</p>	<p>un adulto, evita la proximidad o el contacto, conductas desconectadas, dificultad en responder a gestos de consuelo.</p> <p>Prevalecen las reacciones emocionales impulsivas que oscilan entre un desapego afectivo hasta las dependencias masivas. Los niños y niñas más pequeños frecuentemente presentan retraso del desarrollo, alteraciones del sueño, enuresis, desmotivación expresada en forma de aburrimiento y conducta pasivo- agresiva (López, 2016). Los mayores presentan baja autoestima y frecuentemente manifiestan sus conflictos en forma de conducta.</p> <p>Suelen experimentar depresión, ansiedad y agresión, reflejando una menor autonomía y participación activa, baja autoestima y confianza en sí mismos, debido a que muchos de ellos usualmente tienen una historia en la cual se involucra la violencia. Así mismo, es probable que se les dificulte la capacidad para reconocer emociones, especialmente tristeza y miedo, debido a la cantidad de estrés al que fueron expuestos.</p> <p>Otra característica tiene que ver con la desvalorización que se refiere al concepto de sí mismo, debido a angustias de la infancia, errores y fracasos, al temor y a la responsabilidad.</p>
---	---

Desarrollo social

Respecto al desarrollo social presentan un déficit en su competencia social, dificultad para hacer amistades y para establecer relaciones con otros, presentan experiencias de constante rechazo, pues continuamente han experimentado pérdidas.

Debido a que tienen problemas para relacionarse con sus pares y deficiencias en la adquisición de habilidades sociales básicas, se les dificulta el desarrollo de habilidades sociales más elaboradas, necesarias para la interacción con sus pares y con los adultos, aunado a la exhibición de conductas estereotipadas, agresivas o pasivas. Esto se debe principalmente a la dificultad para mentalizar a los demás: entender qué está pasando con el otro, cuáles son sus deseos, creencias, intenciones y pensamientos.

Es decir, existe una afectación en la cognición socioemocional, la cual permite a los seres humanos interpretar las acciones e intenciones de los demás y accede a mantener relaciones sociales con los otros. Por dicha razón no pueden construir apegos genuinos, pues la mayoría de las personas que conocen vienen y van. Como refiere (Di Bartolo) "No podemos olvidar que nuestros vínculos nos hacen quienes somos" (2016).

Otra característica del déficit en el desarrollo de las relaciones interpersonales es la amabilidad indiscriminada: son excesivamente amigables con

	<p>desconocidos, no discriminan entre un adulto y un par. De este modo, pueden iniciar un contacto social aparentemente de manera sencilla, dado que sonríen fácilmente con las personas y no muestran precaución o el miedo característico hacia un extraño que tienen otros niños y niñas, lo cual puede ser peligroso para su integridad. Esto se debe a que no cuentan con una figura de apego que les ayude a regular sus emociones negativas en momentos de estrés y angustia, ni a explorar su contexto inmediato.</p> <p>En contraste existen otros niños y niñas que habitualmente presentan conductas antisociales, agresión, crueldad, mentira, conductas violentas, problemas de interacción social, autoagresión y otros como la hiperactividad que generan dinámicas de convivencia difíciles. A falta de un adulto disponible la interacción de cuidadores constantes también puede limitar capacidad de los niños para desarrollar la confianza personal y habilidades sociales.</p> <p>Son muy sensitivos a los cambios en la programación, las tensiones, sorpresas, situaciones sociales caóticas y, en general, a cualquier situación nueva. Se sentirán abrumados por situaciones complicadas y especiales, aunque sean agradables. Debido a esto cualquier esfuerzo que pueda hacerse para ser consistente, predecible y repetitivo, será sumamente importante para que se sientan a salvo y seguros.</p>
--	---

Elaboración propia con base en la información extraída de: Save the Children, 2010; Berens & Nelson, 2015; CDHDF, 2014.

Si bien las instituciones hacen un esfuerzo en brindar servicios básicos de salud, alimentación, recreación, educación, por mencionar algunos; su estructura de múltiple cuidado no favorece al pleno desarrollo de Niñas, Niños y Adolescentes, así como un pleno ejercicio de derechos como la participación, la intimidad y la construcción de subjetividad. Por lo cual, las situaciones vividas en sus contextos familiares, llámese Maltrato Infantil u otro no logran trabajarse de manera consistente. Por el contrario, dichos eventos traumáticos se incrementan con los efectos de la institucionalización, al no dotar de habilidades para la vida cotidiana y no ser reconocido por la institución como un individuo único, sino como un número de expediente.

En este sentido ¿Por qué se vuelve tan complicado trabajar con historias de maltrato? en donde la violencia muchas veces ha llegado a expresiones inimaginables, y el trauma se instala afectando todas las dimensiones de la persona: “la manera en la que piensa, siente, aprende, recuerda, la forma en la que el sujeto se reconoce a sí mismo, a los demás y en consecuencia la forma en la que se comprende el mundo” (Bloom, 1999).

5.2 Trauma

Leonore Terr (1990), describe el trauma psíquico cuando ocurre un golpe o una serie de golpes emocionales intensos, inesperados y repentinos asaltan a las personas desde el exterior. Los eventos traumáticos son externos, pero rápidamente se incorporan a la mente. Se trata de cómo la mente y el cuerpo del individuo reaccionan ante la experiencia traumática de forma única en combinación con el contexto del sujeto.

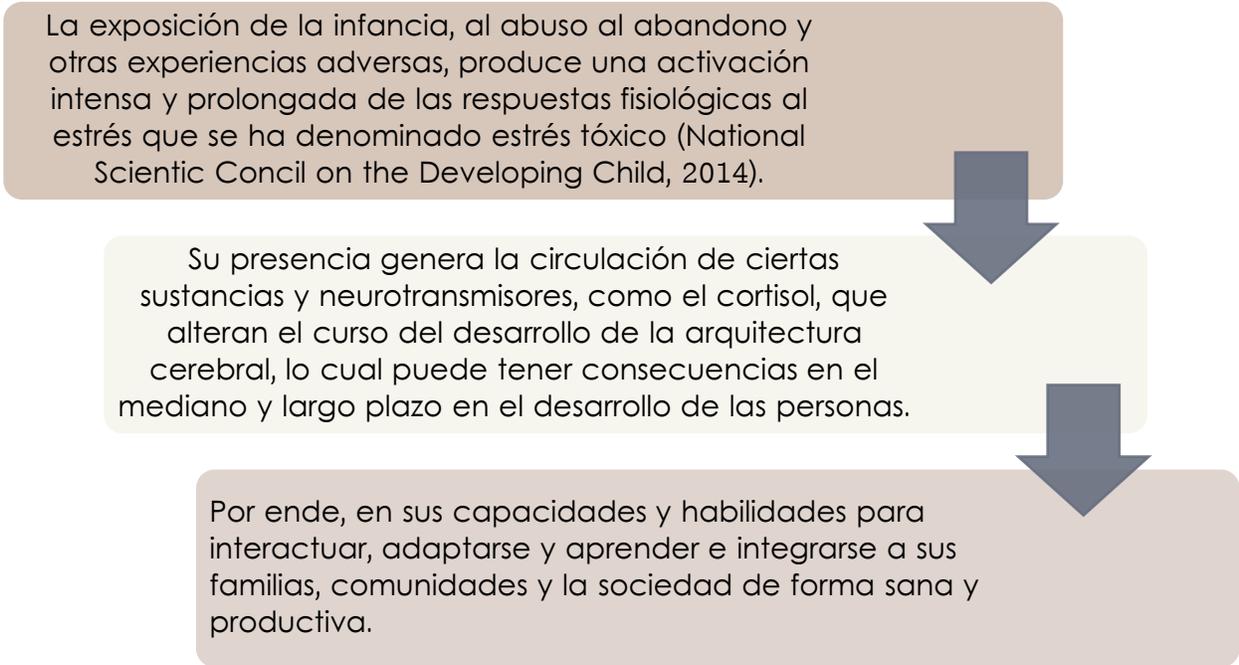


Figura 13: Expresiones del Trauma

Elaboración propia con base en la información recabada de JUCONI. (2017). Trabajando con niñas, niños, adolescentes y sus familias. Bases Teórico Metodológicas y proceso de intervención de Fundación Juconi México.

El trauma en la niñez ocurre antes de que el cerebro desarrolle la modulación normal de la activación. Sin la ayuda de los adultos, el estado de hiperactivación, se vuelve crónico y se presentan una serie de síntomas y comportamientos que intentan disminuir éste estado insoportable (Bloom, 1999).

La teoría del Trauma ofrece un campo de comprensión adicional para entender la situación actual y los comportamientos más difíciles de Niñas, Niños y Adolescentes, quienes en su mayoría han vivido situaciones de estrés abrumador, vinculados a efectos adversos en relaciones interpersonales, familiares y comunitarias.

El trauma puede volverse el principio organizador central para pensamientos, sentimientos, conductas y significados. Si los niños son expuestos al peligro de forma

repetida, sus cuerpos se vuelven inusualmente sensibles, así las amenazas menores detonan estas secuencias completas de respuestas físicas, emocionales y cognitivas. Las Niñas, Niños y Adolescentes no pueden hacer nada para controlar estas reacciones que son construidas biológicamente, tampoco pueden calmarse a sí mismos, requieren la ayuda del adulto. Al encontrarse bajo el estrés constante, puede que nunca desarrollen una modulación normal de la excitación. Como resultado, viven casi siempre irritados, enojados, impulsivos, ansiosos e incapaces de manejar la agresión.

La niñez que sufre un trauma no desarrolla habilidades de afrontamiento. Tampoco desarrolla el sentido de sí mismos y de su relación con los demás. Sus esquemas sobre el significado de la esperanza, la fe y los propósitos de la vida no se forman completamente. [...] De hecho, para muchos niños, la experiencia se convierte en la norma más que en la excepción y no logran desarrollar el concepto de qué es lo normal o saludable. No aprenden a pensar de forma cuidadosa, calmada y deliberada. No aprenden a tener relaciones mutuas compasivas y satisfactorias. No aprenden a escuchar con atención los mensajes que les envían sus órganos sensoriales y su cuerpo.

El trauma que han experimentado les enseña que son malos, que no tienen valor, que son una molestia, entre otras cosas (JUCONI).

Diversas investigaciones han demostrado que las personas expuestas a un trauma en la niñez no solo sufren psicológicamente, sino que además padecen alteraciones cerebrales:

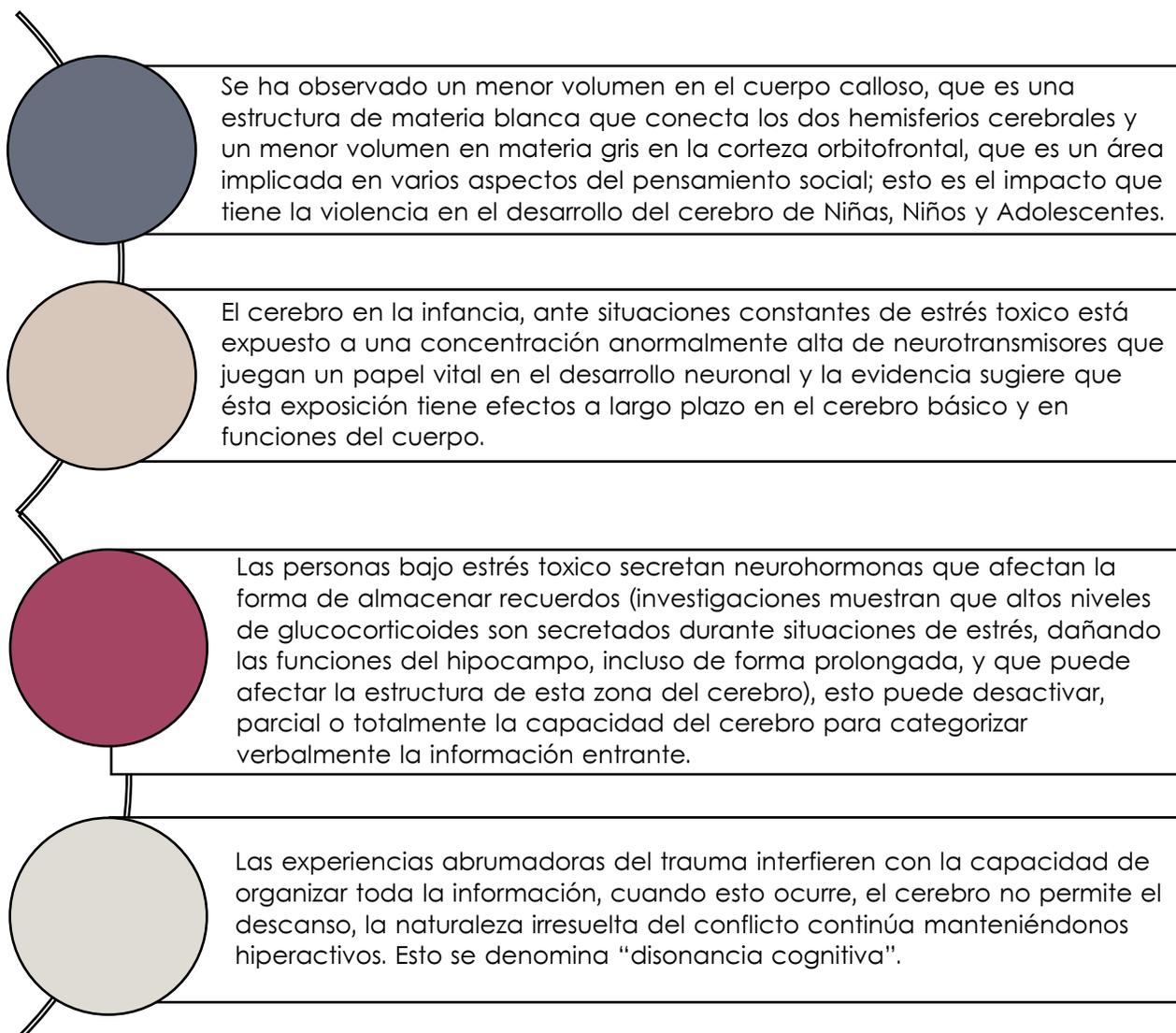


Figura 14: Exposición de la niñez el maltrato

Elaboración propia con base en la información recabada de JUCONI. (2017). Trabajando con niñas, niños, adolescentes y sus familias. Bases Teórico Metodológicas y proceso de intervención de Fundación Juconi México.

Dichas afectaciones impactarán de manera significativa en las habilidades para relacionarse con otros. Los aspectos normativos de la vinculación a través del trauma implican que ellos se sentirán atraídos hacia relaciones de abuso, donde tomarán el rol de víctimas, abusadoras o irán alternando entre estas dos ya que puede haber una sensación de seguridad y libertad en la ansiedad solo cuando estén en dicha relación. Después de todo, aprenden los parámetros de una relación de abuso.

Así, las consecuencias de los sucesos traumáticos son de alto impacto, Richard Bentall (2012) examinó una muestra con 7000 personas con el objetivo de delimitar la asociación entre sucesos vitales estresantes en la niñez y el desarrollo de síntomas psicóticos, a continuación se muestran sus tres conclusiones al respecto:

1. Los niños que han experimentado algún tipo de situación traumática antes de los 16 años son tres veces más propensos a desarrollar trastornos psicóticos en la edad adulta, en comparación con los niños que no han experimentado éste tipo de sucesos.

2. Se observa una relación entre la severidad de la experiencia y la probabilidad de desarrollar la enfermedad, de tal manera que aquellos niños que han sido expuestos en mayor medida a experiencias difíciles en la infancia, presentan un riesgo mucho más elevado de padecer síntomas psicóticos en la edad adulta.

3. Hay una correlación entre el tipo de suceso experimentado en la infancia y el tipo de sintomatología psicótica desarrollada en la edad adulta. Los abusos sexuales en la infancia están asociados en mayor medida con alucinaciones en la etapa adulta, mientras que haber estado ingresado en un orfanato o ser víctima de maltrato físico se asocia con pensamiento paranoide.

Figura 15: Asociación de sucesos traumáticos en la infancia en el desarrollo de síntomas psicóticos.

Elaboración propia con base en: Rigat, C. A., & Talam, C. A. (2015). Introducción a la psicopatología infantil. En A. Jarne, & A. Talam, *Manual de Psicopatología Clínica*, (p. 673). España: Herder.

Barudy (1998) ofrece una diferenciación entre “los efectos del carácter traumático” del maltrato, es decir, aquellos derivados del maltrato mismo y los efectos tipo “mecanismos adaptativos” frente al maltrato que son estrategias de adaptación que el niño se ve obligado a desarrollar para su supervivencia.

Por ejemplo, del tipo de maltrato físico, un tipo de consecuencia traumática podría manifestarse en una hipervigilancia. Y el tipo de consecuencia adaptativa podría ser la

rabia, violencia, cólera y/o crueldad. Es importante mencionar que en la actualidad también se estudian otros tipos de trauma de naturaleza más sutil, más difíciles de detectar, con menos violencia perceptible pero no por eso de menor efecto en sus consecuencias.

En ese sentido, Crastopol (2011) define el microtrauma como agresiones leves pero insistentes que van dañando la autoestima y determinando las relaciones con los demás. Se trata de agresiones de menor intensidad y menos evidentes en cuanto a su cualidad destructiva que los grandes traumas y por ello más fáciles de negar o de detectar.

Por su parte, Stolorow y Atwood (2014) señalan que el trauma no es solo un afecto intolerable, sino que debe entenderse como parte de un contexto relacional donde falta la sintonía afectiva entre el niño y los adultos.

Esta falta de contexto afectuoso y contenedor obliga al niño a disociar sus sentimientos dolorosos, trata de salvar sus relaciones como puede, porque las necesita desesperadamente, pero es fácil que experimente un sufrimiento mental excesivo, una fragilidad ante situaciones adversas o una falta de confianza en el mundo. Pero no solo los sentimientos dolorosos del niño, como la rabia o la envidia, los que pueden ser rechazados por el entorno. También puede darse la falta de respuesta empática validadora ante los sentimientos positivos, los logros, las pequeñas o grandes victorias y alegrías infantiles (Rigat & Talarn, 2015, pp. 670, 671).

Teniendo en cuenta esta forma aprendida de relacionarse con los demás se puede entender con mayor profundidad por qué pueden presentar ciertos comportamientos que para una visión ortodoxa son considerados como “disruptivos”. Sin embargo, resulta de utilidad comprender el impacto del trauma en Niñas, Niños y Adolescentes. Algunos teóricos como Bruce Perry, Boris Cirlunyck y Jorge Barudy mencionan que la única manera de ayudar a personas traumatizadas, es mediante la creación de ambientes seguros que ayuden a contrarrestar los efectos a corto plazo producidos por el estrés crónico. Entendiendo que la violencia debe verse no como un problema individual, sino como un síntoma de ruptura del orden social y, por lo tanto, un problema social.

Capítulo VI. Medicalización de la niñez en condición de institucionalización

“Para poder comprender el trauma, necesitamos comprender la memoria. Para poder apreciar el modo en que los niños sanan, necesitamos entender cómo aprenden a amar, cómo afrontan los desafíos, cómo les afecta el estrés. Y al reconocer el efecto destructivo que la violencia y las amenazas pueden tener sobre la capacidad de amar y trabajar, somos capaces de comprendernos mejor a nosotros mismos y de cuidar a la gente que forma parte de nuestra vida, sobre todo a los niños”.

Bruce Perry, 2008.

6.1 La medicalización de la niñez como estrategia de intervención del Trauma

Cuando se vive en estado de terror es difícil significar lo vivenciado, poner palabras y ligarlo a otras vivencias, pues la posibilidad de enlazar suele quedar paralizada. En contextos hostiles de los cuales frecuentemente suelen pertenecer niñas, niños y adolescentes que se encuentran en condición de institucionalización, el terror es compartido porque parte del contexto social, así, padres e hijos viven una situación en la que los adultos no pueden contener a sus hijos, en tanto, sufren lo mismo.

En éste escenario, la medicalización se instaura como una alternativa (en ocasiones el único recurso) para poder trabajar las manifestaciones del trauma en la vida de niñas, niños y adolescentes. Pero ¿qué se entiende por medicalización?, para comprender éste proceso se presentan a continuación algunas conceptualizaciones teóricas de: Foucault, M. (1977), Iván Illich (1970), Untoiglich, G. (2014) y Conrad, P (2008).

Tabla 8. Conceptualizaciones de Medicalización

MEDICALIZACIÓN	
Michael Foucault	Para Foucault el discurso que ha adoptado la medicina hace que cada vez tenga más poder y más legitimidad para ejercer control sobre el cuerpo humano. Foucault es de los primeros teóricos que plantea la medicina moderna como una medicina social, y por lo tanto, como una práctica social que se desenvuelve en una sociedad capitalista. La medicalización es un proceso progresivo por el cual el saber y la práctica médica moderna incorpora, absorbe y coloniza fenómenos y problemas de la vida social y colectiva que anteriormente están regulados por otro tipo de instituciones o autoridades como por ejemplo, la familia o la religión (Foucault, 1977).
Iván Illich	Para Iván Illich la medicalización de la vida es un proceso de virtud del cual se expropia a los individuos de sus propios recursos y criterios curativos, sirviéndose para ello del fomento de la dependencia excesiva de los medicamentos, la transformación de expectativas y rituales (como los relacionados con muerte), etcétera (Illich, 1970).
Gisela Untoiglich	Por su parte Gisela Untoiglich define la medicalización de la siguiente manera: "cuando cuestiones de orden colectivo, social y político, se abordan como problemas individuales, atribuyendo su causación, mayoritariamente, a determinaciones biológicas (aunque las mismas no hayan sido comprobadas). Cuando problemas que están por fuera del área de la medicina son definidos en términos de trastornos y abordados como problemas médicos, estamos ante un proceso de medicalización de la vida" (Untoiglich, 2014).

Peter Conrad	Por lo que a infancia se refiere, Peter Conrad define la medicalización como “problemas no-médicos” pasan a ser definidos y tratados como “problemas médicos”, ya sea bajo la forma de “enfermedades” o de “desórdenes” (Conrad, 2008).
---------------------	---

Elaboración propia con base en: Fabregà M. (2015) Análisis exploratorio de los procesos de medicalización que intervienen durante la infancia y la adolescencia; Untoiglich G. (2014) Medicalización y Patologización de la vida: situación de las infancias en Latinoamérica.

De acuerdo con lo anterior, la medicalización para el presente estudio se define como el conjunto de prácticas médicas que intervienen en aspectos de la vida cotidiana de las personas, pretende resolver problemas complejos y sociales que se manifiestan a partir del cuerpo, en donde se establece la naturalización acrítica de la vida diaria que consiste en diagnosticar, patologizar, y medicar a quien presente “diferencias” o “desviaciones” con “los criterios de normalidad”.

Actualmente existe un aumento de diagnósticos psiquiátricos en la niñez a nivel mundial. Algunos estudios señalan que entre el 10% y 20% de las Niñas, Niños y Adolescentes del planeta sufren algún tipo de trastorno mental (Kieling, 2011).

Es posible que estas cifras estén abultadas debido al prurito diagnóstico contemporáneo, un *furor diagnosticandis* producto de la excesiva medicalización y psiquiatrización de la vida cotidiana. Pero sean cuales sean las cifras auténticas, la presencia de un buen número de trastornos mentales en los niños es un asunto de extrema gravedad por varios motivos. En primer lugar, por el propio sufrimiento excesivo de los niños. En segundo lugar, un motivo de preocupación que surge con respecto a su futuro, pues los estudios de seguimiento son concluyentes: los niños con psicopatología tienen un altísimo riesgo de ser adultos con psicopatología (Cererois & Caparrós, 2015, p. 641).

La medicalización de la infancia y la adolescencia ha aumentado en las últimas décadas, la controversia y el debate sobre el tema es una de las cuestiones de la actualidad debido a la diversidad de opiniones. Jonathan Silva psicoanalista mexicano señala lo siguiente:

“no sé si cada vez haya menos infancias felices, pero lo que si vemos es que, cada día, la infancia genera y busca nuevas posibilidades de desmarcarse para ser escuchada” (Silva, 2019, p. 70).

Es importante considerar que en materia de psiquiatría tanto el tratamiento farmacológico y el diagnóstico suelen ser inestables y cambiantes, lo cual es correcto, puesto que el ser humano es cambiante, sin embargo es frecuente que Niñas, Niños y Adolescentes tengan más de un diagnóstico establecido y por ende más de un tratamiento farmacológico. Por lo cual los efectos de acuerdo con Whitaker, de la psiquiatría corporativa (y del resto de la medicina) sistemáticamente minimizan los daños y exagera los beneficios.

Existen dos posturas en torno a la utilización de fármacos en la niñez, una tiene que ver con la detección de trastornos de manera temprana y otra que se basa en una línea de pensamiento crítico, la cual señala la proliferación de trastornos mentales y la generalizada implementación del tratamiento farmacológico.

Cabe señalar que la presente investigación se sitúa en una postura crítica, más no en un discurso antipsiquiátrico, pues no se está poniendo en discusión la existencia de cada vez más niños con problemas de atención y/o hiperactividad, por dar un ejemplo, lo que se cuestiona es que todos ellos pueden ser englobados en una única categoría diagnóstica.

La racionalidad de la prescripción psicofarmacológica desde finales de los años sesentas se basa en la idea de que los psicofármacos corrigen una alteración en la actividad de los neurotransmisores del sistema nervioso central, lo que se ha denominado “la hipótesis del desequilibrio bioquímico”. Pues desde una mirada occidental se prioriza el tratamiento farmacológico sobre cualquier otra intervención.

Es importante señalar que los recientes estudios sobre neurociencias han debelado que la estructura y el funcionamiento del cerebro están diseñados por los genes, sin embargo están moldeados por la calidad de las experiencias interpersonales como señala Barudy (2020), son precisamente éstas experiencias interpersonales que favorecen el desarrollo

de la mente sana, son productoras de buenos tratos desde la concepción, la vida intrauterina, la niñez hasta la adultez.

De esta manera, la revolución neuro-científica permite contar con elementos para comprender el impacto del maltrato en la niñez (por ejemplo), pero también debela la recreación de procesos de auto-organización cerebral a través de las experiencias interpersonales de calidad; así, ésta investigación se distancia de un modelo medico hegemónico que pudiera establecer que los genes van determinando todo lo que sucede con el individuo, al considerar el origen de las problemáticas como una cuestión biológica.

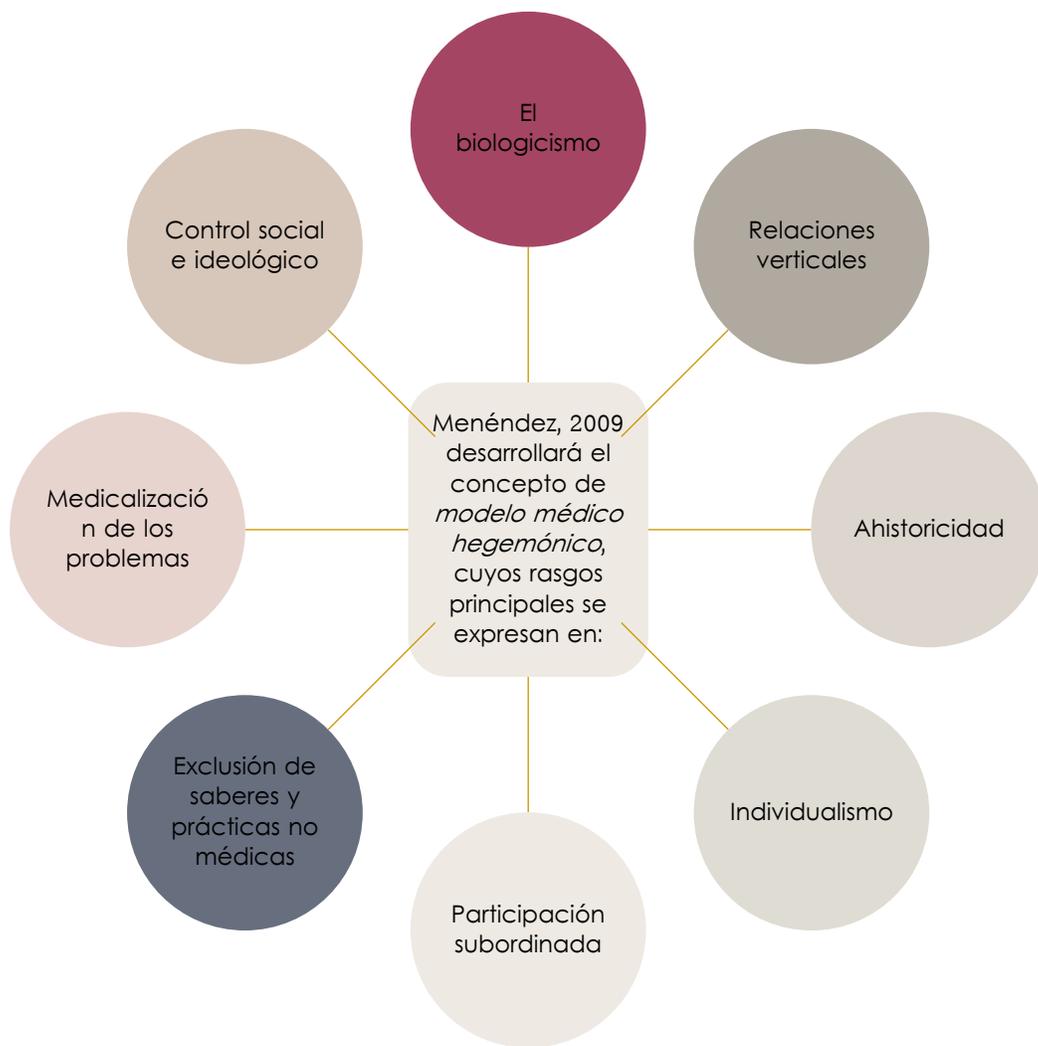


Figura 16: Principales rasgos del modelo médico hegemónico

Elaboración propia con base en la información recabada de Castillo Parada, T. (2018). Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos, (pp. 513-529).

A partir de éste cuestionamiento, se vislumbra que es insuficiente expresar que el discurso médico se encuentra socialmente construido, sino que es necesario reconocer que está construido de manera que solo produce significados convencionales y resonantes con la ideología dominante (Castillo Parada, 2018, p. 515).

En este sentido el modelo biomédico comprende al ser humano como una máquina biológica que requiere en algunas situaciones de reparación, es decir, cualquier alteración del cuerpo debe ser tratada para que vuelva a la “normalidad” mediante métodos mecánicos y químicos. Se contempla solo al individuo y se descontextualiza del medio social del cual está inmerso.

A través del modelo biomédico, se creó la estructura organizacional de examinar, clasificar y tratar la enfermedad. Desde esta perspectiva, fundamentada en la patología, se define la salud como la ausencia de la enfermedad. El mundo está dividido entre las personas sanas y las personas enfermas, sin término intermedio, entendiéndose por enfermedad aquello que el colectivo médico puede reconocer, demostrar y clasificar. Los especialistas son quienes poseen los conocimientos para proporcionar el tratamiento válido para la enfermedad, sin aceptar la posibilidad de otras alternativas para la cura de ésta (Menéndez, 2009, como se citó en Fabregà 2015, p. 11).

Así se conciben las sintomatologías infantiles como efecto de los genes o perturbaciones neurológicas, en lugar de contemplar en la misma medida sobre las consecuencias de la historia de vida (familiar y social).

Las investigaciones actuales nos demuestran que los genes no determinan nada por sí solos. Hoy se sabe que el medio ambiente puede afectar la expresión de los genes, sin alterar la secuencia de ADN de los mismos. Se trata más bien de influencias que inciden en la activación e inactivación de genes, un fenómeno llamado epigenética, que revolucionará el concepto de interacción genético- ambiental (Janin, 2018, p. 22).

El Centro Asistencial además de ser un espacio de cuidado y atención de la niñez se configura como un puente en donde se plantea un cambio de trayectoria de vida. Por lo cual, es de absoluta relevancia visualizar el tratamiento farmacológico como una herramienta transitoria, es decir que se utilice en un periodo de tiempo relativamente corto, mas no, sea utilizado como un elemento imprescindible en la atención de Niñas, Niños y Adolescentes mientras permanezcan en la institución. Pues como menciona Untoiglich (2019) la niñez es un tiempo de construcción subjetiva y al ubicarlo en condición de enfermo no existen muchas alternativas al respecto a transformar.

Lo que hace la patologización es fijar algo que en un principio era transitorio. Muchas veces, no solo deja al niño en el lugar de un extraño signado de por vida sino que también invisibiliza estas situaciones de violencia sufridas, porque en lugar de detenerse en el contexto y en el sufrimiento infantil, lo que se hace es ubicar todo el problema en lo endógeno (Janin, 2018, p. 24).

Es así que resulta de absoluta relevancia contemplar cómo Niñas, Niños y Adolescentes van incorporando un diagnóstico que los determina y sitúa en condición de enfermo.

6.2 De la complejidad de las historias a la patologización: Niñas, Niños y Adolescentes en condición de institucionalización con déficits, trastornos y espectros.

A partir de la década de los 80, se produjo un crecimiento progresivo para detectar posibles trastornos en los niños que presentaban complicaciones principalmente en el ámbito educativo, como desatención y problemas con el aprendizaje. En los últimos treinta años han surgido una serie de *Trastornos, Déficits* y actualmente *espectros* que se han posicionado cada vez con más presencia gracias al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).

Existen pocas diferencias entre ambas clasificaciones de acuerdo a lo señalado por First (2009). Sin embargo a pesar de que el CIE fue creado por la OMS no depende de una organización profesional y es ajena a intereses comerciales, es decir, puede ser más sensible a las problemas transculturales y es menos dependiente de los intereses y condicionamientos profesionales de los psiquiatras o relacionados con la psiquiatría, no obstante ha tenido menos importancia innovadora que los DSM (Pérez, 2015, p. 144).

Son muchas las categorías propuestas de trastornos en materia de niñez, a continuación se presentan la clasificación de los Trastornos infanto-juveniles catalogados en el DSM-V debido a que por su divulgación ha sido el más utilizado por el área médico-psiquiátrica.

Tabla 9. Trastornos infanto–juveniles catalogados en el DSM–V

TRASTORNOS INFANTO-JUVENILES CATALOGADOS EN EL DSM-V
Trastornos del Desarrollo Neurológico: Discapacidades intelectuales; trastorno de la comunicación; trastorno del espectro del autismo; trastorno por déficit de atención con hiperactividad; trastorno específico de aprendizaje; trastorno motores; trastorno de tics.
Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo (en el capítulo de trastornos depresivos).
Trastorno de ansiedad por separación: mutismo selectivo (en el capítulo de trastornos de ansiedad).
Trastorno de apego reactivo; trastorno de relación social desinhibida (en el capítulo de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés).
Pica; rumiación; trastorno de evitación/restricción de alimentos (en el capítulo de trastornos alimenticios).
Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis.
Disforia de género en niños (en el capítulo de genero)
Trastorno negativista desafiante; trastorno explosivo intermitente; trastorno de conducta (en el capítulo de trastornos destructivos, del control de los impulsos y la conducta).

Elaboración propia con base en: Cererois, A. R., & Caparrós, A. T. (2015). Introducción a la psicopatología infantil. En A. Jarne, & A. Talam (2015), Manual de Psicopatología Clínica (pp. 639–699).

Es preciso señalar que en el DSM-V se enfatizan ciertas cuestiones críticas importantes: A) Contempla poco el factor evolutivo, así como las diferencias de expresión según la edad. Esto resulta de absoluta relevancia si hablamos de una niñez situada (niñez en condición de institucionalización), B) ocupan un espacio muy reducido en los manuales y, por ello, en numerosas ocasiones hay que emplear criterios de adultos para diagnosticar a la niñez. Entre algunas otras que se señalarán en el siguiente apartado con mucho más detenimiento.

Como se ha mencionado antes, las problemáticas que atañen a la niñez y en particular a aquella que se encuentra en condición de institucionalización no pueden ser explicadas desde causa- efecto o determinismos biológicos, es por eso que las historias de los niños tendrían que ser explicadas desde ciencias y disciplinas que contemplen una integralidad. Un ejemplo de éstas es la psicopatología del desarrollo, es una disciplina científica relativamente moderna, cuyo objetivo es examinar los orígenes y el curso de los trastornos psicológicos a lo largo de la vida del sujeto.

A diferencia de la psicopatología tradicional, cuyo punto de vista está centrado en el individuo, la psicopatología del desarrollo se propone un enfoque contextual en el que no se deje de lado las dinámicas que se dan entre el sujeto y los diferentes entornos en los que pertenece.

Como señala Tizón (2015), la psicopatología del desarrollo, con una visión mucho menos sectaria y sesgada que la psiquiatría infantil imperante, considera que la génesis de la psicopatología se encuentra bajo la influencia de varias series complementarias: 1) la dotación genética del infante; 2) las influencias intrauterinas y perinatales; 3) las relaciones microsociales originarias, de la primera infancia: familia, allegados, etcétera; 4) las relaciones macrosociales propias de cada cultura y sociedad (Cererois & Caparrós, 2015, p. 642).

En la psicopatología del desarrollo se establecen tres conceptualizaciones: *epifinidad*, *multifinidad* y *contextualismo*, las cuales impiden que se retomen respuestas simplistas

respecto al origen de los trastornos mentales, pues no permite establecer correlaciones directas entre factores determinados y resultados fijos.

Tabla 10. Psicopatología del desarrollo

Epifinidad	Multifinidad	Contextualismo
<p>Se puede llegar a un mismo resultado a través de diferentes procesos y caminos. Los factores implicados en cada caso pueden ser diferentes; sin embargo el resultado final es (relativamente) similar.</p>	<p>Los mismos factores de riesgo pueden dar resultados diferentes. Aunque el factor de riesgo sea claro y preciso no puede derivarse una única afectación. Por ejemplo padecer en la infancia un <i>apego inseguro desorganizado</i>, no permite diagnosticar que se padecerá tal o cual definición psicopatológica.</p>	<p>El desarrollo normal o patológico de un individuo se produce en relación con un entorno, y en esta situación interactiva todos los agentes implicados son activos. En el caso de los niños, de un matiz: estos no pueden decidir sobre el entorno en el que se desarrollarán y su capacidad de modificarlo es muy escasa.</p>
<p>Factor de Riesgo</p>	<p>Es aquel que aumenta la probabilidad de que se dé un determinado trastorno. La psicopatología no suele ser causada por un solo factor de riesgo sino, probablemente, por la suma de varios</p>	

	<p>factores de riesgo, en combinación con el resto de factores contextuales.</p> <p>Para Riera (2010): las dinámicas psicopatológicas funcionan con una lógica de tipo capitalista... los niños que más poseen (salud, autoestima, bienestar) tienen menos factores de riesgo y viceversa, los casos más severos, los niños más desprotegidos o maltratados, muestran una mayor acumulación de factores de riesgo.</p> <p>Los riesgos en un sistema neoliberal están generalizados sin embargo, se visualiza el riesgo desde el ámbito individual.</p> <p>A mayor riesgo menor autonomía de tomar decisiones de manera libre.</p>
Factor de Protección	<p>Funciona como amortiguador de un factor de riesgo disminuyendo la probabilidad de que éste se derive en un proceso psicopatológico. Clínicos e investigadores siempre se han preguntado cómo es posible que algunas personas sometidas a condiciones extremas de crianza no muestren un franco deterioro en su salud mental. Lo cual ha derivado en uno de los temas más actuales de la salud mental: la resiliencia.</p>
Resiliencia	<p>Concepto derivado de la física que hace referencia al proceso (o la capacidad) mediante el cual un individuo consigue una buena adaptación, a pesar de las circunstancias</p>

adversas en las que se ha desarrollado o en las que vive. (Cyrułnik, 2001)

¿Cómo y basados en qué elementos estas personas han conseguido no ver afectada gravemente su vida y su salud mental a pesar de las adversas circunstancias vividas?... ¿De dónde procede y cómo se gesta la resiliencia?

La resiliencia no es una característica innata o genética, sin más. Posee como todo unos correlatos neuronales pero no es la genética ni el tipo de sistema nervioso lo que la determina. Tampoco se trata de una disposición estática o rasgo de personalidad que una vez se ha adquirido, es permanente. Más bien es un proceso dinámico ya que un niño puede mostrarse más resiliente en ciertas circunstancias.

Todos los autores coinciden en que para que se dé la resiliencia hacen falta tres tipos de factores:

1. Personales

- Buenas habilidades cognitivas (CI, atención, curiosidad etc.)
- Autopercepciones de competencia, mérito confianza, autoeficacia y autoestima.
- Temperamento fácil y personalidad adaptable y sociable.
- Habilidades de autorregulación (control de impulsos y afecto.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perspectiva positiva sobre la vida (esperanza, optimismo, etc.) <p>2. Familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Buena calidad en la crianza (incluyendo calidez, seguridad, buena estructuración y contención) ▪ Relaciones cercanas positivas con adultos competentes (padres, familiares, mentores). ▪ Buenas conexiones a iguales prosociales. <p>3. De la comunidad</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Escolarización adecuada y continua, apoyo educativo. ▪ Conexiones con organizaciones prosociales (asociaciones de diverso tipo) ▪ Buena calidad de vecindario (seguridad, servicios, etc.) ▪ Buena calidad de los servicios sociales y sanitarios.
--	--

Elaboración propia con base en: Cererois, A. R., & Caparrós, A. T. (2015). Introducción a la psicopatología infantil. En A. Jarne, & A. Talarn, Manual de Psicopatología Clínica, pp 639-699).

En este orden de ideas resulta de absoluta relevancia contemplar elementos de una disciplina como lo es la psicopatología en el trabajo con la niñez receptora de violencia que se encuentra en condición de institucionalización, debido a que existe un contexto que atraviesa el cuerpo, es decir, no se puede ignorar cada uno de estos elementos. Teniendo en cuenta que la medicalización de la niñez es un fenómeno mundial, pues predomina una lógica cortoplacista que se manifiesta también en los modos de construir

diagnósticos, tal como menciona Gisela Untoiglich (Stavchansky & Untoiglich, 2017, p. 65) aparecen los diagnósticos como mercancía consumible, el sujeto que produce el neoliberalismo describe un trastorno narcisista “neuroliberal” que deposita a la sociedad que la mercantiliza inmunizandola de cualquier proyecto transformador.

La situación se complejiza si hablamos de aquella niñez que se encuentra en Centros de Asistencia Social, la *acumulación de desventajas* concepto creado por Saraví: quienes concentran más acumulación de desventajas, tienen simultáneamente mayores dificultades para reintegrarse al sistema educativo y/o al mercado de trabajo. La confluencia de pobreza, bajos niveles educativos, precaria integración al mercado de trabajo de los jefes del hogar, y estructuras familiares incompletas pueden haber complicado, en un escenario mucho más hostil (2006, pp 106-107).

Lo anterior resulta relevante si se habla de qué vidas son las que si merecen la pena ser resguardadas o cuidadas y aquellas a las que se les deja morir o son silenciados con un pronóstico diagnosticado. Como ya se mencionaba en la tabla número diez se vive en riesgo dependiendo de las condiciones estructurales, debido a que en el riesgo hay condiciones de poder; por lo cual cada sociedad define cuál riesgo es prioritario y cuál no lo es.

La inmensa mayoría de las muestras de psicopatología infantil no son una cuestión azarosa, determinadas por la biología o la genética, como se nos quiere hacer creer desde las teorías más biologicistas, sino reflejo de las condiciones de vida (familiares, emocionales, de crianza, educativas o de cualquier orden) poco adecuadas para el desarrollo infantil, tal como lo demuestra la bibliografía (Talarn, Sáinz Y Rigat 2013) y la experiencia clínica (Cererois & Caparrós, 2015, p. 640).

La anterior cita da cuenta de que seguir basando las intervenciones profesionales bajo variables biológicas como las causantes de alguna psicopatología en los niños, no es del todo certero. Los factores que intervienen para que se geste un posible trastorno mental son de otro orden, muchas de ellas pertenecen al registro de lo emocional y social. Es por ello que resulta de absoluta relevancia abordar éste tipo de situaciones desde una

perspectiva más amplia e integral a partir del sujeto- colectivo que dé cuenta de la multiplicidad de factores que van determinando la vida de niñas, niños y adolescentes.

Estamos en una época de fetichización de las cifras, nos dice Laurent. Todos los que trabajamos con niños en la actualidad, coincidimos en un aumento de la patología de niños muy pequeños que nos consultan con problemáticas cada vez más graves. El asunto es que no podemos reducir esto a una cuestión genética o de neurotransmisores, sino es necesario tener una mirada más amplia y hacer un análisis más abarcador de este fenómeno épocal. Es decir, reflexionar sobre las condiciones sociales, políticas, económicas en las cuales estamos viendo y armando nuestros vínculos (Stavchansky & Untoiglich, 2017, p. 100).

Reducir toda conducta a causas neurológicas anula a la sociedad como productora de subjetividades y opta por descargar toda responsabilidad sobre la esfera individual, entonces por qué no cuestionarse si el supuesto padecimiento orgánico tiene que ver con una serie de factores ambientales, como explican Stavchansky y Untoiglich: “interrelaciones complejas entre el individuo, la sociedad, la economía y la historia” (2017, p. 67).

Por lo cual estamos hablando de una objetivación del ser humano al reducirlo a un diagnóstico y trastorno mental, pues no se tiene en cuenta la historia en que se viene inscribiendo esa dificultad, ni como ésta se ha ido estructurando en los niños, lo cual en gran parte tiene que ver con la lógica del neoliberalismo.

El neoliberalismo más que comunidad produce cuerpos agrupados, en serie... Clasificaciones, evaluaciones y diagnósticos que segregan y fracturan vínculos. Ruptura de voz convocante, silencio acallado ante el dolor epocal: “consume, consúmete, so-métete” (Stavchansky, 2019, p. 28).

Si hablamos de una niñez que vive en condición de institucionalización que se encuentra diagnosticada con un trastorno mental, la utilización del tratamiento farmacológico impactará sin duda de diferente manera que si éste viviera en un contexto familiar, debido

a la prevalencia de múltiples figuras de cuidado y atención. Para Omar Espinosa los niños bajo esta dinámica son naturalmente despolitizados: en la casa, en la escuela, en la sociedad. Los niños son reducidos a una población objeto de administración, no son considerados como sujetos de deseos, de pasiones, como humanos en sentido pleno (Espinosa, 2019, p. 97).

Si bien es cierto que a partir de una valoración diagnóstica podemos conocer una aproximación de lo que está pasando en un preciso momento con un sujeto en una situación determinada; Los diagnósticos sobre trastornos mentales al igual que cualquier otro diagnóstico tienden a ser transicionales y no estáticos, pues en una primera impresión diagnóstica se contempla una realidad la cual no es absoluta ni permanente.

Desde la perspectiva de Kant solamente podemos conocer fenómenos de las cosas. La palabra fenómeno significa lo que se muestra. Y siempre se refiere a una parcialidad. Nunca a una totalidad. Además solamente conocemos de las cosas lo que ponemos de nosotros en ellas (Espinosa, 2019, p. 100).

Como plantea Beatriz Janin: “el diagnóstico nunca puede realizarse del niño en aislado, sino que debe de tener en cuenta a la familia, el grupo social al que pertenece y a veces, a la escuela. Cuando se hace un diagnóstico en base a cuestionarios o a observaciones rígidas por una normalidad atemporal, desconociendo la incidencia del contexto y de los vínculos tempranos, se está ubicando al otro como objeto de observación no como persona con la que se realiza un intercambio” (Janin, 2018, p. 23).

Entonces ¿por qué es tan importante pensar en el impacto profundo que tienen los diagnósticos relacionados con trastornos mentales que recaen en la niñez?, porque prevalece una fe ciega a la ciencia como menciona Paul Feyerabend “cientificismo” sobre todo en sociedades occidentales, predomina el sistema sanitario con un modelo biomédico en el que la enfermedad es una avería del cuerpo humano producida por un agente biológico. Los especialistas médicos son quienes poseen los conocimientos especializados y proporcionan el único tratamiento válido para la enfermedad y además no es posible olvidar que desde el adultocentrismo, se les considera como adultos

miniatura que no son actores de su propio desarrollo y son solo proyectos de personas adultas.

Pero también la niñez puede mostrarnos la cara más atroz del neoliberalismo que cosifica, invisibiliza y destruye los vínculos de lo humano.

En los tiempos donde las infancias son potencia, estaríamos, tal vez no en el afán de ser protectores o salvadores de la infancia o los niños, sino, en revelar el malestar y mostrar el síntoma incomodo que produce el tema dentro de las políticas neoliberales, más todavía extraer sus consecuencias (clínicas, sociales y culturales y otras que se encuentren en lo social) y desde este lugar reventar la burbuja capitalizante y enajénante de esta época (Hernández, 2019, p. 118).

6.3 Problemáticas de las clasificaciones diagnósticas del DSM-V

Los procesos de medicalización mediante fármacos en la niñez están constituyendo una problemática que pone en debate los intereses económicos, sociales y culturales en los que se radicaliza la medicalización.

El conocimiento científico traducido en verdades pragmáticas, en tecnologías aplicadas, no es ajeno a las fuerzas políticas, económicas y sociales en las que se conforma. El conocimiento legitima a los grupos de poder y a su vez los grupos de poder dictan lo que es conocimiento.

La industria pasó así a controlar la investigación. En su poder están los datos que analiza, interpreta, relata y difunde magistralmente, tanto en el mundo profesional como fuera de él. De este modo, el storytelling (contar historias), del desequilibrio bioquímico se ha convertido en uno de los principales mensajes del marketing de las farmacéuticas y en la ideología dominante de la psiquiatría; el modelo biomédico se ha tornado biocomercial. El efecto de la narrativa del desequilibrio bioquímico es extraordinario: si los fármacos corrigen una alteración subyacente, son necesarios durante un tiempo prolongado, si no de por vida. Además, es necesario diagnosticar cuanto antes (a ser posible en la infancia) y detectar incluso las formas más leves de los trastornos para introducir el tratamiento que corrige la alteración y evitar una progresión de la enfermedad. Los efectos secundarios se justifican como el mal menor de un tratamiento imprescindible (Ruiz, 2016, p. 543).

Como ya se ha mencionado con anterioridad el DSM es uno de los instrumentos más utilizados para la clasificación de trastornos mentales, utilizado casi de facto por los profesionales de la salud mental.

Por sus siglas en Ingles Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) perteneciente a la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) contiene una clasificación muy específica de los trastornos mentales existentes y proporciona descripciones de cada una de las categorías diagnósticas. Francés (2010, p. 6), presenta una fuerte crítica por lo que representa su clasificación de los trastornos, aunque sea el diagnóstico más utilizado durante las investigaciones científicas, se tacha de ser una clasificación reduccionista y adinámico, además de no enfatizar entre el estado de una persona y sus rasgos específicos.

La medicalización del comportamiento y la conducta de la niñez es el tema que más se ha estudiado científicamente. La disparidad de opiniones frente a qué es una desviación y qué no lo es, es el tema principal del debate. Sin embargo llama la atención que la mayoría de artículos están dirigidos al Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad, donde se crítica la falta de estudios que constaten que el trastorno es real y se requiere un tratamiento para él.

El National Institute of Mental Heald NIMH en el 2013 retiró todo apoyo económico a investigaciones basadas exclusivamente en diagnósticos del DSM. Sin embargo el DSM sigue imperando en la mayoría de los países occidentales, aunque la mayoría de sus realizadores han declarado conflictos de intereses ya que muchos habían recibido pagos de diferentes campañas farmacéuticas.

Una de las críticas primordiales del DSM es que vende uniformidad como si fuera objetividad y que mediante evaluaciones cuantitativas se da respuesta a condiciones de orden cualitativo del ser humano. Actualmente ya se etiquetan a los niños a mansalva, desde una supuesta objetividad (como si los vínculos humanos fueran “objetivos” y medibles), (Janin, 2018, p. 25).

Steve Hyman, en el año 1996, publicó un artículo seminal en el *American Journal of Psychiatry* en el que explicaba que la acción de los psicofármacos, como cualquier sustancia psicoactiva, produce una alteración en los mecanismos homeostáticos de los neurotransmisores, un proceso de adaptación al fármaco, que, de administrarse crónicamente, puede generar cambios duraderos en el sistema nervioso central [...] Ya que no existen pruebas de una alteración de los neurotransmisores, los psicofármacos no estarían corrigiendo ningún problema conocido en el cerebro de los pacientes, sino creando un funcionamiento anormal con consecuencias a largo plazo (Ruiz, 2016, p. 544).

En ese sentido la utilización a largo plazo de fármacos que producen daños en el cerebro a largo plazo, solo estaría justificada si existe un claro beneficio frente a los riesgos. Es decir, qué tanto la utilización de fármacos en la niñez que vive en condición de institucionalización es benéfica y se va disminuyendo la dosis a lo largo del tiempo, sin que la utilización del fármaco sea permanente y utilizada como una única vía, pues en periodos prolongados como menciona Steve Hyman los psicofármacos no estarían corrigiendo ningún problema, sino creando un funcionamiento anormal con consecuencias a largo plazo.

Por su parte el psicoanalista Miquel Bassols menciona: “nos podemos centrar en los déficits para intentar subsanarlos o podemos tomar en cuenta los intereses y capacidades de los sujetos con características autistas respetando su singularidad y construyendo a partir de esta” (Bassols, 2015). A pesar que Bassols centra sus estudios en el espectro autista ésta referencia bien podría ser aplicada a los demás trastornos mentales llámese: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno Oposicionista Desafiante, Trastorno Disocial, Trastorno Depresivo entre otros, pues existe una diferencia marcada entre pensar a alguien como un sujeto con dificultades que puede ir resolviendo, o bien ir encontrando nuevas posibilidades, que pensarlo como alguien marcado como discapacitado o enfermo permanente. Guez (1997) relata la vivencia de adolescentes que han sido ubicados como “discapacitados” diciendo que han quedado inundados de un sentimiento de descredito de sí mismos y, más aún, de muerte psíquica, planteando que se trata de una descualificación (Janin, 2018, p. 187).

Gisela Untoiglich menciona: “vivimos en un tiempo que impera la tiranía de la normalidad y estos intentos de normalización corren el riesgo de patologizar a los sujetos dejándolos sin recursos, reduplicando la violencia en ese intento de domesticación de la subjetividad” (2019, p.51). Si al querer restituir los derechos de niñas, niños y adolescentes por parte de la institución preexiste una mirada biologicista con esta lógica del desequilibrio bioquímico en donde los fármacos corrigen una alteración, se estaría trasgrediendo la subjetividad de la niñez al pensarlos fuera del entramado social, al existir períodos prolongados de la medicalización y periodos prolongados de la institucionalización.

En ese sentido el reto profesional e institucional está en acompañar en el armado de construcciones singulares que tomen en cuenta las diversidades subjetivas sin intentar su adiestramiento. Ser figuras competentes como se mencionaba en el capítulo anterior, pues hablar de adultos en disponibilidad voltea la mirada de las infancias y sus patologías hacia cualquier adulto que, desde el vínculo, pueda escuchar y acompañar al niño (Silva, 2019, p. 72).

Capítulo VII. La Intervención de Trabajo Social en la atención a la niñez en condición de institucionalización

“El Trabajo Social desde la intervención, a partir de su práctica, hace visible el padecimiento como expresión de la desigualdad social en los espacios de lo micro social. En efecto, se intenta establecer desde allí nuevas formas de agenda pública. En definitiva, la intervención en lo social se liga con el hacer ver al otro, a la institución, a la sociedad, la desigualdad y sus efectos. El trabajo social desde la intervención está allí, en innumerables lugares, donde el desconcierto, las nuevas formas de subjetividad y el padecimiento se comparten con ese otro sufriente, en las instituciones y espacios de intervención atravesados muchas veces por el sinsentido”.

Alfredo Carballada, 2018.

Trabajo Social es una disciplina de las ciencias sociales que ha encontrado necesario mantenerse en constante cambio para incidir en las problemáticas sociales actuales, a partir de un conocimiento científico e intencionado, desde la transdisciplinariedad con el objetivo de desencadenar procesos de cambio.

Trabajo Social, en su construcción histórica como disciplina se funda dentro de un paradigma vinculado a la resolución de las necesidades, a través de diferentes mecanismos de protección. El propio devenir de la disciplina, sus aportes teóricos, y las características que fue cobrando su experiencia hicieron que desde la intervención se actué también desde los problemas sociales. Históricamente, estos fueron campo de la sociología, disciplina que se encargó de analizar de su génesis como de las posibilidades de resolución desde lo macrosocial (Carballada, 2013, p. 64).

Si bien es cierto que el proceso histórico de trabajo social está vinculado con la filantropía y ayuda social en general, no está aislado de las modalidades de ayuda marcadas, como por ejemplo la voluntad o los principios morales, filantrópicos, religiosos o humanitarios, que ha desarrollado trabajo social. Sin embargo, es necesario advertir como menciona Nelia Tello (2000) su construcción filosófica, histórica y teórico- metodológica, a partir de un encuadre político y de un proceso disciplinar y profesional autónomo.

La particularidad profesional de Trabajo Social, a través de su mirada de integralidad es en gran medida una fortaleza disciplinar, pues se nutre de otras disciplinas, aplica sus conocimientos desde sus propios procesos, con acciones articuladas y direccionadas a un objetivo determinado. De acuerdo con Tello:

“Lo transdisciplinario de la acción de Trabajo Social se traduce en la operación al integrar miradas, discursos e interpretaciones desde la definición de la situación problema, hasta la construcción de la estrategia de intervención que se conforma por acciones de Trabajo Social [...] No es lo mismo juntar miradas disciplinares a constituir una mirada transdisciplinaria desde lo social” (Tello P. N., 2007, p. 12).

Sin embargo, puede llegar a ser una debilidad disciplinar en el sentido de que al no estar bien conformada la identidad profesional, desde lo teórico y metodológico, se llegue a perder en ¿cuál es la función de trabajo social?, incluso ¿hasta dónde llegar en la intervención?, entonces las acciones de trabajo social se tornarían un tanto ambiguas y otras disciplinas pueden ser consideradas jerárquicamente como superiores.

Es así que la disputa entre la construcción identitaria de la profesión y los intereses del Estado, develan una contradicción que se debate hasta nuestros días, que lidia entre una encomienda profesional funcionalista y un principio emancipador (Ruíz & Hernández, 2018, p. 10).

De acuerdo con Evangelista (2013), la identidad dicotómica de la profesión en México desde la historia de la profesión ha configurado dos orientaciones generales entorno al objetivo de Trabajo Social: una, neutralizante-asistencialista-conservadora; y otra político-participativa-trasformadora mismas que se encuentran en constante contradicción y responden fundamentalmente a las prácticas dominantes de la primera y a las emergentes de la segunda.

El Trabajo Social en México tiene un desarrollo histórico complejo, variado y contradictorio. Su accionar debe ser analizado y contextualizado a partir de las acciones del Estado ya que no se trata de un quehacer autónomo o independiente, sino de una profesión ligada íntimamente al accionar del aparato estatal y es necesario tomar en cuenta las connotaciones políticas que ello implica (Evangelista, 1998, p. 79).

Las problemáticas actuales representan un desafío profesional en la atención a la niñez en condición de institucionalización, derivado de una violencia estructural, de aquí la importancia de realizar una intervención social pensada, fundamentada en el conocimiento y con intencionalidad.

Entender que las problemáticas sociales son producto de las relaciones de poder, tanto desde lo micro como en su expresión macro social. Pero, donde hay poder hay resistencia; es tal vez en la profundización de la noción de resistencia ligada a la intervención que existe un camino que permita salir del fatalismo determinista y la causalidad lineal de la desigualdad (Carballeda, 2007, p. 67).

7.1 Trabajo Social en los Centros de Asistencia Social

El trabajo con Niñas, Niños y Adolescentes que se encuentran albergados en un Centro Asistencial demandan un alto grado de profesionalismo en la atención con éstos, pues como ya se ha revisado en los anteriores capítulos la mayoría de las historias tienen que ver con maltrato en sus diferentes modalidades, por lo cual las intervenciones de trabajo social y el resto del equipo multidisciplinario deben estar sustentadas en referentes jurídicos nacionales e internacionales, así como referentes teóricos que brinden elementos para comprender el proceso de institucionalización o violencia estructural.

La encomienda institucional ha implicado por décadas, una función no solo de tipo asistencial, sino el compromiso de cuidado, atención y transformación de trayectorias individuales y familiares, que en muchos casos implican la vida institucionalizada de niñas, niños y grupos de hermanos, que de no contar con este tipo de estructuras, terminarían en la muerte (Ruíz S. C., 2019, p. 45).

Tabla 11. Perfil y funciones del equipo de Trabajo Social.

Perfil	<ul style="list-style-type: none">▪ Estudios de licenciatura o técnica en Trabajo Social.▪ Sexo indistinto.▪ Conocimientos sobre infancia y adolescencia.▪ Trabajo en equipo.▪ Experiencia en trabajo con NNA.▪ Empatía.
---------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Iniciativa. ▪ Compromiso. ▪ Responsabilidad.
Funciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista de primera vez a NNA. ▪ Apertura de expedientes. ▪ Aplicación de instrumentos y evaluaciones. ▪ Referencia y canalizaciones. ▪ Elaboración de informes del área. ▪ Gestiones interinstitucionales. ▪ Contacto directo con red de protección, familia de origen, extensa o de acogida y con personas de la comunidad. ▪ Fomentar la confianza y comunicación con niñas, niños y adolescentes. ▪ Seguimiento. ▪ Pláticas informativas. ▪ Aplicación de formatos.

Elaboración propia con base en la información recabada del “Modelo de Atención y Protección Integral de Centros de Asistencia Social para Niñas, Niños y Adolescentes” de SNDIF, 2018.

En el año 2016 la Escuela Nacional de Trabajo Social realizó un diagnóstico social en cinco de los Centros de Asistencia Social Modelo de Atención Investigación y Capacitación pertenecientes al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y uno de los hallazgos fue que el perfil de atención aparte del fenómeno del maltrato infantil en sus manifestaciones tradicionales (abandono, omisión de cuidados, violencia física, violencia psicológica, abuso sexual, etc.), se notaba una importante presencia de manifestaciones de violencia estructural como niñez migrante no acompañada, trata de personas, crimen organizado y maltrato institucional. Por lo cual resulta prioritario consolidar la intervención acorde a las problemáticas que aquejan a las Niñas, Niños y Adolescentes en condición de institucionalización.

En relación a esto, dentro de los Centros de Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia la actuación del trabajador social se apega a intervenciones de tipo tradicional, trabajando desde una atención individualizada;

cumpliendo con las siguientes actividades que deben responder a lo enunciado a los marcos jurídicos actuales, tanto nacionales como internacionales, entorno a la protección de la niñez:

Será responsabilidad de trabajo social coordinar y supervisar la ejecución y cumplimiento del programa de atención social, a través de la detección, valoración e intervención de la población sujeta a los servicios de asistencia social, vinculando los servicios a esta población, con el objetivo de dar seguimiento de casos:

Tabla 12. Actividades del profesional en Trabajo Social

Previo al ingreso:	Pre-valoración documental del estado social del candidato: valoración social a través de entrevistas; realización de vistas domiciliarias; realización de informes sociales; determinación del diagnóstico social; y asignación del número de solicitud.
Durante el Ingreso y la inducción	Recepción del beneficiario; ubicación del beneficiario en el área de inducción; asignación del número de expediente, en calidad de ingreso; notificación de ingreso del beneficiario a las áreas; apertura del expediente único.
Atención de Caso	Revaloración semestral o cuando el caso lo requiera, realización de entrevistas al beneficiario; seguimiento social al proyecto de vida del beneficiario; recepción y entrevista preliminar de familiares; seguimiento del caso en el expediente; integración, organización y actualización del expediente social de los beneficiarios.

Para el egreso	Realización de visitas domiciliarias; integración de estudios sociales; propuestas de vinculación ante la Junta interdisciplinaria; intervención en el proceso de vinculación, a través de la supervisión de convivencias y elaboración de informes; propuestas de reintegración familiar con intervención en el proceso y seguimiento de reintegración.
En todo momento	Asesoramiento social que prevalece para el mejor manejo que se debe otorgar al beneficiario durante su estancia y ante cualquier evento; asesoramiento sobre la normatividad a seguir durante sus estancia en el centro; y orientación y asesoramiento sobre las estrategias de mejoramiento de la calidad de vida del beneficiario.

Elaboración propia con base en el art. 4 del Reglamento Interno de los CMAIC, 2014.

Estas actividades planteadas en el reglamento interno son enunciativas más no limitativas. El trabajador social es el profesional con el cual la Niña, Niño o Adolescente tiene el primer y último contacto, pues es quien aparece de forma transversal en cada una de las etapas: ingreso, seguimiento y egreso. Del mismo modo es el único profesional del equipo interdisciplinario de cada uno de los Centros de Asistencia Social que tienen una aproximación más cercana a la cotidianidad de las familias.

Trabajo Social es una profesión y disciplina de las ciencias sociales que imagina propone y diseña- siempre con la participación de los diversos sujetos- procesos de cambio social que inciden en situaciones-problema de individuos y colectivos en sus interrelaciones y en el orden social, en un momento determinado. Nuestras acciones emanan de lo social y se dirigen a lo social, desde una perspectiva transdisciplinaria (Tello & Ornelas, 2015, p. 9).

El profesional será el responsable de coordinar y supervisar, conforme a la normatividad vigente, la ejecución y cumplimiento del programa de atención social, mediante la detección, valoración e intervención del caso, vinculando los servicios ofrecidos con el objetivo de dar respuesta a sus necesidades sociales, así como desarrollar acciones de asesoría y seguimiento del mismo (DGIS, 2014: Art. 31).

De aquí que la intervención se ponga a prueba al vincular y aplicar los conocimientos teórico - metodológicos en la atención con la niñez en condición de institucionalización, pues de acuerdo con Carballada (2008) la intervención en lo social se presenta como un instrumento de transformación de las circunstancias donde concretamente actúa, y como un dispositivo de integración y facilitación de diálogo entre diferentes lógicas- que surgen de distintas formas comprensivas explicativas- tanto de los problemas sociales, como de las instituciones en sí mismas.

Debido a que la metodología utilizada en los Centros de Asistencia Social por el área de trabajo social es la de intervención individualizada a continuación se retoma.

7.2 Metodología de Intervención del Trabajo Social Individualizado

La metodología de Intervención individualizada también ha representado un reto en cuanto a mantenerse en continua modificación a las exigencias de la sociedad. De acuerdo con Julieta Flores (2012) los antecedentes más relevantes se encuentran entre las distintas formas de ayuda a los necesitados desde el siglo XVI hasta principios del siglo XIX en Europa, conocidas como beneficencia y Asistencia. Entre estos precursores resaltan los siguientes:

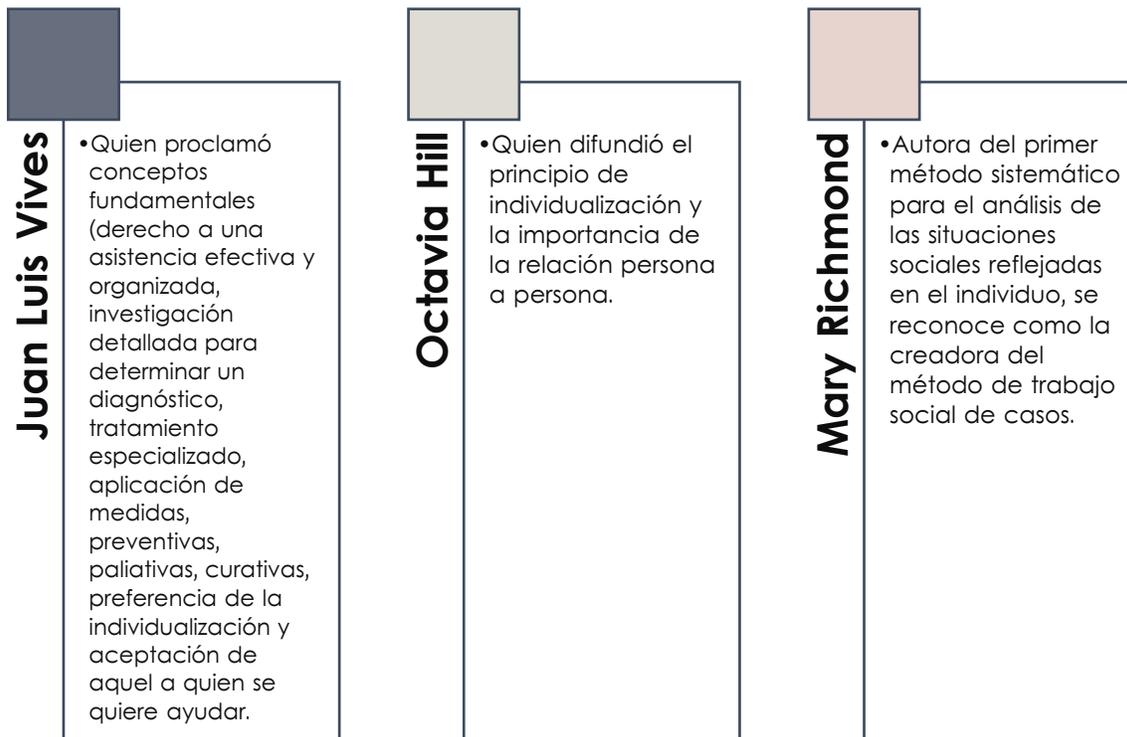


Figura 17: Precursores de Metodología de Intervención Individualizada

Elaboración propia con base en la información recabada de Flores, S. J. (2012). Intervención Individualizada. En S. J. Flores, & G. S. Rivas, Intervención Individualizada, Yecolti editorial.

Es así que la intervención individualizada ve al sujeto como un ser biopsicosocial, en donde el individuo y la sociedad son interdependientes, por lo cual el caso, problema y tratamiento deben ser considerados como un proceso psicosocial. Es decir, los sujetos están en los factores contextuales que inciden en ellos, se encuentran en constante cambio en interacción con su contexto.

A continuación se retoma un proceso metodológico que orienta a la intervención individualizada a provocar cambios ya definidos en función de los objetivos a cumplir, son una serie de fases a seguir, lo cual no quiere decir que sea un proceso inflexible y que se tenga que seguir puntualmente, sin embargo, si es necesario contar con una base metodológica para comprender la situación-problema, así como los procesos de cambio social esperado.

Proceso metodológico de la intervención individualizada

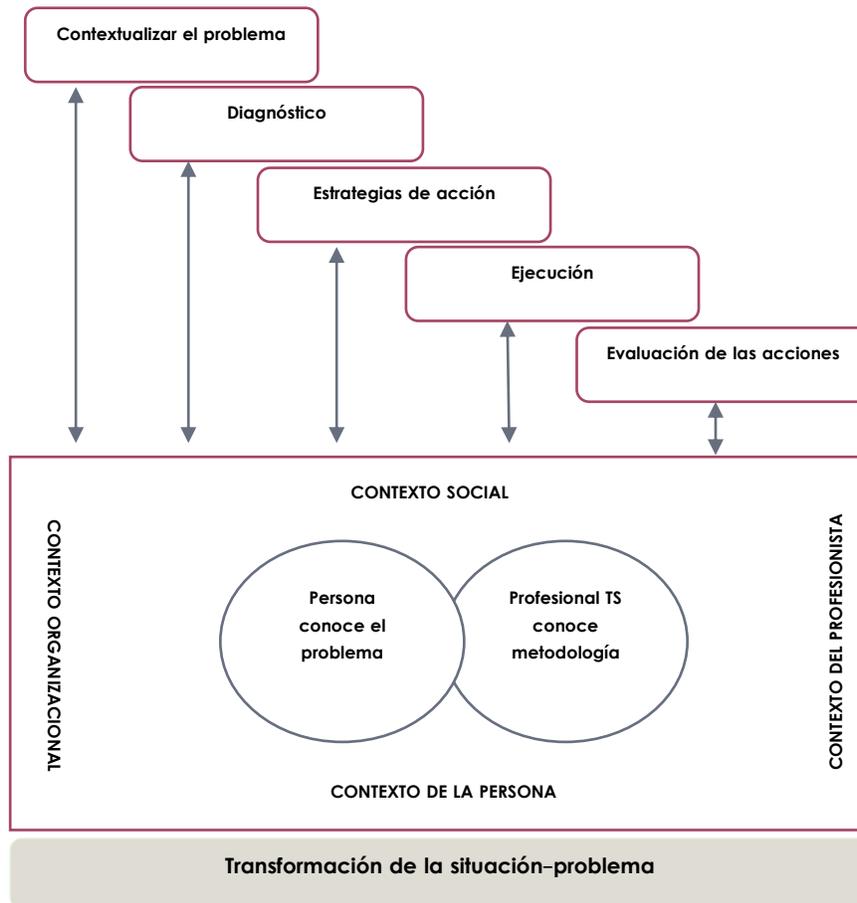


Figura 18: Proceso metodológico de la intervención individualizada

Recuperado de (Flores, 2012) Intervención Individualizada. En S. J. Flores, & G. S. Rivas, Intervención Individualizada, Yecolti editorial.

La contextualización del problema: no es solo un procedimiento técnico, dado que conlleva también una dimensión subjetiva cultural, ética y política. Desde esta óptica se plantean dos procedimientos que son especialmente útiles al contextualizar el problema:

- Definir el problema y sus características. Esta actividad implica un esfuerzo del profesional por precisar los aspectos esenciales que caracterizan o identifican la situación problema y la defensiva de otras situaciones parecidas o relacionadas.

- Ubicar y relacionar el problema con la problemática central que lo engloba y determina sus características y comportamiento. Es muy importante tener presente que un problema no se comporta de la misma manera en personas o situaciones diferentes. Las estrategias de acción exigirán tener en cuenta el contexto al momento de proponer las soluciones.

Diagnóstico del problema: La elaboración del diagnóstico supone priorizar un problema al interior de la problemática y precisar sus relaciones con los demás componentes de la misma, lo que implica ordenar jerárquicamente las diferentes categorías de problemas, según su importancia, de acuerdo con criterios que reflejan los valores del profesional. Priorizar significa organizar los elementos de una serie de acuerdo con la importancia o valor que se les asigna. La priorización de los problemas se hace indispensable cuando no se dispone de recursos para atender a todos los que se identifiquen.

Estrategias de acción: Las estrategias son patrones de objetivos, los cuales se han concebido e iniciado de tal manera que dan a la intervención individualizada una dirección unificada. Se establece un sistema dinámico de anticipación en el que se destacan y agrupan los aspectos estratégicos diferenciadores de los profesionales de Trabajo Social en el marco de un entorno abierto, procurando desarrollar una cultura profesional que apoye las ventajas competitivas que la profesión tiene.

En ese sentido, la estrategia se constituye la parte activa de la intervención individualizada. Las necesidades, deseos y actitudes de la persona deben ser el enfoque central para decidir y actuar. Las estrategias describen actividades concretas dentro de un sistema de trabajo en función de asignación de responsabilidad, fechas límite, prioridades y recursos.

Ejecución: En esta etapa se concretiza el cumplimiento de las estrategias de acción previamente evaluadas. Si, al llegar a esta, falta información, se deben revisar las etapas anteriores. Uno de los aspectos básicos en esta etapa es la asesoría por parte del profesional de Trabajo Social para que la persona participe activamente en las estrategias de acción previamente trazadas; por tanto, está comprometido a apoyar las diferentes

maneras de enfrentar la situación y a buscar caminos de solución, además de desarrollar en la persona actitudes y habilidades que pueda llegar a usar prescindiendo del apoyo profesional, y a la vez lograr efectos en su vida familiar y comunitaria.

Evaluación de las acciones: Es una función básica en la intervención individualizada dirigida a garantizar su éxito. Comprende diferentes actividades orientadas a observar y analizar ciertos aspectos críticos de la ejecución de las estrategias, con la intención de facilitar el cumplimiento de los objetivos, establecer oportunamente los correctivos y aprender de la experiencia para futuras intervenciones.

Hasta este momento como se ha observado en el modelo y reglamentos de actuación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, las actividades de Trabajo Social se enmarcan en ser preponderantemente admirativas con excepción del encuentro íntimo que el Trabajador Social tiene con las familias y por ser la figura transversal que aparece en todas las etapas de la institución, pero sin presencia en el campo de la salud mental.

Sin duda existe una resistencia por parte de aquellas disciplinas hegemónicas que se han implicado en salud mental como portadoras del conocimiento, a pesar de que las problemáticas que se abordan en la salud mental son una acumulación de diversos factores sociales, contextuales, familiares, pero hay una dificultad para contemplar la situación completa de la persona, así como la fundamentación teórica que permita analizar y definir una estrategia de intervención integral. Como mencionan Méndez, Wraage, & Costa “en el caso del campo de la salud mental, existe el reconocimiento fáctico de la dificultad de separar lo que es clínico de lo que es social, y éste es el punto central donde se produce el conflicto de interpretaciones” (2012, p. 429).

Hasta este punto se ha descrito la importancia del hacer intencionado de Trabajo Social que planteé respuestas acordes a las exigencias actuales de la niñez en condición de institucionalización, pues no es posible utilizar una herramienta, técnica o instrumento sin una base teórica.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la investigación a partir de las entrevistas a profundidad realizadas a los profesionales del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, así como las preguntas ciudadanas obtenidas del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).

Capítulo VIII. Resultados

La técnica utilizada como estrategia de obtención de información fue la entrevista en profundidad, realizada en tres de los Centro de Asistencia Social del SNDIF: CNMAIC Casa Cuna Tlalpan, CNMAIC Casa Cuna Coyoacán y CNMAIC Casa Hogar para Niñas a un profesional de cada uno de estos.

En el caso del CNMAIC Casa Cuna Tlalpan, se entrevistó al jefe del área de psicopedagogía con veintidós años de experiencia en el SNDIF.

En CNMAIC Casa Cuna Coyoacán a una Licenciada en Trabajo Social con veintinueve años de experiencia en el SNDIF.

Igualmente en el CNMAIC Casa Hogar para Niñas “Graciela Zubián Villarreal” Casa Hogar para Niñas a la directora del Centro de Asistencial con once meses de experiencia.

Así mismo, para la obtención de datos cualitativos que permitieron conocer con amplitud la situación respecto a la utilización de fármacos para tratar trastornos mentales de la niñez albergada en cada uno de los Centros Asistenciales del SNDIF, se realizaron cinco solicitudes de información a través de la plataforma del Instituto Nacional de Transparencia (INAI).

8.1 Tiempo y extensión del estudio

La extensión de la investigación abarcó del mes de Febrero a Diciembre del año 2019.

Para la aplicación de las tres entrevistas se destinaron los días: 07 de Octubre de 2019 para la primer entrevista, la segunda y tercer entrevista el 11 de Octubre de 2019, en un horario de 10:00 a.m. a 11:00 a.m. y de 12:00 p.m. a 13:00 p.m.

8.2 Naturaleza y número de los escenarios e informantes

Los escenarios centrales fueron los Centros de Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, CNMAIC Casa Cuna Tlalpan, CNMAIC Casa Cuna Coyoacán y CNMAIC Casa hogar para Niñas.

La aplicación de las entrevistas se realizó en las oficinas de cada uno de los profesionales que forman parte del equipo multidisciplinario de los Centros de Asistencia Social, con la finalidad de estar en un espacio cómodo con la menor cantidad de distractores posibles.

8.3 La relación con los informantes

Para la aplicación de las entrevistas, los informantes fueron asignados por las autoridades del SNDIF, la solicitud se hizo a través de la Dirección General de Integración Social (DGIS) responsable del funcionamiento de los Centros de Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Y debido a como está planteado éste estudio lo que se pretendía era recuperar la experiencia profesional del equipo multidisciplinario respecto a la medicalización de Niñas, Niños y Adolescentes en condición de institucionalización, por lo cual era indistinto poder elegir a los informantes. Cada uno de ellos con una amplia experiencia en la asistencia social en atención a la niñez en condición de institucionalización, por lo cual durante las entrevistas existió un diálogo muy fluido.

Tabla 13. Caracterización de los actores

	Participante 1	Participante 2	Participante 3
Cargo	Jefe del Departamento de Psicopedagogía	Subdirectora del Centro de Asistencia Social	Trabajadora Social
Formación Profesional	Mtro. en Psicoterapia Psicoanalítica.	Licenciada en Derecho	Licenciada en Trabajo Social
Años trabajando en el SNDIF	22 años	11 meses	29 años
Años trabajando en el CNMAIC	3 años	11 meses	5 años

8.4 Esquematización del análisis

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de acuerdo a cinco categorías: 1) Niñas, Niños y Adolescentes en condición de Institucionalización, 2) Niñas, Niños y Adolescentes diagnosticados con un trastorno mental, 3) Intervención Multidisciplinar, 4) Intervención de Trabajo Social y 5) Política Pública.

Tabla 14. Tabla de Categorías

Categoría	Narrativas
<p>Niñas, Niños y Adolescentes en condición de institucionalización.</p>	<p><i>“La institucionalización favorece en las áreas del desarrollo, pues son niños que han sido privados en ésta estimulación y entonces se ven beneficiados por la estimulación de la propia institucionalización, es decir, tratamiento, seguimiento, intervención integral de las áreas, hace que pues tengan avances en el lenguaje, la parte personal, la parte social, la parte motriz, que aquí los niños son muy destacados en la área de psicomotricidad es algo que sobresale mucho a efecto de otro, por ejemplo el lenguaje, siempre se ve pues más limitadito [...] Sin embargo yo aquí te podría decir que aquí hay ochenta niñeras en los diferentes turnos, entonces imagínate el múltiple manejo para un solo pequeño”. [1]</i></p> <p><i>“Niñas que leen perfectamente, escriben perfectamente, pero no saben y les da temor un camión, no pueden sumarse a una vida laboral y estas niñas necesitan estos espacios”. [2]</i></p> <p><i>“Viven en una situación alejada de lo que es éste modelo familiar, digamos, éste modelo familia no tradicional pero si donde hay una sola figura que es mamá, una sola figura (si acaso) que es papá, hay familia extensa [...] circunstancias de vida que ellos tienen que enfrentar y que pues van construyendo una serie de mecanismos para poder vivir en una comunidad con muchas situaciones a las que cotidianamente tienen que ir salvando y tienen que ir compitiendo; aquí el componente es muchas figuras de</i></p>

	<p><i>autoridad, pautas de disciplina diferentes y a veces hasta contrarias, ésta competencia de repente que te digo que es por todo, por ropa, por comida, por atención, por todo, ésta falta de sentido de pertenencia, entonces creo que mucho tiene que ver éste asunto”. [3]</i></p>
<p>Dificultad para restituir el derecho a vivir en familia a través de la adopción.</p>	<p><i>“Bueno esa niña es candidata de adopción desde hace mucho tiempo, nunca ha tenido una asignación porque está el otro tema, pues las personas que quieren adoptar pues quieren casi garantía de salud física, salud mental: perfil exitoso, entonces bueno esa es una cosa muy fuerte porque ella esta institucionalizada desde recién nacida y tiene 8 años 9 meses y así te puedo citar “n” casos”. [3]</i></p>
<p>Violencia estructural</p>	<p><i>“El aumento de diagnósticos me parece que tiene que ver con estos factores estructurales que están permeando fuertemente en todas los ámbitos: familiar, institucional, en todos los ámbitos en general, entonces si hay una situación de violencia muy fuerte que tiene que ver con esto porque nosotros trabajamos mucho con mujeres que sufren violencia y que evidentemente aunque la violencia sea para la mujer, hay una violencia indirecta (muchas veces también directa hacia los hijos), entonces creo que</i></p>

		<p><i>tiene que ver con esta dinámica social, con estos factores estructurales". [3]</i></p>
	<p>Maltrato infantil en sus diferentes expresiones</p>	<p><i>"Si una niña es violentada en su familia y por eso está aquí con nosotros para restituir éste derecho debemos de proveer las herramientas necesarias para que estas niñas resuelvan esa problemática que a veces es una depresión que puede ser manejada a través de un adecuado proceso terapéutico". [2]</i></p>
<p>Niñas, Niños y Adolescentes diagnosticados con un Trastorno mental</p>	<p><i>"Tenemos en esta casa un par de pequeños o pequeñas que cuentan con rasgos de un trastorno como tal, pero por la edad de desarrollo es complicado decir si está constituido un TDAH como tal. Sin embargo, es de los trastornos de los que más puedes observar en general en las casas de Asistencia Social; Presentan angustias de separación, situaciones de ansiedad por abandono por ejemplo; hablamos de Yo's incompletos en algún momento en un abandono temprano". [1]</i></p> <p><i>"Bueno de las niñas que tenemos bajo medicación psiquiátrica lo que más presentan son: depresión, actitudes opositoras desafiantes, pobre control de impulsos, algunas de ellas presentan conductas disruptivas que ponen en riesgo su propia vida [...] tenemos algunos casos de niñas con trastornos severos, psiquiátricos que ya tienen un daño permanente por lo que tenemos que ver su ingreso en casas que les proporcionen una atención</i></p>	

	<p><i>especializada que les ayude a desarrollar sus habilidades para toda su vida”.</i> [2]</p> <p><i>“El TDAH, TDAH es recurrente y ahorita en los últimos tres años está el Opositor Desafiante [...] Manifiestan mucha inquietud, falta de concentración en sus tareas, van de una a otra, sin embargo yo te voy a decir que con niñas y niños que tienen TDAH ya diagnosticado por lo menos ya tratado con fármaco, cuando tienen la atención personalizada el asunto cambia, porque ahí hay una relación de uno a uno en donde estás mirando, estás hablando, estás conteniendo, estás estableciendo límites y responden.</i> [3]</p>
	<p>Trastornos mentales en primera infancia</p> <p><i>“Es que es complicado como tener un diagnóstico claro, hay unos criterios específicos de diagnóstico, tanto psicológico como psiquiátricos y lo que podemos crear son rasgos importantes de hiperactividad que ya puedan estar encaminados a un déficit de atención, que puedan ser exacerbados por parte de la institucionalización, la ausencia de sus figuras parentales, la propia dinámica de la institución, en donde no hay una figura de autoridad primordial como mamá o como papá o como una abuela, sino que son múltiples los manejos que se puedan dar”. [1]</i></p>

	De lo conductual a lo patológico.	<i>“Esto conductual que quizá podría trabajarse de otra manera en muchos casos se vuelve psiquiátrico, el manejo farmacológico ya no conductual, porque creo yo que estamos a veces muy dirigidos a cambiar la conducta del niño, no de los adultos”. [3]</i>
	Índice de trastornos mentales	<i>“Sus problemas psicológicos que algunos se convierten en psiquiátricos, no todos gracias a Dios... es un índice que nos preocupa mucho y es una preocupación desde la Dirección General hasta cada uno de los que colaboramos en los Centros, porque no estamos preparados para esta atención psiquiátrica y hemos tenido que reforzar la capacitación del personal para poder atender a estas niñas que son una gran cantidad”. [2]</i>
	Continuidad de tratamiento farmacológico	<i>“Nosotros aquí a muchas les damos como la continuidad de estos tratamientos; y aquí como en otros centros vamos a abatirlos desde un principio, acrecentar la terapia, mejorar la terapia que reciben las niñas para evitar la medicalización en la medida de lo posible”. [2]</i>

	<p>Utilización del fármaco de manera transitoria</p>	<p><i>“ Yo soy de la idea de que el medicamento puede ser funcional, pero la idea es que llegue a donde tiene que llegar y empezar la disminución con estrategias muy claras y específicas”. [1]</i></p>
	<p>Relación niñez en condición de institucionalización- medicalización</p>	<p><i>“ Yo te puedo decir se presentan los trastornos (desde mi punto de vista) mucho más en niñas y niños con periodos de institucionalización prolongados”. [3]</i></p>
<p>Intervención Multidisciplinar</p>	<p><i>“Primeramente se da el diagnóstico claro, ver también que evoluciones tiene o pueda ser tratado desde la psicoterapia, y dar un tratamiento integral en la medida que se pueda con éste manejo múltiple, si se requiere que el médico dice: -bueno yo considero que es un trastorno va un medicamento. Entonces el tratamiento educativo, formativo, psicológico tendría que ir encaminado a que esta niña y éste niño pues...pueda salir pronto; Aquí hay como dos pequeñitas o tres que si tienen éste diagnóstico, en rasgos y están llevando un tratamiento muy muy pequeñito de un fármaco en mínimas cantidades y esto lo ha determinado el paidopsiquiatra. Lo que nosotros</i></p>	

tenemos que hacer en el área de psicopedagogía es dar un tratamiento de manera simultánea a los rasgos de la niña o niño”. [1]

“Hacemos juntas interdisciplinarias: Psicología, Paidopsiquiatra y con el área Médica y yo (subdirectora) en conjunto decidamos que vamos a hacer respecto a la alta de la niña en su medicación. Para que así, psicología incrementa la terapia; nosotros tenemos un paidopsiquiatra que atiende a los niños que se encuentran en los Centros y que presentan trastornos psiquiátricos. Él les da terapia, revisa su medicación, asiste al Navarro si acaso hay que hacer alguna recomendación o modificación, se ponen de acuerdo. Y las niñas que presentan Trastornos Mentales severos tienen tratamiento permanente en el Navarro, también reciben terapia especializada en otros centros”. [2]

“Desde hace aproximadamente dos años tenemos un paidopsiquiatra que era itinerante pero ahora está parcialmente de fijo aquí atendiendo a la población del resto de los centros, entonces la estrategia hasta la última vez que yo tuve conocimiento era que todas las niñas y todos los niños recibían consulta del paido y los que ya tenían un asunto de algún tratamiento en otro lugar llamase Juan N. Navarro (que es el principal al que se recurre) entonces bueno, pues, cómo va y a veces ajustan medicamento.

Y entonces, si hay cierto protocolo sería ese: Junta, a veces no hay junta a veces solamente se acuerda entre psicología y área médica y se manda a Juan N. Navarro o con el Paidopsiquiatra que tenemos aquí”. [3]

	<p>Jerarquización disciplinar</p>	<p><i>“Se hacen algunas reuniones en algunos casos interdisciplinarias y a veces multidisciplinarias, se escucha la parte psicológica, la parte médica, se puede escuchar la parte social, sin embargo es clarísimo que el peso aquí, está en la parte psicológica. Entonces la parte psicológica dice: –“la conducta es ésta, ésta y ésta, tengo todos estos reportes del área de Educación y Formación con relación a su vida cotidiana y entonces pido que el área médica gestione la interconsulta”. [3]</i></p>
	<p>Perspectiva de Derechos</p>	<p><i>“Hoy en día sabemos que la pobreza no se castiga y ahora los niños que ingresan son por abandono y por violencia, la violencia es un factor tremendo, la aparte disfuncional de las familias es por violencia por maltrato, entonces aunque el modelo no contempla la discapacidad o lo psiquiátrico, nosotros actuamos con un modelo integral de inclusión”. [1]</i></p>
	<p>Intervención Integral</p>	<p><i>“Fue una técnica específica y así empezamos a trabajar, era un niño con déficit de atención se volvió opositorista desafiante y estaba así en la tablita de ser un disocial, sin embargo el trabajar todas las esferas: lo familiar, lo individual, lo escolar, permitió que el niño se</i></p>

		<p><i>fuera estructurando y no se complicó el trastorno y ese fue un caso muy interesante”. [1]</i></p>
	<p>Visión desalentadora</p>	<p><i>“Hay niños que no pueden, verdaderamente con un TDAH que ya tiene que ver con sus neurotransmisores, pues por más que quieras implementar una estrategia conductual no pueden, o sea, su química no le da para mantenerse quieto o establecer la concentración”. [1]</i></p> <p><i>“Pueden reprobado una materia y ayudarlas a superarlo a través del proceso terapéutico que tenemos, pero un trastorno mental que pueda presentar alguna niña que nos hace ver que es irreversible, es donde más debemos de trabajar, darle más herramientas, prepararla para una vida limitada pero feliz”. [2]</i></p>
<p>Intervención de Trabajo Social</p>	<p><i>“No lo hay, trabajo social independientemente de a veces no ser terapeutas, es muy importante en éste programa del desarrollo de las habilidades sociales del sujeto. Cómo interactuó con el otro, hacia a la familia, hacia los pares, hacia la escuela, eso le corresponde a Trabajo Social [...] Si el niño ya tiene un tratamiento farmacológico, tiene una psicoterapia específica, bueno pues dentro del área social y familiar podría haber como ese trabajo, entonces el niño cómo se va regular frente a escenarios que no sea la casa hogar, cómo se va a relacionar, entonces esas habilidades sociales que tiene</i></p>	

que generar a veces muchos niños de la institución no las viven de manera natural". [1]

"En lo que se refiere a la medicación que es donde estas orientada, Trabajo Social se encarga de hacer las citas en los hospitales, abre los expedientes en los hospitales y darle acompañamiento ocasional a las psicólogas que deben dar acompañamiento a las niñas para actualizar expediente, fijar fechas de consulta, pagar las consultas. [...] Tenemos también juntas interdisciplinarias que debemos por obligación realizar los jefes de departamento y una servidora, para ver cada caso de cada niña, en ellas tratamos cinco casos y obviamente está Trabajo Social". [2]

"No tenemos una situación establecida [...] Tenemos que revisar todos los casos, sin embargo en la operatividad muchas veces bueno, si no está trabajo social con que esté psicología y área médica; Y eso es algo importante para nosotros, para nuestra profesión porque la mirada social desde el trabajo social para mi es fundamental, y justamente éste intercambio de: -a ver espérame, yo si conozco a la niña o al niño y conmigo en estos espacios, en éste contexto así responde, tampoco generalicemos que 'en ningún lugar se puede quedar quieto', 'en ninguna circunstancia puede concentrarse' y eso es muy importante porque cuando llegas con el Paido, le dices -mira la problemática es ésta, sin embargo se ha observado que ante una atención personalizada responde de otra manera, eso para un

	<p><i>Paído y para un Psicólogo es valiosísimo. Entonces creo que si es importante que en esas juntas invariablemente se tome en cuenta la mirada social". [3]</i></p>
<p>Política Pública</p>	<p><i>"No, ninguna que yo tenga conocimiento". [1]</i></p> <p><i>"No, ninguna; no existen espacios para atención de estancia permanente o de corta estancia, por ejemplo aquí nosotros trabajamos mucho con el Navarro que está saturado, entonces para que una de las niñas en algún momento de crisis muy fuerte de lesión o que quiere quitarse la vida, situaciones así de delicadas recurrimos al Navarro y difícilmente quedan internadas". [2]</i></p> <p><i>"No existe ninguna que yo tenga conocimiento; niños y niñas que presentan estas situación y que los Centros de Asistencia Social no somos capaces de atender entonces los derivamos y se van a psiquiátricos en donde ese no es el mejor modelo para ellos porque aunque sea un trastorno que éste considerado en la psiquiatría un TDAH no tiene nada que ver con una esquizofrenia, con una enfermedad mental profunda y creo que en vez de ayudar estamos perjudicando mucho y como no hay política pública, pues menos va a bajar a todo éste engranaje institucional que necesitaríamos estar como en sintonía". [3]</i></p>

Elaboración propia con base en las entrevistas realizadas a profesionales del SNDIF encargados de la restitución de derechos de la niñez albergada en los Centros de Asistencia Social pertenecientes a dicha institución, 2019.

Tabla 15. Preguntas Ciudadanas

Solicitudes de información Pública (Preguntas Ciudadanas, Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de los Datos Personales (INAI))					
	CNMAIC Casa Cuna Tlalpan, con atención a niñas y niños de 0 a 4 años 11 meses de edad.	CNMAIC Casa Cuna Coyoacán, con atención a niñas y niños de 5 a 8 años 11 meses de edad.	Subdirección del Centro Amanecer para niños, con atención a niños de 9 a 12 años 11 meses de edad.	CNMAIC Casa Hogar para Varones, con atención a adolescentes de 13 a 18 años de edad.	CNMAIC Casa Hogar para Niñas "Graciela Zubirán Villarreal", con atención a niñas y adolescentes de 9 a 18 años de edad.
1.- ¿Qué porcentaje de la población total, albergada actualmente (junio 2019) ha sido diagnosticada con un trastorno mental?	7.30%	31.81%	62.90%	51%	59% (22 casos de 37; del total de la población albergada)
2.- ¿Cuáles son los trastornos mentales con los que se vincula la población atendida actualmente (junio 2019) por sexo y rango de edad?	<ul style="list-style-type: none"> • De 0 a 1 años: Cero casos. • De 1 a 2 años: Cero casos. • De 3 a 4 años: TDAH vs Oposicionista Desafiante (Masculino). • De 4 a 5 años 11 meses: TDAH (Femenino y Masculino) 	<ul style="list-style-type: none"> • De 5 a 6 años de edad: Trastorno por Desregulación Disruptiva de las emociones y TDAH. • De 6 a 7 años de edad: CI Límite vs Discapacidad Leve TDAH, Trastorno de conducta, Trastorno mental y del comportamiento secundario a Disfunción cerebral. • De 7 a 8 años 11 meses: Trastorno adaptativo Enuresis, Trastorno de 	<ul style="list-style-type: none"> • De 9 a 10 años de edad: Trastorno Mental y el Comportamiento Secundario A, Síndrome Congénito de Angelman, Trastorno Disocial Severo con escasas emociones Psicosociales, TDH. • De 10 a 11 años de edad: Trastorno de Conducta, TDAH, Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo, Trastorno Adaptativo, Trastorno del espectro autista, Síndrome de Asperger, Discapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • De 13 a 14 años de edad: TDAH, Depresión, Estrés Postraumático, Trastorno Antisocial Oposicionista. • De 14 a 15 años de edad: Depresión, Trastorno Disocial con riesgo Psicótico, Ansiedad por separación. • De 16 a 17 años de edad: Trastorno de ansiedad, Depresión, TDAH, Retraso del Neurodesarrollo. • De 17 a 18 años de edad: Depresión, Retraso del Neurodesarrollo, TDAH. 	<ul style="list-style-type: none"> • De 09 a 10 años de edad: Trastorno oposicionista desafiante. • De 10 a 11 años de edad: Trastorno hiperactivo Disocial, Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad, Trastorno oposicionista desafiante. • De 11 a 12 años de edad: Sin casos. • De 12 a 13 años de edad: Discapacidad Intelectual, Trastorno depresivo mayor, Trastorno de estrés postraumático. • De 13 a 14 años: Discapacidad intelectual con compromiso del comportamiento, Trastorno

Solicitudes de información Pública (Preguntas Ciudadanas, Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de los Datos Personales (INAI))					
	CNMAIC Casa Cuna Tlalpan, con atención a niñas y niños de 0 a 4 años 11 meses de edad.	CNMAIC Casa Cuna Coyoacán, con atención a niñas y niños de 5 a 8 años 11 meses de edad.	Subdirección del Centro Amanecer para niños, con atención a niños de 9 a 12 años 11 meses de edad.	CNMAIC Casa Hogar para Varones, con atención a adolescentes de 13 a 18 años de edad.	CNMAIC Casa Hogar para Niñas "Graciela Zubirán Villarreal", con atención a niñas y adolescentes de 9 a 18 años de edad.
			<ul style="list-style-type: none"> • Intelectual vs Inteligencia Límitrofe. • De 11 a 12 años de edad: Trastorno Disocial Severo con escasas emociones prosociales, TDAH moderado, Trastorno de desregulación disruptiva de las emociones y rasgos acentuados de personalidad límitrofe, Trastorno Disocial, Trastorno Disocial con escasas emociones Prosociales, TDAH sin ansiedad en el presente, Trastorno adaptativo, Enuresis primaria nocturna, ansiedad infantil en tratamiento, reacción adaptativa con síntomas de ansiedad y conducta, Trastorno por ansiedad de separación, Discapacidad Intelectual, Trastorno de Aprendizaje. • De 13 a 14 años: Trastorno de Déficit de atención sin Hiperactividad, Trastorno Depresivo, Trastorno de estrés postraumático, 		<p>adaptativo, Trastorno opositor desafiante, Trastorno adaptativo sin síntomas de ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De 14 a 15 años de edad: Discapacidad intelectual, rasgos acentuados de personalidad límitrofe, Distimia. • De 15 a 16 años de edad: Trastorno mental orgánico, Discapacidad intelectual con compromiso del comportamiento, Trastorno mixto ansioso depresivo. • De 16 a 17 años de edad: Trastorno adaptativo, Trastorno de estrés postraumático, Atención por antecedente de uso de etanol.

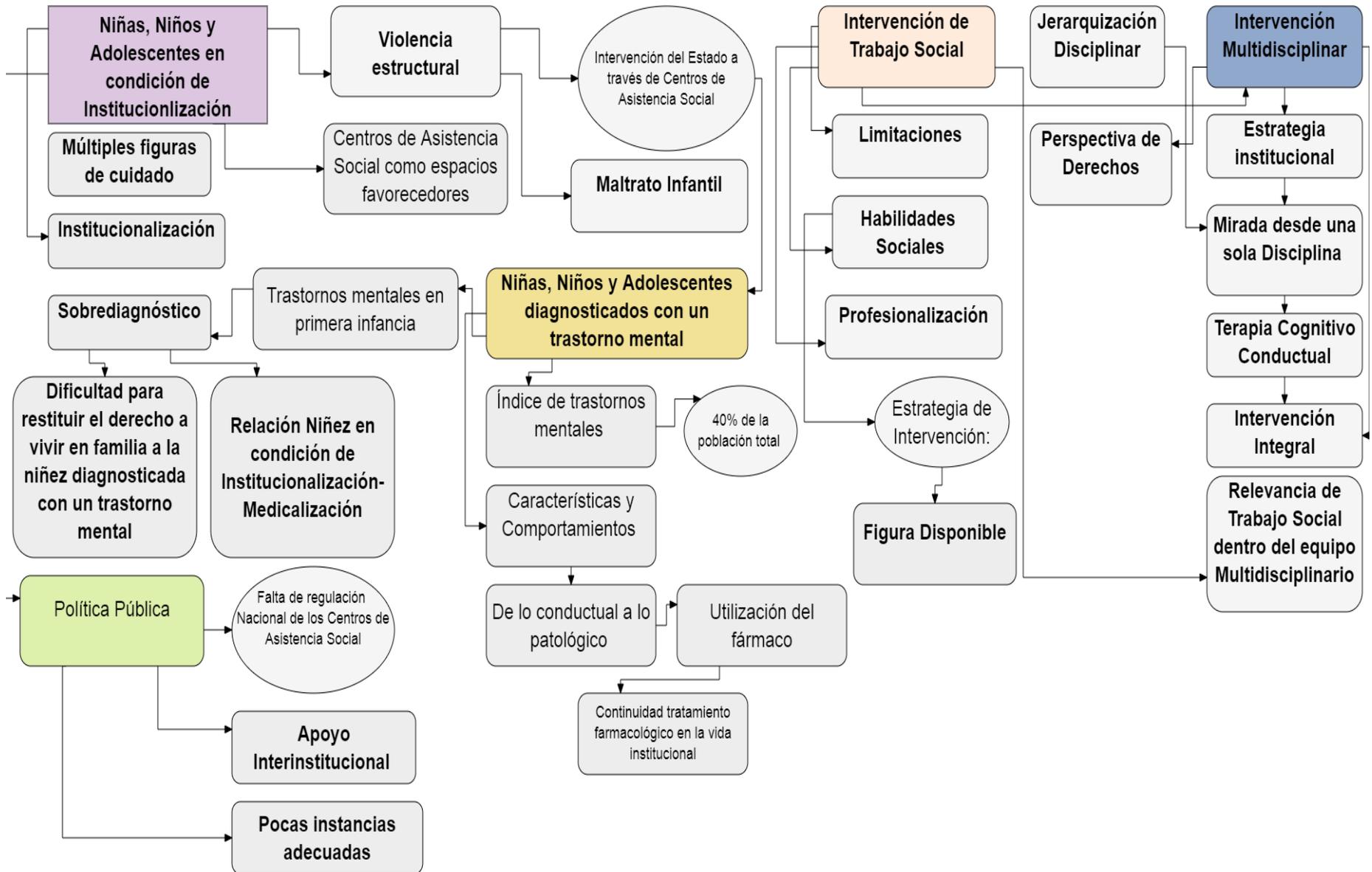
Solicitudes de información Pública (Preguntas Ciudadanas, Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de los Datos Personales (INAI))					
	CNMAIC Casa Cuna Tlalpan, con atención a niñas y niños de 0 a 4 años 11 meses de edad.	CNMAIC Casa Cuna Coyoacán, con atención a niñas y niños de 5 a 8 años 11 meses de edad.	Subdirección del Centro Amanecer para niños, con atención a niños de 9 a 12 años 11 meses de edad.	CNMAIC Casa Hogar para Varones, con atención a adolescentes de 13 a 18 años de edad.	CNMAIC Casa Hogar para Niñas "Graciela Zubirán Villarreal", con atención a niñas y adolescentes de 9 a 18 años de edad.
			Trastorno adaptativo, Trastorno Mental y del Comportamiento Secundario a disfunción cerebral, Retraso mental leve, Trastorno por desregulación Disruptiva de las emociones.		
3.- ¿Qué tipo de tratamiento psicológico y bajo qué enfoque se atiende a la población albergada actualmente (junio 2019) que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?	Cognitivo conductual.	Dependiendo del padecimiento se trabaja bajo el enfoque conductivo- conductual, con atención psicológica personalizada, donde se introyectan límites, valores y modelos positivos a seguir, en algunos casos terapia de juego, estimulación y se trabaja la coordinación fina y gruesa.	Terapia Cognitivo Conductual, Terapia de juego Semidirigido y Terapia Conductual.	De acuerdo al diagnóstico de cada uno de los beneficiarios se crea un plan de atención individual, tomando en cuenta características propias de la población, se busca dar seguimiento psicológico con base en modelos de psicoterapia más funcionales para las patologías, como son los modelos conductual y cognitivo- conductual. Así mismo, se buscan alternativas de atención especializada para que de manera extrainstitucional se brinden apoyo focalizado, con el propósito que en conjunto se realicen trabajo coordinado para mejor atención de los adolescentes.	Se realizan intervenciones individuales y grupales, dependiendo del perfil de la niña o adolescentes, se trabaja bajo el enfoque; <ul style="list-style-type: none"> • Humanista • Estratégico • Estructural • Relacional emotivo • Sistemático • Arte terapia • Cooperativo • Reflexivo • Colaborativo
4.- ¿Qué tipo de intervención desde el departamento de Trabajo Social se define para	Desarrollo de habilidades sociales.	Se realizan trámites administrativos para poder acceder a la atención médica que el niño o niña requiere como	El tipo de intervención es Trabajo Social de casos, tomando como referencia la teoría de sistemas.	Intervención Institucional: Gestión con diversas instituciones para la atención de los adolescentes (trámite de seguro popular y/o Gratuidad, solicitud de exento	Gestión interinstitucional con asociaciones especialistas en los temas para dar una atención complementaria a las niñas o adolescentes que lo requieren.

Solicitudes de información Pública (Preguntas Ciudadanas, Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de los Datos Personales (INAI))					
	CNMAIC Casa Cuna Tlalpan, con atención a niñas y niños de 0 a 4 años 11 meses de edad.	CNMAIC Casa Cuna Coyoacán, con atención a niñas y niños de 5 a 8 años 11 meses de edad.	Subdirección del Centro Amanecer para niños, con atención a niños de 9 a 12 años 11 meses de edad.	CNMAIC Casa Hogar para Varones, con atención a adolescentes de 13 a 18 años de edad.	CNMAIC Casa Hogar para Niñas "Graciela Zubirán Villarreal", con atención a niñas y adolescentes de 9 a 18 años de edad.
atender a la población albergada actualmente (junio 2019) que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?		ejemplo Gratuidad de la secretaría		de pago, apertura de expediente clínico, etc.) Intervención individualizada: Actualización constante sobre la situación social- familiar del adolescente relevante para su seguimiento médico- psiquiátrico. En caso de existir redes de apoyo familiares y/o sociales, comunicación a las personas correspondientes sobre la situación del adolescente y los cuidados y atenciones que recibe al respecto.	<ul style="list-style-type: none"> • Apertura de expedientes en las diferentes instituciones donde son atendidas. • Solicitud de extensión de pago en caso de requerirlo. • Acompañamiento y trámite de documentación adicional requerida por las diversas infancias de atención. • Seguimiento de los casos mediante la junta multidisciplinaria.
5.- ¿Qué tipo de tratamiento farmacológico se define para atender a la población albergada actualmente (junio 2019) que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?	Oxcarbazepina suspensión; Risperidona en tabletas.	Metilfenildato en tabletas. Respiridona en tabletas. Valproato de Magnesio tabletas. Oxcarbazepina suspensión.	Metilfenildato 10mg, 18 mg, 27 mg y 36 mg. Risperidona 1 mg. Valproato de magnesio 200 mg y 300mg. Valproato de semisódico 250 mg. Ácido valproico 250 mg. Oxcarbazepina 300 mg. Olanzapina 10 mg. Citalopram 20 mg. Carbamazepina 200 mg. Sertralina 50 mg. Imipramina 25 mg. Quetiapina 100 mg. Biperideno 2 mg. Fluoxetina 20 mg. Aripripazol 15 mg.	Psiquiatría: Farmacoterapia con base a antidepresivos atípicos, ansiolíticos, estimulante de sistema nervioso central.	El tratamiento que se define es de acorde a las Guías de práctica clínica del Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro. Entre los más utilizados se encuentran Fluoxetina tab. 20 mg, Sertralina 50 mg, Citalopram, Oxcarbamacepina tab. 300 mg, Valproato de magnesio tab. 200 mg, Haloperidol tabletas 5 mg, Olanzapina tabletas 10 mg, Decanoato de haldol 150 mg Inyectable, Amisulprida tabletas 200 mg, Aripiprasol tabletas 15 mg, Paroxetina tabletas 20 mg, Metilfenildato Tabletás 10 mg, Clonazepam tabletas 2 mg.

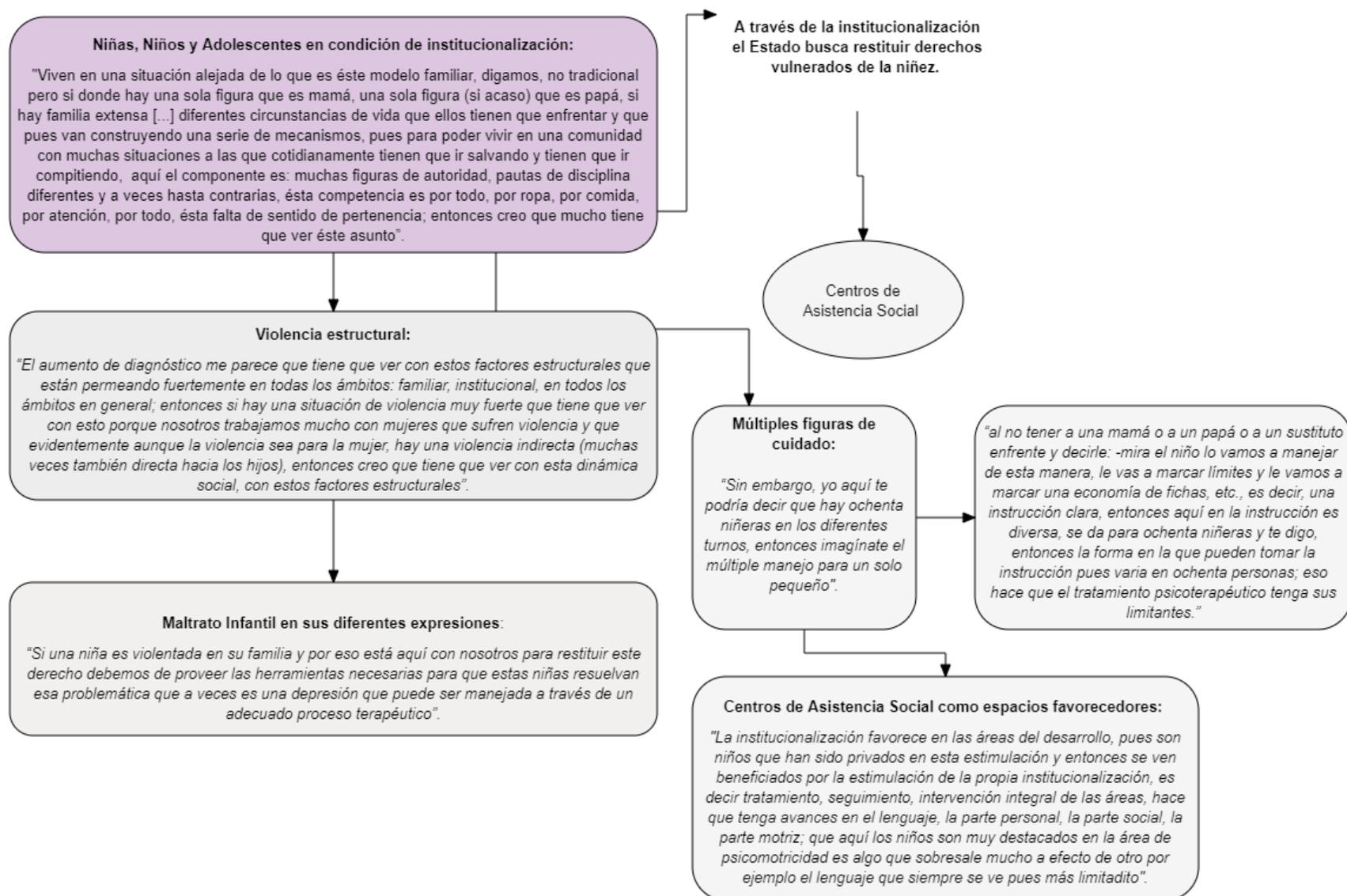
Solicitudes de información Pública (Preguntas Ciudadanas, Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de los Datos Personales (INAI))					
	CNMAIC Casa Cuna Tlalpan, con atención a niñas y niños de 0 a 4 años 11 meses de edad.	CNMAIC Casa Cuna Coyoacán, con atención a niñas y niños de 5 a 8 años 11 meses de edad.	Subdirección del Centro Amanecer para niños, con atención a niños de 9 a 12 años 11 meses de edad.	CNMAIC Casa Hogar para Varones, con atención a adolescentes de 13 a 18 años de edad.	CNMAIC Casa Hogar para Niñas "Graciela Zubirán Villarreal", con atención a niñas y adolescentes de 9 a 18 años de edad.
6.- ¿Qué instituciones gubernamentales y no gubernamentales atienden a la población albergada actualmente (junio 2019) que ha sido diagnosticada con un trastorno mental, fuera de la atención proporcionada al interior del Centro Asistencial?	Instituto Nacional de Pediatría.	Hospital Pediátrico de Iztapalapa. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. INP-Salud Mental.	Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. Centro Integral de Salud Mental- DF (CISAME). Instituto Nacional de Pediatría.	Instituto Nacional de Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.	Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. Centros de Integración Juvenil.

Elaboración propia con base en Información recabada del SNDIF a través de la Plataforma Nacional de Transparencia del INAI; Los datos corresponden al mes de Junio 2019.

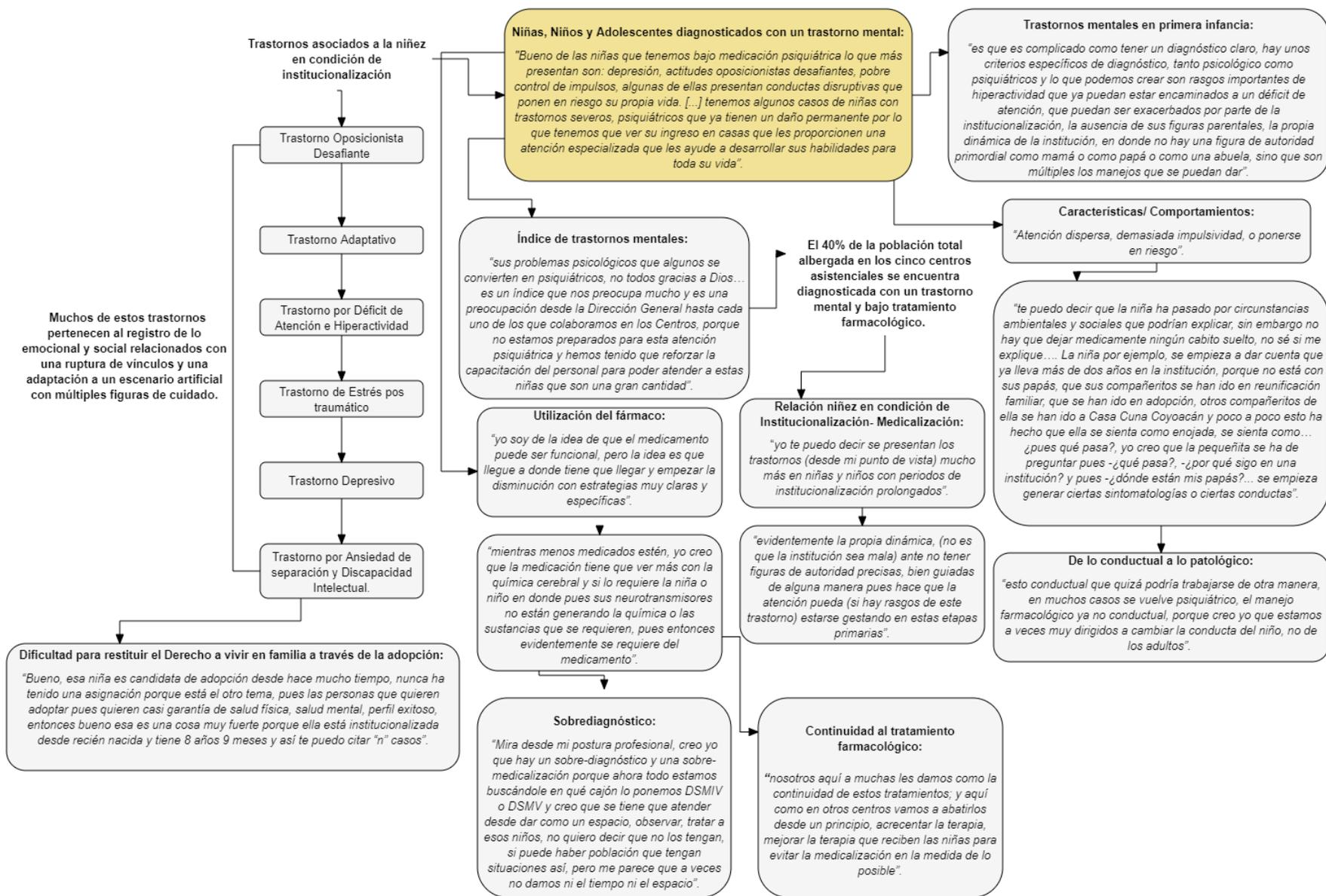
Esquema General.



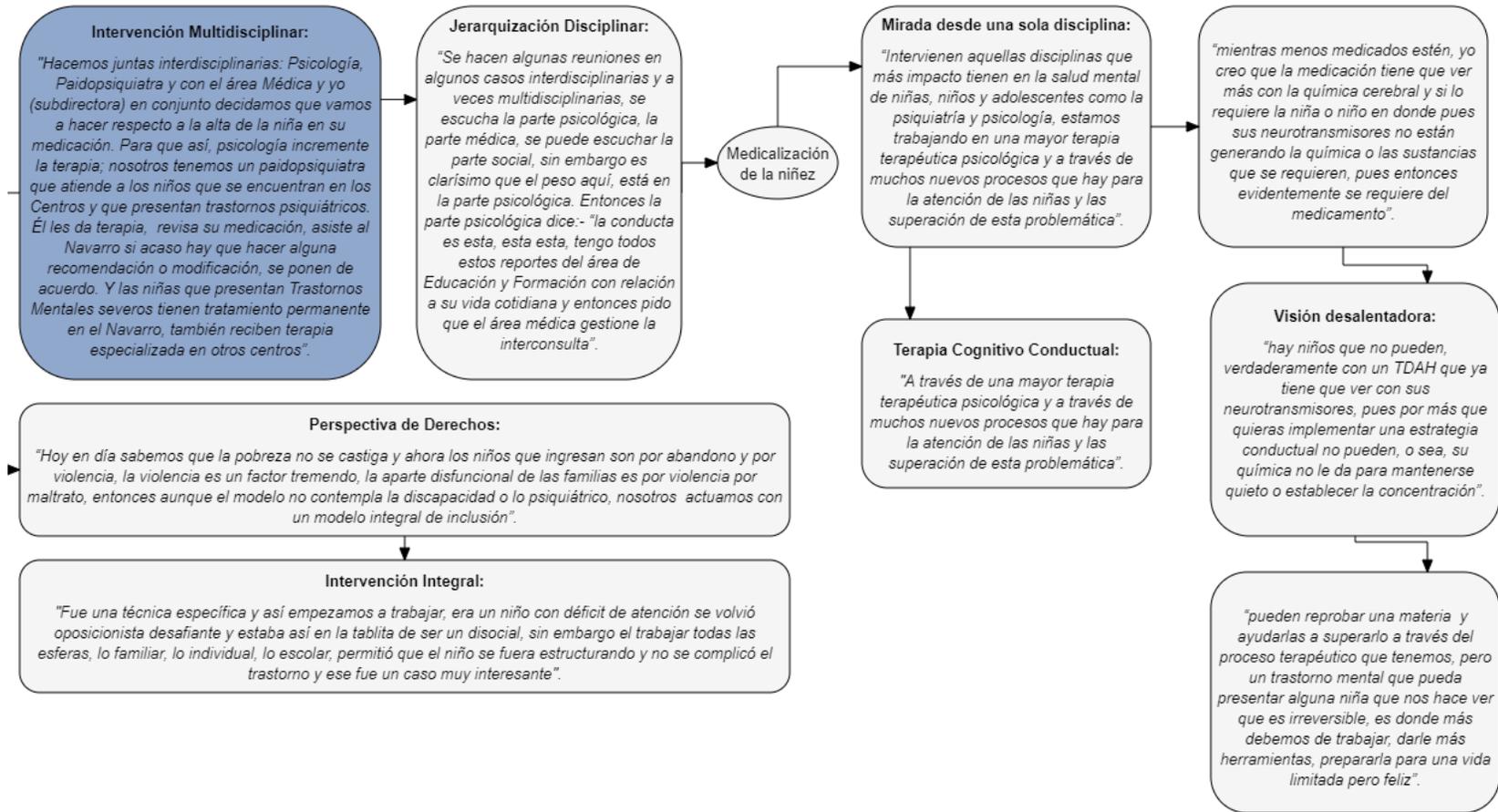
Esquema 1. Niñas, Niños y Adolescentes en condición de institucionalización.



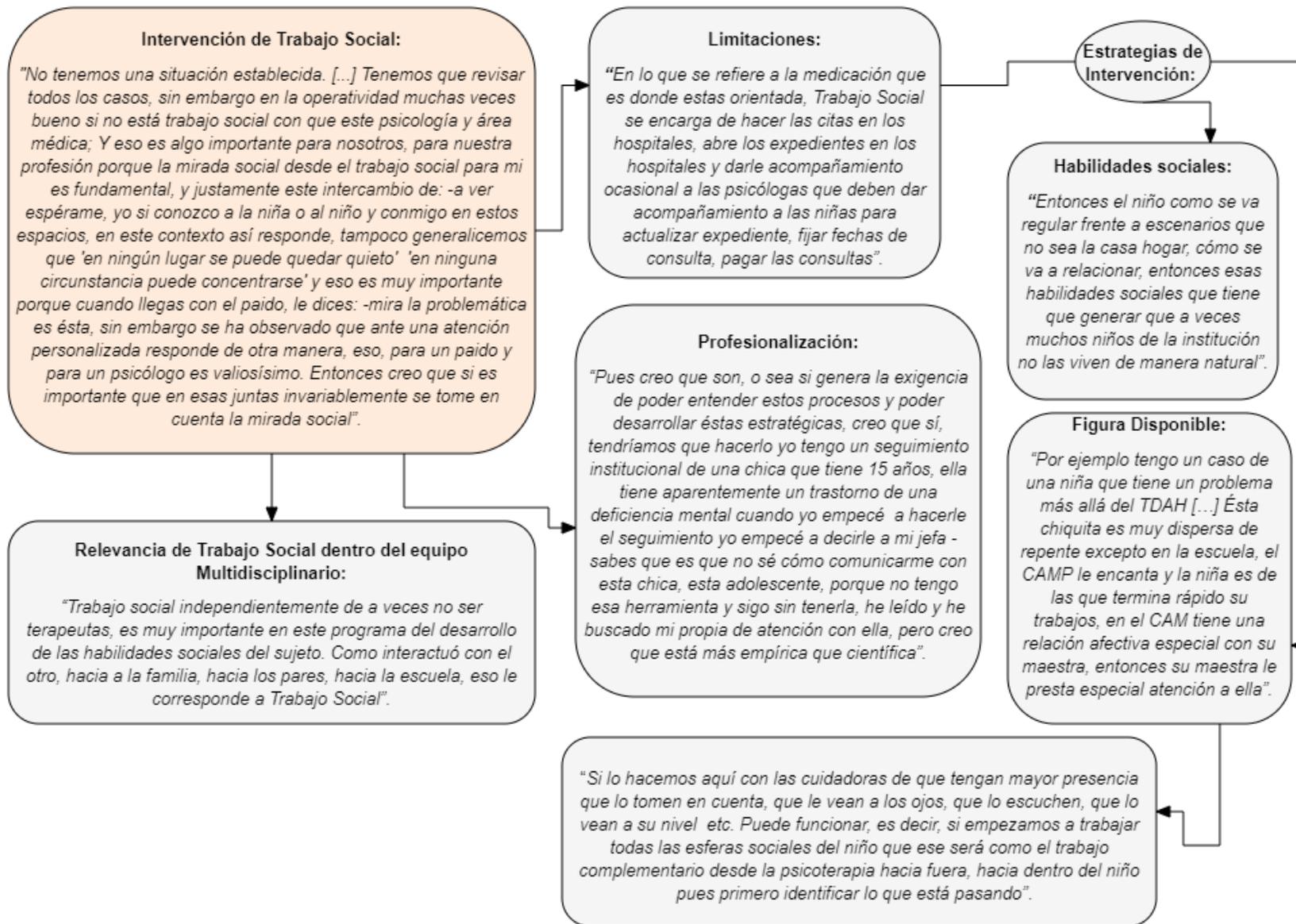
Esquema 2. Niñas, Niños y Adolescentes diagnosticados con un trastorno mental.



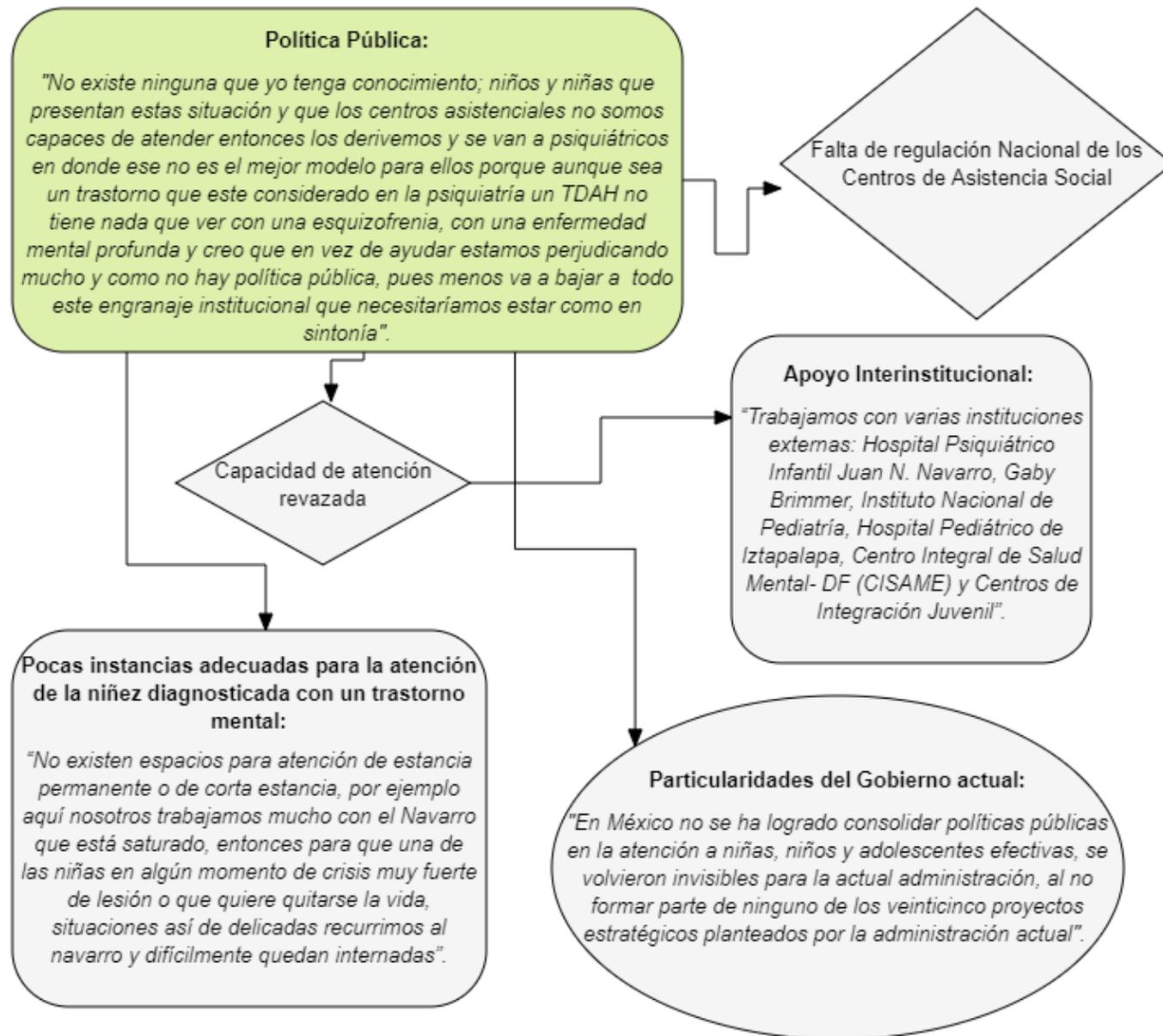
Esquema 3. Intervención Multidisciplinar.



Esquema 4. Intervención de Trabajo Social.



Esquema 5. Política Pública en atención a la niñez diagnosticada con un trastorno mental.



8.5 Discusión y análisis de la información

La proliferación de trastornos y déficits en la niñez es una realidad a nivel internacional, trastornos mentales que se gestan en una lógica capitalista en donde la niñez que más posee (salud, autoestima, bienestar) tienen menos factores de riesgo, y viceversa, los casos más severos, los niños desprotegidos o maltratados muestran una mayor acumulación de factores de riesgo. Así, en la implementación de éste modelo neoliberal en su fase más perversa, en donde todo es consumible inclusive las personas, la salud de igual manera pasó de ser un derecho humano a ser una mercancía en donde las grandes farmacéuticas cobran un papel fundamental con un discurso médico institucionalizado, que responde a una concepción de la salud como mercancía dando como resultado que la intervención farmacológica es la primera opción y a veces el único recurso que recibe la niñez.

Así, como plantea Narodowski (1999) las nuevas estructuras posmodernas provocan la “fuga” de la infancia y generan nuevas identidades infantiles: la infancia híper-realizada y la infancia desrealizada. El primer tipo corresponde a una infancia procesada al ritmo vertiginoso de la cultura de las nuevas tecnologías y los nuevos medios masivos de comunicación, esto es, niños que comprenden manejar esas tecnologías y no requieren de adultos para acceder a la información, dado que crecieron con ellas, y, por tanto, se realizan en ellas. En el otro polo se encuentra la infancia desrealizada, que construye sus propios códigos alrededor del “aquí” y del “ahora”, alrededor de las calles que los albergan y de los “trabajos” que los mantienen vivos. No despiertan en los mayores un sentimiento de ternura y cuidado. Es una infancia desgajada de la escuela y de la familia que no logran retenerlos y cuando lo hacen, no saben muy bien qué hacer con ellos.

La niñez en condición de institucionalización podría describirse como una infancia desrealizada, pues sus historias de vida se relacionan con violencia, maltrato y rompimiento de vínculos emocionales, circunstancias que a menudo los llevan a presentar problemas de atención en el ámbito escolar o presentar comportamientos desafiantes (solo por mencionar algunas características). Es así, que son diagnosticados

con algún trastorno mental y en consecuencia, comienzan con un tratamiento farmacológico.

Respecto al proceso de medicalización del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, durante el año 2019 se atendió a una población total de 181 NNA, de los cuales 45 eran niñas, 68 niños y 68 adolescentes respectivamente.

Del total de la población albergada en los cinco Centros de Asistencia Social, durante el año 2019, el **40%** se encontraban diagnosticados con un trastorno mental y bajo tratamiento farmacológico (71 NNA).

En Casa Cuna Tlalpan el **7.3%** del total de su población se encontraban diagnosticados con un trastorno mental con una población total de 41 niñas y niños, **31.8%** a Casa Cuna Coyoacán con una población total de 45 niñas y niños, **63%** a la Subdirección de Centro Amanecer para Niños con una población total de 27 niños, **51%** en Casa Hogar para Varones con una población total de 35 niños y adolescentes y **59%** corresponde a Casa Hogar para Niñas con una población total de 33 niñas y adolescentes (INAI, 2019).

La cifra se incrementa en aquellos Centros de Asistencia Social que atienden a la población de mayor edad y sobretodo en etapa adolescente. De acuerdo con Beatriz Janin, la adolescencia es una época en la que predomina la desesperanza y en la que encontrar un espacio propio para desplegar posibilidades es difícil, los adolescentes son catalogados y medicalizados con mucha frecuencia, pues justamente ellos fueron el mercado elegido en relación con el trastorno bipolar en los años noventa y más recientemente son portadores del ataque de pánico cuando presentan angustias (Janin, 2018, p. 130).

Por otra parte existe un reconocimiento y preocupación por parte de la institución respecto al alto número de Niñas, Niños y Adolescentes diagnosticados con algún trastorno mental y bajo un tratamiento farmacológico, ***“sus problemas psicológicos que algunos se convierten en psiquiátricos, no todos gracias a Dios... es un índice que nos preocupa mucho y es una preocupación desde la Dirección General hasta cada uno***

de los que colaboramos en los Centros, porque no estamos preparados para esta atención psiquiátrica y hemos tenido que reforzar la capacitación del personal para poder atender a estas niñas que son una gran cantidad”. Ante éste panorama se ha tenido una vinculación permanente con diferentes instancias externas para poder solventar éste tipo de circunstancias como el: Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, Gaby Brimmer, Instituto Nacional de Pediatría, Hospital Pediátrico de Iztapalapa, Centro Integral de Salud Mental- DF (CISAME) y Centros de Integración Juvenil (INAJ, 2019).

Dentro de los trastornos diagnosticados a Niñas, Niños y Adolescentes con mayor presencia resaltan el Trastorno Oposicionista Desafiante, Trastorno Adaptativo, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno de Estrés pos traumático, Trastorno Depresivo, Trastorno por Ansiedad de separación y Discapacidad Intelectual. Muchos de estos trastornos pertenecen al registro de lo emocional y social, relacionados con una ruptura de vínculos y una adaptación a un escenario artificial con múltiples figuras de cuidado. Lo anterior no es menor, puesto que nos devela que estos trastornos no necesariamente tienen un origen en lo biológico, sino que están influenciados por el ambiente y las relaciones más próximas que Niñas, Niños y Adolescentes han ido construyendo a lo largo de su vida. Por lo cual, es una gran posibilidad que exista más de una alternativa desde lo social para poder contemplar un tratamiento integral, no únicamente medicamentoso.

Al respecto, en los Centros de Asistencia Social en donde se encuentran niñas y niños en primera infancia el trastorno más frecuente es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, sin embargo por ser niños tan pequeños (cero a cinco años) es difícil tener certeza si se está gestando un trastorno, como lo explica uno de los profesionales entrevistados, **“es que es complicado tener un diagnóstico claro, hay unos criterios específicos de diagnóstico, tanto psicológico como psiquiátricos y lo que podemos crear son rasgos importantes de hiperactividad que ya puedan estar encaminados a un déficit de atención, que puedan ser exacerbados por parte de la institucionalización, la ausencia de sus figuras parentales, la propia dinámica de la**

institución, en donde no hay una figura de autoridad primordial, como mamá o como papá o como una abuela, sino que son múltiples los manejos que se puedan dar”.

Es esperado que Niñas, Niños y Adolescentes presenten comportamientos disruptivos y de hiperactividad ***“te puedo decir que la niña ha pasado por circunstancias ambientales y sociales que podrían explicar, sin embargo no hay que dejar medicamente ningún cabito suelto, no sé si me explique.... La niña por ejemplo, se empieza a dar cuenta que ya lleva más de dos años en la institución, porque no está con sus papás, que sus compañeritos se han ido en reunificación familiar, que se han ido en adopción, otros compañeritos de ella se han ido a Casa Cuna Coyoacán y poco a poco esto ha hecho que ella se sienta como enojada, se sienta como... ¿pues qué pasa?, yo creo que la pequeñita se ha de preguntar pues -¿qué pasa?, -¿por qué sigo en una institución? y pues -¿dónde están mis papás?... se empieza generar ciertas sintomatologías o ciertas conductas”.*** Existen algunas variaciones de las conductas que presentan Niñas, Niños y Adolescentes dependiendo del rango de edad, sin embargo las más señaladas son ***“atención dispersa, demasiada impulsividad, o ponerse en riesgo”.*** Lo cual lleva a explicar la complejidad de los sujetos en términos de genes, sin historia, sin contexto, éste discurso de acuerdo con Foucault que ha adoptado la medicina, hace que cada vez tenga más poder y más legitimidad para ejercer control sobre el cuerpo humano. Es así que, el cuerpo como menciona Carballada se presenta como un nuevo lugar del habla. Los cuerpos muestran la identidad, desde diferentes marcas e inscripciones que van desde los cortes (a veces auto infringidos para hacer objetivo el padecimiento subjetivo) hasta las marcas de las múltiples formas de la violencia que atraviesa nuestras sociedades. ***“esto conductual que quizá podría trabajarse de otra manera en muchos casos se vuelve psiquiátrico, el manejo farmacológico ya no conductual, porque creo yo que estamos a veces muy dirigidos a cambiar la conducta del niño, no de los adultos”.*** El quedarse como profesionales en el síntoma que se encuentra a la vista, que además es descriptible y medible, a través de un manual evaluativo es un error, debido a que se

trata de Niñas, Niños y Adolescentes afectados por relaciones afectivas de cuidado o por una ausencia de ellas, con rupturas repetidas, vividas una tras otra; Winnicott refiere que se trata de Niñas, Niños y Adolescentes que no se dieron por vencidos, son quienes con estas conductas probablemente intentan decir: “no me doy por vencido” y “no acepto éste sufrimiento”. Es decir, dichos síntomas podrían entenderse como una manera de expresar resistencia a una realidad llena de incertidumbre. Lo que Carballada planteará como el cuerpo se transforma en comunicación cuando se ausenta o se reprime la palabra. El cuerpo ratifica su capacidad de construir identidad y sociabilidad.

Así de acuerdo con Penchaszadeh hoy sabemos que el medio ambiente puede afectar la expresión de los genes, sin alterar la secuencia del ADN de los mismos. Se trata más bien de influencias que inciden en la activación e inactivación de genes, un fenómeno llamado epigenética que ha revolucionado el concepto de interacción genético-ambiental. En otras palabras, muchas de las causas tienen que ver con factores ambientales y estructurales para que se comience a gestar un trastorno mental. Esto es, aunque la genética proporciona un plan básico para el desarrollo cerebral, el medio ambiente en el que se desarrolla la niñez y la experiencia ejercen una gran influencia en la estructura cerebral como lo mencionan García & Santana (2017, p. 26).

En ese orden de ideas el proceso de medicalización tiene que ver con una estructura hegemónica, se trata de un modelo en donde no se priorizan las cuestiones históricas de los sujetos, tampoco los factores sociales, por lo cual es un modelo profundamente individualista. En donde se plantea una relación asimétrica entre el médico-paciente y tiene una fuerte tendencia hacia el mercantilismo.

Por otro lado, existe una relación directa de Niñas, Niños y Adolescentes que han tenido una larga historia en la institución, de acuerdo con la experiencia de los profesionales “**yo te puedo decir se presentan los trastornos (desde mi punto de vista) mucho más en niñas y niños con periodos de institucionalización prolongados**”. Es decir, la estructura institucional de múltiple cuidado no favorece al pleno desarrollo de Niñas, Niños y Adolescentes, así como un pleno ejercicio de derechos como la participación, la

intimidad, y la construcción de subjetividad, **“evidentemente la propia dinámica, (no es que la institución sea mala) ante no tener figuras de autoridad precisas, bien guiadas de alguna manera pues hace que la atención pueda (si hay rasgos de éste trastorno) estarse gestando en estas etapas primarias”**.

Es importante señalar que el trabajo dentro de los Centros de Asistencia Social en la niñez diagnosticada con un trastorno mental recae en una sola disciplina, que son aquellas que bajo la mirada de la institución **“más impacto tienen en la salud mental”** de Niñas, Niños y Adolescentes como la psiquiatría y psicología, **“estamos trabajando en una mayor terapia terapéutica psicológica y a través de muchos nuevos procesos que hay para la atención de las niñas y las superación de esta problemática”**.

Esta visión responde a una lógica biologicista, y es de relevancia señalar que Trabajo Social es el profesional que conoce la historia completa del niño, en muchos casos conoce a la familia debido a que es quien realiza la valoración de la estructura y dinámica familiar, y si dichos trastornos son de orden emocional y muchas de las causas tienen que ver con factores ambientales y estructurales, entonces el profesional en Trabajo Social podría brindar más elementos cuando se tenga la sospecha de que un Niño, Niña o Adolescente presenten sintomatologías relacionadas con un trastorno mental. Pues como menciona una profesional del área de Trabajo Social, **“Tenemos que revisar todos los casos, sin embargo en la operatividad muchas veces es –bueno- si no está trabajo social con que esté psicología y área médica; Y eso es algo importante para nosotros, para nuestra profesión, porque la mirada social desde el Trabajo Social para mi es fundamental, y justamente éste intercambio de: -a ver espérame, yo si conozco a la niña o al niño y conmigo en estos espacios, en éste contexto así responde, tampoco generalicemos que “en ningún lugar se puede quedar quieto”, “en ninguna circunstancia puede concentrarse” y eso es muy importante porque cuando llegas con el Paido⁷, le dices -mira la problemática es ésta, sin embargo se**

⁷ Expresión para referirse a un Médico con especialidad en la psiquiatría que se ocupan de los trastornos mentales de la niñez.

ha observado que ante una atención personalizada responde de otra manera, eso para un Paido y para un Psicólogo es valiosísimo. Entonces creo que si es importante que en esas juntas invariablemente se tome en cuenta la mirada social”.

A su vez el tratamiento psicopedagógico también tiene sus limitaciones de acuerdo con lo expresado por el profesional: ***“al no tener a una mamá o a un papá o a un sustituto enfrente y decirle: -mira el niño lo vamos a manejar de esta manera, le vas a marcar límites y le vamos a marcar una economía de fichas, etc., es decir, una instrucción clara, entonces aquí la instrucción es diversa, se da para ochenta niñeras y entonces la forma en la que pueden tomar la instrucción pues varía en ochenta personas, eso hace que el tratamiento psicoterapéutico tenga sus limitantes”.***

Al respecto, en Casa Hogar para Niñas uno de los Centros de Asistencia Social en donde más presencia de trastornos mentales existe, el trabajo profesional que se realiza es brindar continuidad al tratamiento psicológico y psiquiátrico, ***“nosotros aquí a muchas les damos como la continuidad de estos tratamientos; y aquí como en otros centros vamos a abatirlos desde un principio, acrecentar la terapia, mejorar la terapia que reciben las niñas para evitar la medicalización en la medida de lo posible”.***

Es decir, preexiste la idea de que el medicamento es un buen vehículo para solucionar algunas dificultades de los NNA y que una vez cumplida su función tendría que empezar la disminución del mismo, ***“yo soy de la idea de que el medicamento puede ser funcional, pero la idea es que llegue a donde tiene que llegar y empezar la disminución con estrategias muy claras y específicas”.*** Sin embargo, se observa que en los Centros de Asistencia Social donde se encuentra la población más grande, no se comienza a disminuir el fármaco sino que se mantiene. ***“mientras menos medicados estén, yo creo que la medicación tiene que ver más con la química cerebral y si lo requiere la niña o niño en donde pues sus neurotransmisores no están generando la química o las sustancias que se requieren, pues entonces evidentemente se requiere del medicamento”.*** De este modo, se prioriza el tratamiento farmacológico con base en el biologismo en donde se contempla al individuo y se descontextualiza el medio social en el cual está inmerso.

Cabe mencionar que preexiste una mirada un tanto desalentadora por parte de la institución, respecto con algunos casos de las Niñas, Niños y Adolescentes, al considerarlos con un daño irreversible, lo cual, va construyendo una identidad también en la niñez hasta que éstos puedan apropiársela **“es un problema que ya tienen un daño cerebral que es irreversible y no hay casas de atención especializada para estas niñas hay que buscarlas en toda la República... -¿y qué va a ser de ellas?, esa es mi pregunta”**. Es claro que la diferencia entre pensar a alguien como un sujeto con dificultades que puede ir resolviendo e ir encontrando nuevas posibilidades, a pensarlo como alguien marcado como discapacitado o enfermo permanente es abismal **“hay niños que no pueden, verdaderamente con un TDAH que ya tiene que ver con sus neurotransmisores, pues por más que quieras implementar una estrategia conductual no pueden, o sea, su química no le da para mantenerse quieto o establecer la concentración”**. Es decir, si la propia institución ha encontrado la certeza y clasificación psiquiátrica que se trata de un problema irreversible es poco probable que se pueda construir un cambio desde allí, **“pueden reprobado una materia y ayudarlas a superarlo a través del proceso terapéutico que tenemos, pero un trastorno mental que pueda presentar alguna niña que nos hace ver que es irreversible, es donde más debemos de trabajar, darle más herramientas, prepararla para una vida limitada pero feliz”**. Estos discursos institucionales van permeando la visión que niñas y niños van construyendo de sí mismos, del mismo modo, *ejercer de manera tecnocrática provoca de-subjetivación de los profesionales también*.

Éste tipo de narrativas desde la institución son evaluados por un observador imperial que puede calificar objetivamente algo que es tan subjetivo como la “desobediencia” o el “hacerse el vivo” lo cual puede implicar cuestiones muy distintas entre un niño y otro, por lo cual si tenemos en cuenta que dichas narrativas contribuyen a la construcción de diagnósticos que son de orden evaluativo y cuantificable resulta complicado poder comprender a partir de eso cuestiones subjetivas y cualitativas de cada uno de los Niños, Niñas y Adolescentes.

Por lo cual estamos hablando de una objetivación del ser humano al reducirlo a un diagnóstico y trastorno mental, pues no se tiene en cuenta la historia en que se viene inscribiendo esa dificultad, ni como se ha ido estructurando en los niños, lo cual en gran parte tiene que ver con la lógica del neoliberalismo. Pues como menciona (Stavchansky, 2019, p. 28) el neoliberalismo más que comunidad produce cuerpos agrupados, en serie... Clasificaciones, evaluaciones y diagnósticos que segregan y fracturan vínculos. Ruptura de voz convocante, silencio acallado ante el dolor epocal: “consume, consúmete, so-métete”.

En cuanto a las estrategias de política pública en la atención de la niñez en condición de institucionalización diagnosticada con algún trastorno mental no existe alguna, ***“No; niños y niñas que presentan estas situaciones y que los Centros Asistenciales no somos capaces de atender, entonces los derivamos y se van a psiquiátricos en donde ese no es el mejor modelo para ellos, porque aunque sea un trastorno que esté considerado en la psiquiatría como un TDAH no tiene nada que ver con una esquizofrenia, con una enfermedad mental profunda y creo que en vez de ayudar estamos perjudicando mucho y como no hay política pública, pues menos va a bajar a todo éste engranaje institucional que necesitaríamos estar en sintonía”***, sin duda la atención a la niñez tiene que ser entendida como una corresponsabilidad tanto del Estado, la familia y la sociedad, sin embargo, la participación del Estado se ha limitado a promover la acción de actores civiles, delegando muchas de las acciones a los organismos de la sociedad civil, así las problemáticas sociales que presentan las personas y las familias son justificadas a partir de su condición individual, una de las particularidades de éste gobierno es que la intervención hacia estos grupos vulnerables será “sin intermediarios”, lo cual trae consigo una diferenciada concepción y a su vez instrumentación de las instituciones de asistencia social.

En México no se ha logrado consolidar políticas públicas en la atención a niñas, niños y adolescentes efectivas, se volvieron invisibles para la actual administración, al no formar parte de ninguno de los veinticinco proyectos estratégicos planteados por el presidente

de la república Andrés Manuel López Obrador, los cuales están prioritariamente enfocados a estimular el consumo interno, desarrollo de infraestructura nacional y programas asistenciales para los segmentos de la población adulta más empobrecidos y el tema de la niñez ha quedado en segundo plano. Existe una manifestación de la Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM) para la creación del programa veintiséis, que implique no solo medidas asistencialistas, sino políticas públicas que protejan a Niñas, Niños y Adolescentes. Sin embargo aún se encuentra en revisión.

Con respecto a lo anterior una de las expresiones de la violencia estructural es precisamente la falta de política pública enfocada a la atención de las problemáticas sociales. Si bien la reciente ley de protección de la niñez plantea las bases y es un gran avance para que Niñas, Niños y Adolescentes sean reconocidos como sujetos de derechos, en la realidad estos instrumentos que son el referente para políticas públicas son insuficientes o ausentes como se debela en las narrativas de los profesionales.

Esto es importante señalarlo y así poder establecer algunas rutas de cambio, pues la intervención en lo social como menciona Carballada (2004, p. 34) en la medida en que profundiza y da una dirección determinada al conocimiento que obtiene, tiene la oportunidad de transformarse en constructora de “acontecimientos”, haciendo visible aquello que la agenda pública muchas veces no incorpora o registra. Instalando nuevos territorios que rompen la dicotomía de lo particular-universal, generando un desplazamiento de sentidos, que conlleva una desarticulación posible de órdenes previamente constituidos.

Desde Trabajo Social se plantea una postura interesante, respecto al incremento de trastornos mentales en los diferentes Centros de Asistencia Social que atiende el SNDIF, ***“Han aumentado los trastornos... no estoy segura de sí la incidencia ha aumentado, o lo que ha aumentado es el diagnóstico [...] Mira desde mi postura profesional, creo yo que hay un sobre-diagnóstico y una sobre-medicalización porque ahora todo estamos buscándole en qué cajón lo ponemos DSMIV o DSMV y creo que se tiene que atender desde dar como un espacio, observar, tratar a esos***

niños, no quiero decir que no los tengan, si puede haber población que tengan situaciones así, pero me parece que a veces no damos ni el tiempo ni el espacio”.

Diagnósticos que como menciona Stavchansky & Untoiglich “calman la angustia, se consumen medicamentos, se consumen soluciones express, pues la medicalización es un arma que funciona al servicio de los mercados y logra la obediencia” (2017, p. 21).

A la hora de hacer un diagnóstico, siempre se realiza un recorte de una serie de cuestiones que están alrededor. ***“cuánto tiempo tú crees que necesitaríamos para poder hablar de un posible TDAH, de un posible negativista desafiante, cuando lo primero que pasa es una ruptura familiar muchas veces violenta, otras veces quizá no con la violencia de un operativo por ejemplo, pero si de una situación radical”.***

En términos de lo que es posible realizar la Trabajadora Social menciona que cuando existe un adulto disponible, niñas y niños que han sido diagnosticados con un trastorno mental, reaccionan de otra manera, ***“por ejemplo, tengo un caso de una niña que tiene un problema más allá del TDAH... esta chiquita es muy dispersa, excepto en la escuela (el CAM) le encanta y la niña es de las que termina rápido sus trabajos, en el CAM tiene una relación afectiva especial con su maestra, entonces su maestra le presta especial atención a ella [...] en otras ocasiones salimos, yo me los llevo al súper o me los llevo a una plaza comercial o a comer o desayunar fuera, a veces vamos ella y yo o en otras ocasiones nos acompañan el resto de niñas y niños que tengo a mi cargo y responde de una manera muy diferente”.***

Así, algunas posibles alternativas de los profesionales para la atención de la niñez albergada en los Centros de Asistencia Social diagnosticadas con un trastorno mental tienen que ver con la interacción con Niñas, Niños y Adolescentes en otros espacios que no sea el institucional e intervenciones personalizadas, lo cual podría dar pistas de quien si presenta un trastorno y quien quizás solo rasgos que bien encauzados y atendidos podrían ser transitorios, ***“tengo una niña aquí que tiene 8 años, 8 meses, ella ya debería estar en Casa Hogar Niñas, pero fíjate es curioso, esa niña sus pares y algunas adultas la discriminan, la hacen menos, ella tiene problemas con sus***

hábitos de autocuidado en general, por ejemplo en la comida, come y abre la boquita, digamos que tiene problemas de hábitos y de modales, cuando salimos a desayunar a comer, al súper o a lo que sea y que ella está comiendo te puede comer sin tener la boquita abierta, es curioso... La niña cuando siente que sus compañeras se lo dicen: -mira nada más estas comiendo con la boca abierta, guácala, me das asco, la niña se mete debajo de la mesa y empieza a tener unas conductas, que si nada más la ves un día o dos pues dices sí, responde a su trastorno... ¡por supuesto! y ahí hay cosas sociales más allá del diagnóstico [...] Le pedimos que haga las cosas al ritmo del resto, a nadie tendríamos que estandarizar, digo, entiendo que en un modelo como estos, claro que tiene que haber reglas, rutinas porque además eso les da estructura, sí, estoy de acuerdo, pero a veces son demasiado rígidos y no tienen que ser así, si todas tienen que tender la cama en 10 minutos pues a lo mejor esta niña en 20. Entonces ¿será que está con el trastorno evidente?... ¿Será?” Al respecto otro profesional menciona: “Entonces los niños podrían salir a la tiendita con un cuidador, de vez en cuando y comprar unas papitas, como cualquier niño de casa... Ya no deseaban salirse, no se sentían atrapados, no se sentían presionados se empezaban a sentir libres”.

En ese sentido el trabajo profesional tiene que ir encaminado a ser completo, debido a que es necesario abordar los fenómenos desde una integralidad y conocimientos científicos diversos, *“Si lo hacemos aquí con las cuidadoras de que tengan mayor presencia que lo tomen en cuenta, que le vean a los ojos, que lo escuchen, que lo vean a su nivel, etcétera, puede funcionar, es decir, si empezamos a trabajar todas las esferas sociales del niño que ese será como el trabajo complementario desde la psicoterapia hacia fuera, hacia dentro del niño pues primero identificar lo que está pasando”.* Con el fin de realizar un buen diagnóstico *“yo creo que sí se logra dar un buen diagnóstico, un buen tratamiento específico para esa niña o ese niño, un “trajecito a la medida” y darle un seguimiento”,* pues de no ser así no solo el diagnóstico de un trastorno mental deriva en la medicalización, sino en consecuencias más graves: la derivación a instancias en donde se atienden problemas mentales

profundos. “creo que ahí está lo medular, escuchar, trabajar, dar un tiempo digamos prudente y entonces sí, poder hablar de una patología, porque bueno ya se hizo todo esto: la intervención psicológica, social, es ésta y aun así continuamos con problemáticas que se salen ya de un manejo meramente conductual, entonces si vamos a buscar otra parte”.

La situación en la cual se encuentran Niñas, Niños y Adolescentes que están sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos sigue siendo en México un problema no resuelto a pesar de los instrumentos de protección nacionales e internacionales y de los esfuerzos realizados por organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil en México para visibilizar las circunstancias de aquella niñez que pareciera no tener voz; sin embargo, mientras no exista un registro nacional en donde se conozca la cantidad exacta de Niñas, Niños y Adolescentes en condición de institucionalización, cuántos Centros de Asistencia Social existen en el territorio nacional y bajo qué lineamientos y metodologías están trabajando, ésta niñez seguirá sin tener voz.

Existe claridad en cuanto a las cifras del SNDIF respecto a la cantidad de niñas, niños y adolescentes que se encuentran en cada uno de los Centros, cuál es su situación jurídica, el historial clínico, médico, psicológico, socio-familiar y educativo. Esto se debe en gran medida a que es un organismo público, autónomo, descentralizado y generador de política pública relacionada con la asistencia social, regulado por normas oficiales e instrumentos nacionales e internacionales que fundamentan su actuar.

Sin embargo en aquellos Centros de Asistencia Social que no se encuentran regulados resulta difícil poder tener certeza de esta información, así como de problemáticas como la medicalización de la niñez.

Así, a pesar de la presencia de instrumentos de protección de NNA, en donde se prioriza el interés superior de la niñez y el reconocimiento a su individualidad, así como un cuidado integral, no existen marcos de actuación en donde se materialice en el actuar profesional en la atención de la niñez en condición de institucionalización que ha sido diagnosticada con un trastorno mental. Pues la capacidad institucional se ha visto

rebasada, debido al incremento de trastornos mentales, siendo casi la mitad de la población total del SNDIF (40%), diagnosticada con un trastorno mental y se ha tenido que recurrir a otras instancias para la atención de Niñas, Niños y Adolescentes. La cuestión es que a pesar de contar con un diagnóstico y tratamiento definido, no existe una mejora considerable del trastorno, por el contrario, éste persiste a través del tiempo en el que permanecen en la institución, y como es esperado existe un incremento de medicamentos para su atención y esto se ve reflejado en aquellos Centros de Asistencia Social que atienden a la población adolescente.

Es probable que esto sea influenciado por la visión desalentadora de algunos profesionales al considerar algunos casos como irreversibles o con daño permanente. En donde no existe cabida a la transformación y en ese sentido, se ignora que existe un contexto que atraviesa el cuerpo, es decir se ignora la historia de vida y lo diverso de las personas, contemplando la situación como un daño orgánico o genético que tiene que ser tratado desde una disciplina: la medicina.

Muchos de estos trastornos pertenecen al registro de lo emocional y social, influenciados por el ambiente y sus relaciones más próximas, no así con un daño orgánico, lo cual es clave para las intervenciones profesionales, la escucha y la consistencia de los acompañamientos profesionales.

A continuación se presentan algunas directrices de intervención de Trabajo Social, las cuales surgen a partir de los resultados de la presente investigación, pensando que son acciones concretas que pueden irse implementando al interior del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Capítulo IX. Directrices de Intervención

“Precisamos dejarnos afectar por la realidad para poder afectarla a su vez; ampliar los posibles que se abren en cada momento para construir mundos sensibles en los que el otro nos importa porque también somos el otro”.

Gisela Untoiglich, 2020.

Trabajo Social es una disciplina que históricamente es llamada a los problemas sociales para articularse en procesos de intervención, tiene como finalidad incidir en una situación o necesidad determinada, a partir de conocimientos articulados y direccionados a desencadenar procesos de cambio. Así, la mirada transdisciplinar de Trabajo Social en el estudio de diversas disciplinas del conocimiento desde la definición de la situación problema, hasta la construcción de la estrategia de intervención, es lo que marca la diferencia entre otras disciplinas de las ciencias sociales, por lo cual, como menciona Nelia Tello (2007) no es lo mismo juntar miradas disciplinares a construir, una mirada transdisciplinar desde lo social.

Méndez, Wraage y Costa (2012) reflexionan en torno a cómo Trabajo Social se ha implicado en el campo de la salud mental, debido a que no surge a partir de una generosa invitación de otras disciplinas, sino por la necesidad que el campo tiene de integrar lo que el trabajo social “sabe hacer”, y de esta manera poder abarcar la complejidad de los fenómenos que ocurren en él.

Trabajo Social establece una relación vincular con la niñez que ha ingresado por alguna circunstancia a los Centros de Asistencia Social y egresa en otro momento de su historia esperando que la intervención profesional coadyuve en la transformación de su trayectoria, a partir del fortalecimiento de sus potencialidades y redes de apoyo que antes no tenían; como parte del equipo multidisciplinario, responsable de intervenir con fundamento en un plan de restitución de derechos, conoce de primer momento la historia

de vida del Niño, Niña o Adolescente, es quien orienta, quien investiga, quien se introduce al mundo íntimo de la familia (si fuera el caso). Sin embargo, para el contexto institucional esto no es del todo significativo, a partir de la presente investigación, se ha logrado documentar, un ejercicio disciplinar, colocado en la realización de actividades de carácter administrativo.

Por ejemplo, en el caso concreto del proceso de medicalización, frecuentemente basta con que la o el Trabajador Social realice el alta en Hospital Psiquiátrico Infantil J. N. Navarro y genere las citas periódicas. Cabe señalar que el hacer profesional se ve determinado por el Modelo Tipo, así como planes, programas y manuales de procedimientos que limitan su actuar al no estar contemplados disciplinalmente en la salud mental de NNA, al considerarse un tema exclusivo de otras disciplinas como la psicología y medicina.

De tal forma que a los ojos institucionales pareciera que Trabajo Social perdiera su esencia, sin embargo y con fundamento en lo expuesto a lo largo de éste documento, se sabe que el profesional en Trabajo Social, genera continuamente procesos de modificación, de ruptura social como le llama Tello (2013, p. 39), cuando la Trabajadora Social realiza actividades de la vida cotidiana, enfocadas a la construcción de espacios seguros, habilidades sociales y relaciones interpersonales empáticas, solidarias y de buen trato, desde acciones intencionadas enmarcadas en un plan de intervención, se incide directamente en la calidad de vida institucional, que no está formalizada en los marcos de actuación, al considerarse que la salud mental, está por fuera de la competencia del Trabajo Social.

Es importante dilucidar éste asunto, pues lleva a la confusión, muy generalizada, incluso dentro de grandes estratos de nuestra profesión, de creer que es natural que el Trabajo Social tenga una posición subalterna en los campos en los cuales participa (Méndez, Wraage, & Costa, 2012, p. 419).

A continuación se presentan algunas directrices de intervención, las cuales surgen a partir de los resultados de la presente investigación, considerando tres elementos

fundamentales: el sujeto, el problema y el contexto ofrecidas por Tello (2007). Dichas directrices se construyeron a partir de la Metodología de Intervención Individualizada y la Construcción conceptual del Cambio basadas específicamente en los momentos del cambio ofrecidos por Tello y Ornelas (2015):

- **Reconceptualización del problema**
- **Resignificación de las relaciones**
- **Recreación de espacios.**

Cada uno de estos momentos están articulados entre sí, debido a que el cambio que se pretende lograr es social, que tiene que ver fundamentalmente con las relaciones, los vínculos y los procesos sociales. Las directrices están encaminadas a coadyuvar en la atención de Niñas, Niños y Adolescentes bajo tratamiento farmacológico que se encuentra sin cuidados parentales al resguardo del Estado, a partir del hacer profesional de la y el Trabajador Social como una figura central en el acompañamiento de Niñas, Niños, Adolescentes y sus familias a lo largo de su tránsito por la institución:

La nula incidencia de Trabajo Social en cuestiones de salud mental de NNA en condición de institucionalización no se alcanza a percibir por el equipo multidisciplinario como un problema, sin embargo Trabajo Social lo vive como un obstáculo al no estar considerada su voz como aporte para la construcción de acciones de intervención desde lo social.

En este sentido, se debe contemplar que ningún método único es suficiente, pues ésta perspectiva médica individual y dominante poco ha favorecido a la salud mental de la niñez y esto se ve reflejado en que a través del tiempo no existe una disminución del fármaco y se continúa con la presencia de los trastornos mentales.

Es preciso entonces un diálogo de ésta situación a través del análisis con el equipo multidisciplinario, lo que Tello y Ornelas (2015), llaman **Reconceptualización del problema**, para volver a nombrar el problema e incorporar cómo se piensa en conjunto la situación, mas no, lo que cada disciplina sectoriza o prioriza de la situación.

La jerarquización profesional coloca a Trabajo Social dentro del modelo tipo en la parte final de las profesiones, acomodadas por criterios de ejercicio hegemónico de las disciplinas tradicionales, como la medicina o la psicología, incluso Trabajo Social se ubica en el mismo lugar que la puericultura, como si ambas cumplieran funciones semejantes dentro de los Centros de Asistencia Social.

En el segundo momento, que se refiere a la **Resignificación de las relaciones**, es necesario llevar a cabo un análisis reflexivo para asumir responsabilidades y, en función de ello, develar desde dónde se están construyendo las relaciones, desde qué procesos relacionales (Tello & Ornelas, 2015), ello contemplará la horizontalidad disciplinar.

Esto también impactará en la intervención con NNA y específicamente con aquellos diagnosticados con un trastorno mental, la resignificación de la clasificación psiquiátrica tendría que estar encaminada a pensar a Niñas, Niños y Adolescentes con dificultades pero que estas pueden irse resolviendo a través de intervenciones profesionales sensibles, competentes y articuladas, en donde las y los profesionales de las diversas disciplinas que integran el equipo multidisciplinario, generen estrategias conjuntas e incorporen al referente familiar (cuando se cuenta con éste) en dichas acciones, considerando la singularidad de cada niña y niño. En vez de considerarse con una condición permanente; así, la resignificación de la interacción se construye desde otra mirada, cuando ya no se ve al otro como extraño sino como parte del nosotros que requerimos para ser (Tello & Ornelas, 2015, p. 31).

La **recreación de espacios** podría verse reflejado en la materialización de marcos normativos que respalden la incidencia de todo el equipo disciplinar en la atención de la salud mental de Niñas, Niños y Adolescentes. Debido a que se pretende crear realidades materiales y simbólicas para relacionarse de forma distinta, y no solo distinta sino mejor.

Es justo a través de la relación vincular que se establece entre el profesional- NNA que se podría hablar de procesos resilientes, sobretudo con ésta niñez en particular que proviene de entornos violentos y/o negligentes, entendiendo la resiliencia no como un rasgo de la personalidad en su dimensión individual, sino como un “proceso dinámico y

sincrónico” del cual habla Cyrulnik, (2001) una articulación de elementos biológicos con el contexto social, basados en tres elementos fundamentales: el afecto, la solidaridad y el contacto humano.

El Trabajo social no tiene herramientas del discurso psiquiátrico para discutir cómo se incorporan los trastornos mentales a nivel cerebral. Pero como menciona Méndez, Wraage, & Costa (2012) Trabajo Social estima y valúa los signos que la persona con padecimiento mental, da como certezas con los cuales compone su experiencia del mundo y en-el-mundo. A través de herramientas como la metodología de intervención individualizada.

La aplicación de Trabajo Social Individualizado como método de intervención resulta imprescindible en los Centros de Asistencia Social, al ser la base teórica más utilizada por las Trabajadoras Sociales. El eje central del proceso es la relación directa que se establece con el sujeto, así como la aplicación metodológica de la misma. De acuerdo con Julieta Flores (2012) éste proceso metodológico contiene cinco momentos a seguir: la contextualización del problema, el diagnóstico del problema, las estrategias de acción, la ejecución y la evaluación de las acciones; dichos momentos pueden ser flexibles al contexto, sin embargo si es necesario, contar con una base metodológica para comprender la situación-problema, así como los procesos de cambio social esperado.

Para favorecer en la integración de diagnósticos que conciernen a la salud mental de Niñas, Niños y Adolescentes es necesario contar con estrategias de intervención que actúen no solo en el síntoma sino también con todo lo que lo rodea; así, el aporte de Trabajo Social al diagnóstico tiene que ir encaminado fundamentalmente al desenvolvimiento de la persona en sus sistema familiar, social y la experiencia que tiene sobre sí misma y con los otros. Debe integrar a su quehacer profesional modelos teóricos adecuados a los procesos en los que se interviene con la psicopatología del sujeto, y el problema objeto de intervención. A través de formular un planteamiento más riguroso en donde se contemple qué enfoque, qué funciones y qué técnicas deben utilizarse en relación con los diferentes casos.

En el siguiente esquema se desarrolla una de las funciones que desempeña Trabajo Social al interior de los Centros de Asistencia Social y que a partir de ésta, podría ir colocando algunos elementos para la integración de diagnósticos de salud mental más completos.

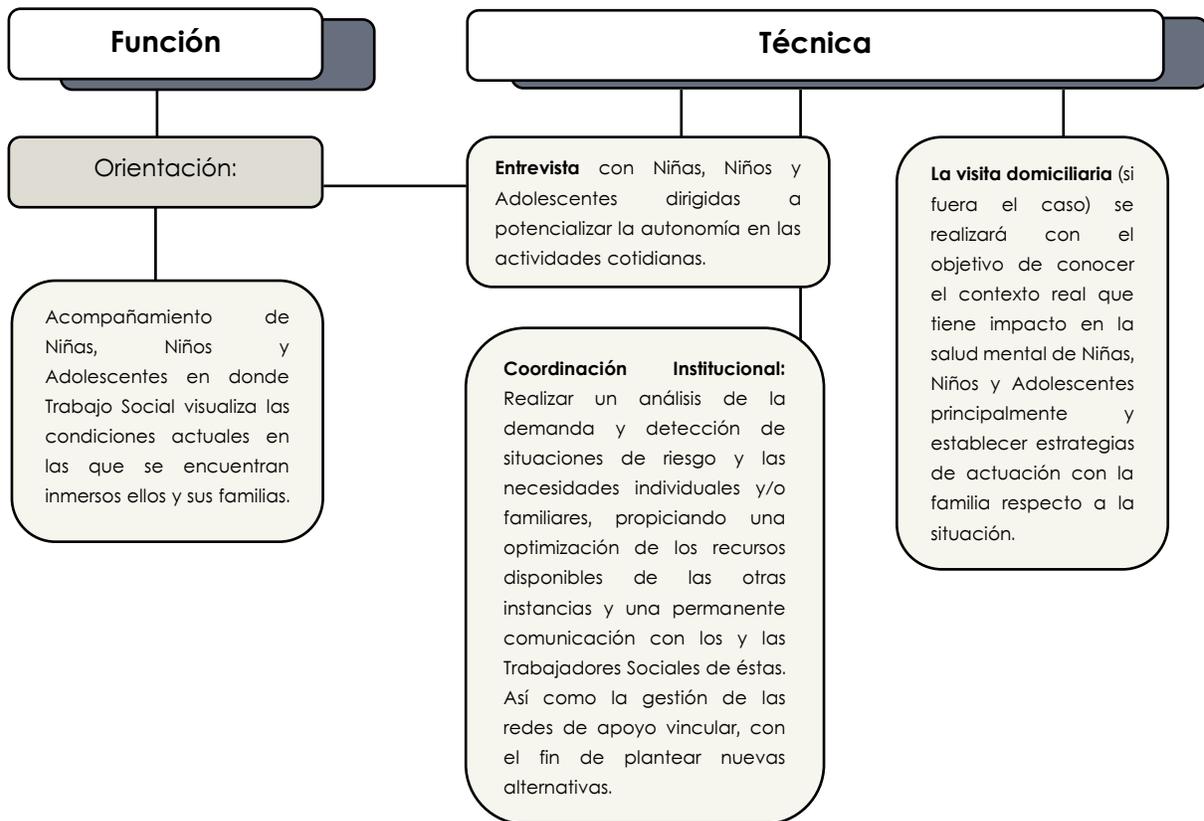


Figura 19: Funciones y Técnicas propios de Trabajo Social para el acompañamiento profesional con Niñas, Niños y Adolescentes en condición de institucionalización diagnosticados con un trastorno mental.

Elaboración propia, a través de la recuperación teórica de: Méndez, Wraage, & Costa. (2012). Trabajo Social en el campo de la salud mental. La discusión sobre el diagnóstico.

Finalmente, el Centro de Asistencia Social además de ser un espacio de cuidado y atención de la niñez se configura como un puente en donde se plantea un cambio de trayectoria de vida, para muchos de ellos y ellas, la institución es la segunda fuente de cuidados, buenos tratos y seguridad, después de su familia de origen, en algunos casos incluso la única. Por lo cual es de absoluta relevancia:

- Visualizar el tratamiento farmacológico como una herramienta transitoria, pues como menciona Untoiglich (2017), la niñez es un tiempo de construcción subjetiva y al ubicarlo en condición de enfermo no existen muchas alternativas al respecto a transformar.
- Desarrollar formas de pensar los trastornos mentales en la niñez que no sean solo las categorías que ofrece la corporación psiquiátrica, debido a que estas suelen ser poco alentadoras y están centradas en el individuo, estas nuevas maneras de pensar los trastornos mentales desde la institución en los que no se deje de lado las dinámicas que se dan entre el niño, niña o adolescente y los diferentes entornos en los que se desenvuelve, y a su vez cómo todos estos factores (biológicos, personales, culturales y sociales) interactúan con el momento vital que está atravesando.
- La institución debe trabajar con la premisa de que cada caso es singular, el tiempo que le lleva un niño, niña o adolescente a reponerse o adaptarse es diferenciado, por lo cual no se trabajará bajo estándares o conductas estereotipadas que conduzcan a sospechar de un posible trastorno mental.
- Es de absoluta relevancia en cuestiones de salud mental la profesionalización de los equipos de trabajo social, en relación a la salud mental desde la dimensión social.

- Contar con una referencia teórica de conocimientos necesarios para trabajar en el campo de la salud mental, a partir de la especialización del equipo multidisciplinario.
- Incorporar en los manuales operativos la actuación disciplinar a partir de programas de trabajo específicos, intencionados y tendientes al fortalecimiento del tejido social y las consecuentes relaciones interpersonales que en él se construyen, derivando en un espacio seguro para Niñas, Niños y Adolescentes.

Conclusiones

Durante la niñez se viven cambios, muchos de ellos influenciados en gran medida por el propio contexto, lo que sucede con los trastornos mentales en la niñez es que no se contemplan como transitorios, más bien sitúan al sujeto en un estado de “enfermo” o “deficiente”.

El problema para aquella niñez que se encuentran en condición de institucionalización es que el medicamento no se utiliza de manera transitoria y no existe una gradual disminución del mismo, sino que permanece durante la estancia de Niñas, Niños y Adolescentes en la institución, esto tiene que ver con que no hay una mejoría en el entorno social y en las demás esferas del desarrollo humano, por lo cual el fármaco por sí solo no está resolviendo nada, sino que solo actúa como un paliativo. Lo cual se observa en los Centros de Asistencia Social con mayor índice de Niñas, Niños y Adolescentes que se encuentran bajo un tratamiento farmacológico, pues la intervención institucional está basada en continuar con el tratamiento ya asignado y trabajarlo desde terapia psicológica fundamentalmente.

El quehacer médico desde una suma de factores históricos y culturales que le otorgan cierta validez “científica” a los procesos como la medicalización de la niñez (un modelo biologicista, y profundamente individualista) en donde se plantea una relación asimétrica entre médico paciente y que además tiene una fuerte tendencia hacia el mercantilismo, por lo cual, es necesario desarrollar nuevas formas de intervenir la salud mental, en donde se construyan diagnósticos desde una multidisciplina, en donde Trabajo Social aporte más elementos que contribuyan a la restitución de derechos.

Resulta primordial que la intervención profesional esté fundamentada en comprender que las situaciones adversas experimentadas en la niñez no necesariamente van a determinar el rumbo de una persona, niñez no es destino, ni el funcionamiento neurológico determinan la vida y sobretodo no son las variables biológicas las causantes de la psicopatología en la niñez; como refiere Untoiglich (2019) necesitamos construir

espacios de resistencia, arrojando a niñas y niños en sus diferencias, luchando contra lo inexorable.

De acuerdo con el objetivo planteado de ésta investigación, se concluye que no existen estrategias de atención desde Trabajo Social para el acompañamiento con NNA diagnosticados con un trastorno mental y por lo tanto, tampoco existe un respaldo en los marcos de actuación de la institución que establezcan la participación de otras disciplinas que no sea el área médica en el campo de la salud mental.

Lo anterior resulta de absoluta relevancia debido a que los trastornos más recurrentes que presentan Niñas, Niños y Adolescentes en condición de institucionalización son de orden emocional con una fuerte conexión con los vínculos y por lo tanto, éstas diferentes situaciones que se van presentando en la vida institucional pueden trabajarse desde la modificación del contexto; de igual manera los profesionales de los Centros de Asistencia Social puedan configurarse como adultos disponibles con acompañamientos profesionales sensibles y competentes, dispuestos a contener y alojar las historias de Niñas, Niños y Adolescentes.

Así mismo, el acercamiento a otros espacios de la cotidianidad diferente a la institucionalización, en donde Niñas, Niños y Adolescentes no presentan comportamientos asociados a los trastornos mentales, pone de manifiesto que al realizar un diagnóstico basado en el síntoma se corre el riesgo de tener un diagnóstico no certero y por consiguiente un sobre-diagnóstico de trastornos mentales en la niñez en condición de institucionalización.

El trabajo colaborativo y multidisciplinar de los centros asistenciales, dió cuenta de la enorme necesidad de abordar los fenómenos sociales desde una integridad de conocimientos disciplinares diversos, pues solo la amplitud de miradas, posibilitan una alcanzable realidad más próxima de los problemas, debido a que éstos no son unicausales y por lo tanto existe más de una posibilidad para poder brindar soluciones integrales.

Abre la puerta para continuar con el análisis desde otras disciplinas que intervienen en los Centros de Asistencia Social, las cuales podrían arrojar pistas que den certeza de que las diferentes complicaciones que presentan Niñas, Niños y Adolescentes se trata de un trastorno mental, a través de la generación de información mucho más allá de los manuales preestablecidos y de las propias estadísticas. De tal suerte que es fundamental que se actué desde la integralidad de todas las disciplinas en la construcción de diagnósticos distintos.

En una época en donde la apuesta está por un proceso gradual de desinstitucionalización a nivel nacional e internacional, guiado principalmente por organismos internacionales como la ONU y la RELAF, el hecho de que la institución sea un espacio seguro para la niñez que por algún trastorno mental o cualquier otra cuestión no sea viable su asignación a una familia adoptiva o de acogida, la institución se configura como la única red que puede incidir e ir resolviendo las implicaciones de la parentalidad violenta y así transformar trayectorias de vida con una apuesta mucho más integral y alentadora que fomente la confianza de la niñez en sí misma y en los demás.

Limitaciones

La realización de la presente investigación se realizó durante el cambio de gobierno, un momento de cambios importantes en la esfera política, lo cual trajo consigo una serie de modificaciones que afectaron muchas de las instancias gubernamentales como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, esto fue una limitante pues, existió un reacomodo en el personal operativo y en las autoridades, lo que dificultó el tiempo y el acceso a la institución como se tenía previsto, por consiguiente se replanteó en una ocasión el cambio de método de la investigación, debido a que no se tenía certeza de si se podrían llevar a cabo las entrevistas o no, en esa modificación se plantea utilizar la metodología de la narrativa en donde se retomarían experiencias profesionales desde Conversatorios, Foros y Videos, Crónicas, Diario de campo así como solicitudes de información Pública (INAI).

Sin embargo, después de contar con la disposición y certeza de la institución para la realización de la investigación se retomó el planteamiento inicial de la metodología utilizando las entrevistas en profundidad, realizadas a tres profesionales, en tres Centros de Asistencia Social y a la vez utilizar las solicitudes de información Pública (INAI) para contar con elementos cualitativos y cuantitativos.

Otra de las limitaciones que se consideran es que no fue posible indagar en la percepción de Niñas, Niños y Adolescentes respecto a los diagnósticos psiquiátricos y la utilización de fármacos para la atención a los trastornos mentales que cada uno presenta, debido a que se requería estrategias y abordajes acordes a la población y al no ser objetivo de ésta investigación no se contempló, sin embargo queda pendiente dar voz a Niñas, Niños y Adolescentes albergados en los Centros de Asistencia Social, así como a sus familias, respecto a la utilización de fármacos para la atención de trastornos mentales.

Referencias

- Ainsworth, M. D. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44 (4), 709-716.
- Alanís, R. C. (Marzo- Agosto de 2014). La niñez desvalida y las campañas contra la mendicidad en la Ciudad de México en la década de 1930. (B. C. Torre, Ed.) *Antropología. Boletín Oficial dellNAH, nueva época*(98), 71-85. Disponible en: <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/antropologia/article/view/5402/5508>
- Altamirano, C. (26 de Abril de 2019). *Animal Político*. Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/2019/04/menores-asesinatos-reporte-redim/>
- Amador, D. (29 de Mayo de 2018). Infancia sin el cuidado de una familia. México. Disponible en : https://horizontal.mx/adopcionesmexico/institucionalizacion.html?fbclid=IwAR0OrOJOE6v5PMe5ILAHrFsrOA7f74DFDiBl_o5yk0a7_MAapSYXIPthDdU
- Andrada, C. (1993). La violencia. Una mirada diferente. Mimeo. Bs. As.
- Angel, A. (20 de Enero de 2020). *Animal Político*. Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/2020/01/homicidios-2019-violencia-asesinatos-record/>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders . Washington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorroutu editores.
- Barbera, M. L. (2016). Interseccionalidad, un “Concepto viajero orígenes, desarrollo e implementación en la Unión Europea. *INTERdisciplina*, 4(8), 105-122.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia*. Barcelona: Páidos.
- Barudy, J. (19 de Noviembre de 2020). Crianza sin Violencia. Disponible en: https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=736245240573485&id=149361515084943
- Bassols, M. (11 de 12 de 2015). El autismo sin marcadores. *Intervención en el Foro Autismo*. Barcelona.
- Berens, A. E., & Nelson, C. A. (29 de Enero de 2015). Harvard Center on the Developing Child,. *The science of early adversity: is there a role for large institutions in the care of vulnerable children?*. Disponible en: <https://fliphtml5.com/kgpm/svnu/basic>

- Bertalanffy, V. L. (1976). *Teoría General de Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bloom, S. (1999). Teoría del Trauma abreviada. Disponible en: http://www.sanctuaryweb.com/PDFs_new/Bloom_Trauma_Theory_Abbreviated.pdf
- Bowlby, J. (1986). *Vinculos afectivos: desarrollo y perdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- Bustelo, G. E. (2012). Notas sobre infancia y teoría: un enfoque latinoamericano. *Salud Colectiva*, 8(3), 287-298. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73125097004.pdf>
- Carballeda, A. (2004). La Intervención en lo Social y las nuevas formas de Padecimiento. *Revista Escenarios*(8).
- Carballeda, A. J. (2007). *Escuchar las prácticas. La supervisión como proceso de análisis de la intervención en lo social*. Argentina: Espacio Editorial.
- Carballeda, A. J. (2013). *La intervención en lo social como proceso. Una aproximación metodológica*. Argentina: Espacio Editorial.
- Castillo Parada, T. (2018). Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos. 513-529.
- CDHDF. (Abril de 2014). *DFensor; Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal* (4), 3-25. Disponible en: <https://piensadh.cd hdf.org.mx/index.php/dfensor-2014/cuidados-alternativos-para-la-infancia>
- Cererois, A. R., & Caparrós, A. T. (2015). Introducción a la psicopatología infantil. En A. Jarne, & A. Talam, *Manual de Psicopatología Clínica* (págs. 639-699). España: Herder.
- Cohen, I. S. (2010). Capítulo 2: Sobre la infancia y la niñez. En C. I. Silvina, *Infancia Maltratada en la posmodernidad. Teoría clínica y evaluación* (págs. 35-49). Paidós.
- Conrad, P. (2008). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*.
- Crastopol, M. (2011). Oculto a plena vista: El Micro-trauma en la dinámica relacional inter-generacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(2), 237-260. Disponible en: https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V5N2_2011/2_M-Crastopol_Oculto-a-simple-vista_Micro-traumas_CeIR_V5N2.pdf
- Cristóforo, A. (2015). Niños inquietos- Niños desinvertidos. En M. M. Noel, *Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar* (págs. 61-78). Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.

- Dávila Newman, G. (2006). El razonamiento inductivo y deductivo dentro del proceso investigativo en ciencias experimentales y sociales. *Laurus*, 12, 180-205. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=761/76109911>
- Di Bartolo, I. (2016). *El Apego. Cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos*. Lugar Editorial.
- Di Iorio, J. (2009). *Nosotros/Los otros: la niñez en las instituciones asistenciales*. Argentina: Instituto de Investigación, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires – Conicet. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-089/4>
- Echeverría, P. R. (2015). El diagnóstico y las clasificaciones de los trastornos mentales. En A. Jarne, & T. Antoni, *Manual de Psicopatología Clínica* (págs. 109-148). España: Herder.
- Espinosa, C. O. (2019). La producción de In-fancias: El Trastorno o la pasión. En L. Stavchansky, & G. Untoiglich, *Infancias entre Nos-otros. Clínica, Biopolítica y Ética de lo infantil y lo Contemporáneo* (pág. 97). México: El diván negro.
- Evangelista, M. E. (1998). *Historia del Trabajo Social en México*. Ciudad de México: Escuela Nacional de Trabajo Social-Plaza y Valdés Editores.
- Evangelista, M. E. (2013). *Desarrollo histórico del Trabajo Social en México*. México: Red de Investigaciones y Estudios Avanzados.
- Fabregà, O. M. (Junio de 2015). Análisis exploratorio de los procesos de medicalización que intervienen durante la infancia y la adolescencia. Barcelona. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/66720>
- Fernández, M. V. (2014). *Maltrato Infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados*. Universidad de Murcia.
- Flores, S. J. (2012). Intervención Individualizada. En S. J. Flores, & G. S. Rivas, *Intervención Individualizada* (págs. 18-51). México: Yecolti editorial.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y salud*(1). Disponible en : <http://www.terceridad.net/Sistemasdesalud/Foucault,%20M.%20Historia%20de%20la%20medicalizaci%F3n.pdf>
- Francés, A. (2010). Abriendo la caja de Pandora: las 19 peores sugerencias del DSM-5. *Psychiatric Times.*, 5-6.
- Fuentes, M. L., & Arellano, S. (2019). *Índice de los Derechos de la Niñez*. Ciudad de México, México: UNAM.
- Galtung, J. (1996). *Peace by peaceful means. Peace and Conflict, Development*. Oslo, London : Sage Publications Ltd.
- García, H. T. (2017). *No hay niño malo*. Ciudad de México: Paidós.

- García, N. G., & Santana, R. E. (2017). Alcances del maltrato psicológico en el desarrollo emocional de niñas, niños y adolescentes. En A. L. Abdalá, *Maltrato Infantil: Gravedad y Prevención* (págs. 205-211). Ciudad de México, México: EDITORES DE TEXTOS MEXICANOS, S.A de C.V.
- Giacomello, C. (2018). *Niñas, niños que viven en prisión con sus madres. Una perspectiva jurídica comparada*. Ciudad de México: Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- Guerrero, M. M. (2007). Los espacios masculinos del llanto. *Psicoterapia y Familia*, 20(1), 21-36.
- Harguindeguy, L. C., & Molina, R. (2009). Las Organizaciones de la Sociedad Civil en México: de la invisibilidad al protagonismo. *Nuevo Mundo: La primera revista de en la web americanista*.
- Hernández, H. S. (2019). Recovecos de la Infancia. En L. Stavchansky, & G. Utoiglich, *Infancias entre nos-otros. Clínica Biopoítica y Ética de lo infantil y lo contemporáneo* (págs. 106-119). México: El diván negro.
- Huertas, J. A. (2017). Atención del maltrato infantil en la comunidad española. En A. L. Abdalá, *Maltrato Infantil: Gravedad y Prevención* (págs. 213-221). Ciudad de México: EDITORES MEXICANOS, S.A de C.V.
- Iglesia, & Di Iorio, J. (2006). *La infancia institucionalizada: la práctica de la psicología jurídica. Determinantes institucionales*. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires. Volumen XIII.
- Illich, I. (1970). *Deschooling society*. Nueva York: Herper.
- INAI. Preguntas Ciudadanas. (Junio de 2019).
- INEGI. (2015). Censo de Alojamientos de Asistencia Social. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/caas/2015/>
- Instituto de Investigaciones Jurídicas. (s/f). (UNAM, Ed.) Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2541/5.pdf>
- Janin, B. (2018). *Infancias y adolescencias patologizadas. La clínica psicoanalítica frente al arrasamiento de la subjetividad*. Argentina: novelduc.
- Jaramillo Molina, M. (31 de Octubre de 2016). *La pobreza no es un problema individual, sino estructural*. Disponible en: <https://horizontal.mx/la-pobreza-no-es-un-problema-individual-sino-estructural/>
- JUCONI. (s.f.). *La teoría del Trauma. Experiencia de Trabajo con niñas, niños y familias*.
- Kieling, C. B.-H. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378, 1515-1525. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673611608271>

- LGDNNA. (2014). Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. *Diario Oficial de la Federación, México 04 de Diciembre de 2014.*
- Luna, M., Tissera, L. M., & Sánchez, B. M. (Agosto de 2011). Niñez y adolescencia institucionalizada: Serie: Publicaciones sobre niñez sin cuidados parentales en América Latina: Contextos, causas y respuestas. RELAF, Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar.
- Mártínez, R., & Asunción, M. (octubre de 1997). Pobreza y exclusión social como formas de violencia estructural: La lucha contra la pobreza y la exclusión social es la lucha por la paz. Departamento de Trabajo y Servicios Sociales. Universidad de Alicante.
- Méndez, R. R., Wraage, D. A., & Costa, M. A. (Noviembre de 2012). Trabajo Social en el campo de la salud mental. La discusión sobre el diagnóstico. *Prospectiva*(17), 407-435.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva.* Buenos Aires: Lugar.
- Modelo tipo de atención y protección integral de centros de asistencia social para niñas, niños y adolescentes. (2018). Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/315273/Modelo_tipo_de_atencion_y_proteccion_integral_de centros_de_asistencia_social_para_niñas_niños_y_adolescentes.pdf
- Muñozcano, M. D. (2004). Orfandad y Abandono. Una política social y pública inconclusa en el marco de los Derechos Humanos. México: Facultad de Ciencias Políticas, UNAM.
- NIMA. (2017). *Informe "Institucionalización y violencia en la Ciudad de los Niños"*. NIMA Centro de Promoción de los Derechos Humanos de Niñas, Niños y Adolescentes en Guanajuato.
- Osorio, B. A., & Arteaga, B. N. (Enero-Junio de 2013). De la disciplina al control: niños en riesgo y dispositivos asistenciales en el centro de México. *Revista de alimentación contemporánea y desarrollo regional*, 21(41), 212-237. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41725649009>
- Palummo, J. (2013). La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones. UNICEF.
- Pastor, E. R. (2015). Desafíos del Estado Mexicano para garantizar los derechos de los niños y las niñas. En C. H. Alcántara, *Los Derechos Humanos entre lo real y lo posible Tomo 1* (págs. 165-194). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Pérez, R. E. (2015). El diagnóstico psicopatológico y las clasificaciones de los trastornos mentales. En A. Jarne, & A. Tlarn, *Manual de Psicopatología Clínica* (págs. 109-148). España: Herder.

- PND, A. (18 de Julio de 2019). *ACUERDO por el que se emiten los Lineamientos que regulan las funciones de las Delegaciones de Programas para el Desarrollo*.
- PNDD, 2. (30 de Abril de 2019). Plan Nacional de Desarrollo (2019-2024).
- REDIM. (2019). Balance Anual. Disponible en: http://derechosinfancia.org.mx/documentos/REDIM_Balance_Anual_2019.pdf
- Rigat, C. A., & Talam, C. A. (2015). Introducción a la patología infantil . En A. Jarne, & T. Antoni, *Manual de Psicopatología Clínica* (págs. 639-700). España: Herder.
- Rodríguez, J. G. (abril-junio de 2016). Situación de los niños, niñas y adolescentes privados de cuidados parentales en México. *Entre textos*(22), 1-14.
- Ruiz, I. d. (2016). Anatomía (incompleta) de una epidemia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 539-548.
- Ruíz, S. C. (2016). *Diagnóstico Social de los Centros de Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia*. México: UNAM, ENTS.
- Ruíz, S. C. (2017). La Intervención del Trabajador Social en la atención de la Infancia en condición institucionalizada. México: UNAM, ENTS.
- Ruíz, S. C. (2019). *Maltrato Infantil. De la violencia doméstica a la violencia estructural*. México: ENTS-UNAM.
- Ruíz, S. C. (2 de Octubre de 2019). Quinta Sesión del Semianrio Problemáticas de la Niñez en el México Contemporáneo: La Niñez vinculada a la Trata de Personas un abordaje multidisciplinar. *Semianrio Problemáticas de la Niñez en el México Contemporáneo: La Niñez vinculada a la Trata de Personas un abordaje multidisciplinar*. México.
- Ruíz, S. G., & Hernández, V. J. (2018). La intervención del trabajador social: entre la encomienda funcionalista y el principio emancipador. UNAM, ENTS.
- Saraví, G. A. (2006). Biografías de exclusión: desventajas y juventud en Argentina. *Perfiles Latinoamericanos*, 13(28), 84-112. Disponible en: <http://perfilesla.flacso.edu.mx/index.php/perfilesla/article/view/216>
- Save the Children. (Junio de 2010). *Keeping Children Out of Harmful Institutions*. London: Save the Children.
- Silva, J. (2019). Infancias Actuales. Verdades Presentes. En L. Stavchansky, & G. Utoiglich, *Infancias entre nos-otros. Clínica Biopolítica y Ética de lo infantil y lo contemporáneo* (págs. 69-80). México: El diván negro.
- Sitara, M. (2013). *De los niños en Peligro a los niños peligrosos*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- SNDIF. (Septiembre de 2016). Sistema Nacional para el Desarrollo integral de la Familia. Disponible en: <http://www.inec.gob.mx/index.php/alianzas/sistema-dif.html>

- Stavchansky, L. (2019). Infancias Segregadas. Dos miradas para pensar el silencio como síntoma en el Estado capitalista. En L. Stavchansky, & G. Untoiglich, *Infancias entre Nos-otros. Clínica, Biopolítica y Ética de lo infantil y lo Contemporáneo* (pág. 28). México: El diván negro.
- Stavchansky, L., & Untoiglich, G. (2017). *Infancias. Entre espectros y trastornos*. Argentina: Paradiso Editores.
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (2014). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Routledge.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada (Basics of qualitative research)*. Colombia : Universidad de Antioquia.
- Tello, N. (2013). *Cuaderno académico del laboratorio Syndesmos*. Ciudad de México: La ruptura.
- Tello, N., & Ornelas, A. (2015). *Estrategias y modelos de intervención de Trabajo Social. Aportes para su construcción*. México: Estudios de opinión y participación social A.C.
- Tello, P. N. (2000). *Trabajo Social en algunos países: aportes para su comprensión*. México: ENTS-UNAM.
- Tello, P. N. (2007). *Apuntes de Trabajo Social. Trabajo Social, disciplina del conocimiento*. Ciudad de México, México.
- UNICEF. (2017). *Informe Anual 2017 México*. México. Disponible en: <https://www.unicef.org.mx/Informe2017/Informe-Anual-2017.pdf>
- Untoiglich, G. (2014). Medicalización y patologización de la vida: situación de las infancias en Latinoamérica. *Nuances: estudios sobre Educação*, 5(1), 20-38.
- Untoiglich, G. (2019). Alojar la otredad. En L. Stavchansky, & G. Untoiglich, *Infancias entre nos-otros. Clínica Biopolítica y Ética de lo infantil y lo contemporáneo* (págs. 40-56). México: El diván negro.
- Velázquez, K. (2 de Junio de 2020). *POBLAB: Periodismo y Opinión Pública*. Obtenido de POBLAB: Periodismo y Opinión Pública. Disponible en: <https://poplab.mx/article/ExhibeCNDHcomplicidadyomisionesdegobiernosfiscaliasyalcaldesencasoCiudaddelosNios>

Anexos

Consentimiento Informado

Ciudad Universitaria a 11 de Octubre de 2019

La que suscribe Mariana Martínez Anaya, egresada de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, me comprometo a respetar sus datos personales con base en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares

Artículo 14.- El responsable velará por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por esta Ley, debiendo adoptar las medidas necesarias para su aplicación

Así como la información que se considere sensible perteneciente a la población albergada en los Centros de Asistencia Social. No omito mencionar que el audio de la entrevista será gravada con la finalidad de obtención de información que será utilizada con fines académicos y como parte mi proyecto de investigación, para obtener el grado de Licenciatura: Medicalización de la niñez en condición de institucionalización: El papel del trabajo social frente a los diagnósticos reduccionistas.

Yo [redacted] acepto participar en la entrevista. Entendiendo que puedo pedir información sobre la creación de la investigación realizada.

[redacted]
Informante


Mariana Martínez Anaya

Ciudad Universitaria a 7 de Octubre de 2019

La que suscribe Mariana Martínez Anaya, egresada de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, me comprometo a respetar sus datos personales con base en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares

Artículo 14.- El responsable velará por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por esta Ley, debiendo adoptar las medidas necesarias para su aplicación

Así como la información que se considere sensible perteneciente a la población albergada en los Centros de Asistencia Social. No omito mencionar que el audio de la entrevista será gravada con la finalidad de obtención de información que será utilizada con fines académicos y como parte mi proyecto de investigación, para obtener el grado de Licenciatura: Medicalización de la niñez en condición de institucionalización: El papel del trabajo social frente a los diagnósticos reduccionistas.

Yo  acepto participar en la entrevista. Entendiendo que puedo pedir información sobre la creación de la investigación realizada.


Informante



Mariana Martínez Anaya

Ciudad Universitaria a 11 de Octubre de 2019

La que suscribe Mariana Martínez Anaya, egresada de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, me comprometo a respetar sus datos personales con base en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares

Artículo 14.- El responsable velará por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por esta Ley, debiendo adoptar las medidas necesarias para su aplicación

Así como la información que se considere sensible perteneciente a la población albergada en los Centros de Asistencia Social. No omito mencionar que el audio de la entrevista será gravada con la finalidad de obtención de información que será utilizada con fines académicos y como parte mi proyecto de investigación, para obtener el grado de Licenciatura: Medicalización de la niñez en condición de institucionalización: El papel del trabajo social frente a los diagnósticos reduccionistas.

Yo  acepto participar en la entrevista. Entendiendo que puedo pedir información sobre la creación de la investigación realizada.



Informante



Mariana Martínez Anaya

Guía de entrevista

Nombre:

Sexo:

Cargo:

Antigüedad en la Institución:

OBJETIVO: Conocer de qué manera se concibe la medicalización de la niñez desde la percepción del equipo multidisciplinario enfocado a la restitución de derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Niñas, Niños y Adolescentes Diagnosticados con un Trastorno Mental

1. ¿Cuáles son los trastornos mentales con los que se vincula la población atendida actualmente?
2. ¿Cómo te lo explicas? (factores de riesgo)
3. ¿A qué condiciones responden los Trastornos Mentales?

Niñas, Niños y Adolescentes en situación de Institucionalización

4. ¿Qué tipo de actitudes presentan las niñas, niños y adolescentes diagnosticados con un trastorno mental?
5. En tu experiencia... La presencia de los trastornos mentales en la niñez en situación de institucionalización, ¿Ha aumentado o ha disminuido?
6. ¿Cómo te lo explicas?

Política Pública

7. ¿Qué estrategias de política pública conoces para la atención de la niñez que está diagnosticada con algún trastorno mental?
8. ¿Qué estrategia institucional existe para la atención de la niñez que está diagnosticada con algún trastorno mental?

Intervención Multidisciplinar

9. ¿Qué tipo de intervención multidisciplinar recibe la niñez que está diagnosticada con un trastorno mental?
10. ¿Qué implicaciones encuentras en la medicalización de la niñez en condición de institucionalización?

Intervención del Trabajo Social

11. ¿Existe una intervención definida desde el área de Trabajo Social para atender a la población albergada actualmente con un trastorno mental?
12. ¿Es posible concebir modos de intervención no medicalizantes?
13. ¿Qué tipo de exigencias profesionales observas en la intervención con esta población?

Solicitudes de información Pública (Preguntas Ciudadanas, Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de los Datos Personales (INAI):



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF

SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL DE
LA FAMILIA

Dirección General de Asuntos Jurídicos
Unidad de Transparencia

RESPUESTA A SOLICITUD NO. 1236000033919

D.G.A.J.208.000.00/ 2554 /2019

Ciudad de México a 22 de julio de 2019

SOLICITANTE DE INFORMACIÓN PÚBLICA P R E S E N T E

Hago referencia a su solicitud de acceso a la información pública número **1236000033919** dirigida a este Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, mediante la cual señala:

“¿Qué porcentaje de la población total, albergada actualmente (junio 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Tlalpan, ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

(Entendiendo por Trastorno mental desde el DSM5 como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

¿Cuáles son los trastornos mentales con los que se vincula la población atendida actualmente (junio 2019) en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Tlalpan por sexo y rango de edad: 0-1 año, 1-2 años, 3-4 años, 4-5 años 11 meses?

¿Qué tipo de tratamiento psicológico y bajo qué enfoque se atiende a la población albergada actualmente (junio 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Tlalpan que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

¿Qué tipo de intervención desde el departamento de Trabajo Social se define para atender a la población albergada actualmente (junio 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Tlalpan que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

¿Qué tipo de tratamiento farmacológico se define para atender a la población albergada actualmente (junio 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Tlalpan que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

*¿Qué instituciones gubernamentales y no gubernamentales atienden a la población albergada actualmente (junio 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Tlalpan que ha sido diagnosticada con un trastorno mental, fuera de la atención proporcionada al interior del Centro Asistencial?
Otros datos para facilitar su localización*

Las Preguntas son para el Centro Nacional Modelo de Atención y Capacitación Casa Cuna Tlalpan del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.”





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

Se hace de su conocimiento que su solicitud fue turnada a la **Dirección General de Integración Social** adscrita al **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**, la cual informó lo siguiente:

La información otorgada en este documento corresponde al ámbito competencial de la Dirección General de Integración Social, misma que a través de sus Centros de Asistencia Social: Centro Nacional Modelo de Atención Investigación Capacitación Casa Cuna Tlalpan, Casa Cuna Coyoacán, Casa Hogar para Niñas, Casa Hogar para Varones y Subdirección del Centro Amanecer para Niños, proporcionan atención integral a niñas, niños y adolescentes de 0 a 18 años de edad, derivados a través de la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes.

Bajo ese contexto, se proporciona la siguiente información;

Respuestas:

¿Qué porcentaje de la población total, albergada actualmente (junio 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Tlalpan, ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

(Entendiendo por Trastorno mental desde el DSM5 como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

R= 7.3%

¿Cuáles son los trastornos mentales con los que se vincula la población atendida actualmente (junio 2019) en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Tlalpan por sexo y rango de edad: 0-1 año, 1-2 años, 3-4 años, 4-5 años 11 meses?

R=

- **Rango De 0 – 1 años; (0) Cero Casos**
- **Rango De 1 - 2 años; 0) Cero Casos**
- **Rango De 3 - 4 años; TDAH vs Oposicionista Desafiante (Masculino)**
- **Rango De 4 - 5 Años 11 Meses; TDAH (Femenino y Masculino)**

Handwritten blue ink marks and signatures on the right margin.



2019



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SECRETARÍA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

¿Qué tipo de tratamiento psicológico y bajo qué enfoque se atiende a la población albergada actualmente (junio 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Tlalpan que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

R= Cognitivo conductual

¿Qué tipo de intervención desde el departamento de Trabajo Social se define para atender a la población albergada actualmente (junio 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Tlalpan que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

R= Desarrollo de habilidades sociales

¿Qué tipo de tratamiento farmacológico se define para atender a la población albergada actualmente (junio 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Tlalpan que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

R=

- Oxcarbazepina suspensión
- Risperidona tabletas

¿Qué instituciones gubernamentales y no gubernamentales atienden a la población albergada actualmente (junio 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Tlalpan que ha sido diagnosticada con un trastorno mental, fuera de la atención proporcionada al interior del Centro Asistencial? Otros datos para facilitar su localización.

Las preguntas son para el Centro Nacional Modelo de Atención y Capacitación Casa Cuna Tlalpan del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

R=

- Instituto Nacional de Pediatría

Lo anterior se hace de su conocimiento conforme a lo establecido en los artículos 126, 129 130 y 132 y demás aplicables de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como por el 121, 132, 134, 135 y demás aplicables de la Ley Federal Transparencia y Acceso a la Información Pública.



2019

Esteban Zapata Cruz, Directora Ejec. Col. Santa Cruz Atoyac, Alcaldía Benito

Handwritten notes in blue ink:
re
C
yf
R



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
INSTITUTO NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL DE
LA FAMILIA

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS
TITULAR DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA
SNDIF

LIC. ENRIQUE GARCÍA CALLEJA

EGC/ rrr/ kbb/ opr*

SECRETARÍA DE SALUD INSTITUTO NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA



2019



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

**Dirección General de Asuntos Jurídicos
Unidad de Transparencia**

RESPUESTA A SOLICITUD NO. 1236000034019

D.G.A.J.208.000.00/2553 /2019

Ciudad de México a 23 de julio de 2019

**SOLICITANTE DE INFORMACIÓN PÚBLICA
P R E S E N T E**

Hago referencia a su solicitud de acceso a la información pública número **1236000034019** dirigida a este Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, mediante la cual señala:

"1 ¿Qué porcentaje de la población total, albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Coyoacán, ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

(Entendiendo Trastorno Mental desde el DSM5 como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo).

2 ¿Cuáles son los trastornos mentales con los que se vincula la población atendida actualmente (a lo largo del 2019) en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Coyoacán por sexo y rango de edad: 5-6 años, 6-7 años, 7-8 años 11 meses?

3 ¿Qué tipo de tratamiento psicológico y bajo qué enfoque se atiende a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Coyoacán que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

4 ¿Qué tipo de intervención desde el departamento de Trabajo Social se define para atender a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Coyoacán que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

5 ¿Qué tipo de tratamiento farmacológico se define para atender a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Coyoacán que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

6 ¿Qué instituciones gubernamentales y no gubernamentales atienden a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Coyoacán que ha sido diagnosticada con un trastorno mental, fuera de la atención proporcionada al interior del Centro Asistencial?"

Handwritten blue ink marks and signatures on the right side of the page.





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF

SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

Se hace de su conocimiento que su solicitud fue turnada a la **Dirección General de Integración Social** adscrita al **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**, la cual informó lo siguiente:

La información otorgada en este documento corresponde al ámbito competencial de la Dirección General de Integración Social, misma que a través de sus Centros de Asistencia Social: Centro Nacional Modelo de Atención Investigación Capacitación Casa Cuna Tlalpan, Casa Cuna Coyoacán, Casa Hogar para Niñas, Casa Hogar para Varones y Subdirección del Centro Amanecer para Niños, proporcionan atención integral a niñas, niños y adolescentes de 0 a 18 años de edad, derivados a través de la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes.

Bajo ese contexto, se proporciona la siguiente información;

Respuestas:

1.- ¿Qué porcentaje de la población total, albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Coyoacán, ha sido diagnosticada con un trastorno mental?¹

R= El 31.81%

¿Cuáles son los trastornos mentales con los que se vincula la población atendida actualmente (a lo largo del 2019) en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Coyoacán por sexo y rango de edad: 5-6 años, 6-7 años, 7-8 años 11 meses?

R=

- **Rango de 5 a 6 años de edad; Trastorno por Desregulación Disruptiva de las Emociones y TDAH.**
- **Rango de 6 a 7 años de edad; CI Limítrofe vs Discapacidad Leve TDAH, Trastorno de Conducta, Trastorno Mental y del Comportamiento Secundario A Disfunción Cerebral.**
- **Rango de 7 a 8 años 11 meses; Trastorno Adaptativo Enuresis, Trastorno de Conducta, Discapacidad Intelectual, Trastorno de Conducta, Discapacidad Intelectual Leve, Trastorno de Conducta TDAH, Trastorno del Lenguaje, Enuresis, Trastorno Adaptativo.**

Handwritten blue marks: a checkmark, a stylized 'C', and a vertical line.



2019



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

¿Qué tipo de tratamiento psicológico y bajo qué enfoque se atiende a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Coyoacán que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

R= Dependiendo del padecimiento se trabaja bajo el enfoque conductivo-conductual, con atención psicológica personalizada, donde se introyectan límites, valores y modelos positivos a seguir, En algunos casos terapia de juego, estimulación y se trabaja la coordinación fina y gruesa.

¿Qué tipo de intervención desde el departamento de Trabajo Social se define para atender a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Coyoacán que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

R= Se realizan trámites administrativos para poder acceder a la atención médica que el niño o niña requiere como ejemplo Gratuidad de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, así como proporcionar actas y CURP de los niños y niñas albergados, de ser requerido se acude a las instancias hospitalarias para la apertura de expediente.

¿Qué tipo de tratamiento farmacológico se define para atender a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Coyoacán que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

R=

- **Metilfenidato en tabletas**
- **Respiridona en tabletas**
- **Valproato de Magnesio tabletas**
- **Oxcarbazepina suspensión**

¿Qué instituciones gubernamentales y no gubernamentales atienden a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Coyoacán que ha sido diagnosticada con un trastorno mental, fuera de la atención proporcionada al interior del Centro Asistencial?

R=

- **Hospital Pediátrico de Iztapalapa**
- **Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro**
- **INP-Salud Mental**



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF

SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

Lo anterior se hace de su conocimiento conforme a lo establecido en los artículos 126, 129, 130 y 132 y demás aplicables de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como por el 121, 132, 134, 135 y demás aplicables de la Ley Federal Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS
TITULAR DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA
SNDIF

LIC. ENRIQUE GARCÍA CALLEJA

ECC/ mrl/ kbb/ opr*

Emiliano Zapata 540, planta baja, Col. Santa Cruz Atoyac, Alcaldía Benito



2019



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

Dirección General de Asuntos Jurídicos
Unidad de Transparencia

RESPUESTA A SOLICITUD NO. 1236000034119

D.G.A.J.208.000.00/ 2552 /2019

Ciudad de México a 23 de julio de 2019

**SOLICITANTE DE INFORMACIÓN PÚBLICA
P R E S E N T E**

Hago referencia a su solicitud de acceso a la información pública número **1236000034119** dirigida a este Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, mediante la cual señala:

1 ¿Qué porcentaje de la población total, albergada actualmente (a lo largo del 2019) en la Subdirección de Centro Amanecer para Niños, ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

2 ¿Cuáles son los trastornos mentales con los que se vincula la población atendida actualmente (a lo largo del 2019) en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en la Subdirección de Centro Amanecer para Niños por sexo y rango de edad: 9-10 años, 10-11 años, 11-12 años 11 meses?

3 ¿Qué tipo de tratamiento psicológico y bajo qué enfoque se atiende a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en la Subdirección de Centro Amanecer para Niños que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

4 ¿Qué tipo de intervención desde el departamento de Trabajo Social se define para atender a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en la Subdirección de Centro Amanecer para Niños que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

5 ¿Qué tipo de tratamiento farmacológico se define para atender a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en la Subdirección de Centro Amanecer para Niños que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?



2019



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

6 ¿Qué instituciones gubernamentales y no gubernamentales atienden a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en la Subdirección de Centro Amanecer para Niños que ha sido diagnosticada con un trastorno mental, fuera de la atención proporcionada al interior del Centro Asistencial?"

Se hace de su conocimiento que su solicitud fue turnada a la **Dirección General de Integración Social** adscrita al **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**, la cual informó lo siguiente:

La información otorgada en este documento corresponde al ámbito competencial de la Dirección General de Integración Social, misma que a través de sus Centros de Asistencia Social: Centro Nacional Modelo de Atención Investigación Capacitación Casa Cuna Tlalpan, Casa Cuna Coyoacán, Casa Hogar para Niñas, Casa Hogar para Varones y Subdirección del Centro Amanecer para Niños, proporcionan atención integral a niñas, niños y adolescentes de 0 a 18 años de edad, derivados a través de la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes.

Bajo ese contexto, se proporciona la siguiente información;

Respuestas:

1 ¿Qué porcentaje de la población total, albergada actualmente (a lo largo del 2019) en la Subdirección de Centro Amanecer para Niños, ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

R= 62.9%

2 ¿Cuáles son los trastornos mentales con los que se vincula la población atendida actualmente (a lo largo del 2019) en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en la Subdirección de Centro Amanecer para Niños por sexo y rango de edad: 9-10 años, 10-11 años, 11-12 años 11 meses?

R=

- **Rango de Edad 9-10 años; Trastorno Mental y del Comportamiento Secundario A, Síndrome Congenito de Angelman, Trastorno Disocial Severo con Escasas Emociones Prosociales, TDAH.**
- **Rango de Edad 10-11 años; Trastorno de Conducta, TDAH, Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo, Trastorno Adaptativo, Trastorno del Espectro Autista, Síndrome de Asperger, Discapacidad Intelectual vs Inteligencia Límitrofe.**



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LAS FAMILIAS

- **Rango de Edad 11-12 años 11 meses;** Trastorno Disocial Severo con Escasas Emociones Prosociales, TDAH Moderado, Trastorno de Desregulación Disruptiva de las Emociones y Rasgos Acentuados de Personalidad Límite, Trastorno Disocial, Trastorno Disocial con Escasas Emociones Prosociales, TDAH sin Ansiedad en el Presente, Trastorno Adaptativo, Enuresis Primaria Nocturna, Ansiedad Infantil en Tratamiento, Reacción Adaptativa con Síntomas de Ansiedad y Conducta, Trastorno por Ansiedad de Separación, Discapacidad Intelectual, Trastorno de Aprendizaje.
- **Rango de Edad 13-14 años;** Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Trastorno Depresivo, Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno Adaptativo, Trastorno Mental y del Comportamiento Secundario A Disfunción Cerebral, Retraso Mental Leve, Trastorno por Desregulación Disruptiva de las Emociones.

3 ¿Qué tipo de tratamiento psicológico y bajo qué enfoque se atiende a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en la Subdirección de Centro Amanecer para Niños que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

R=

- **Terapia cognitivo conductual**
- **Terapia de juego semidirigido**
- **Terapia conductual**

4 ¿Qué tipo de intervención desde el departamento de Trabajo Social se define para atender a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en la Subdirección de Centro Amanecer para Niños que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

R= **El tipo de intervención es Trabajo Social de casos, tomando como referencia la teoría de sistemas.**

5 ¿Qué tipo de tratamiento farmacológico se define para atender a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en la Subdirección de Centro Amanecer para Niños que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

R=

- **Metilfenidato 10mg,18mg,27 mg y 36 mg**
- **Risperidona 1 mg,**
- **Valproato de magnesio 200mg y 300mg**



2019

13
[Handwritten signature]



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

- Valproato semisódico 250mg
- Ácido valproico 250mg
- Oxcarbazepina 300mg
- Olanzapina 10 mg
- Citalopram 20mg
- Carbamazepina 200mg
- Sertralina 50mg
- Imipramina 25mg
- Quetiapina 100mg
- Biperideno 2mg
- Fluoxetina 20mg
- Aripipazol 15mg

6 ¿Qué instituciones gubernamentales y no gubernamentales atienden a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en la Subdirección de Centro Amanecer para Niños que ha sido diagnosticada con un trastorno mental, fuera de la atención proporcionada al interior del Centro Asistencial?

- Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro
- Centro Integral de Salud Mental-DF (CISAME)
- Instituto Nacional de Pediatría

Lo anterior se hace de su conocimiento conforme a lo establecido en los artículos 126, 129 130 y 132 y demás aplicables de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como por el 121, 132, 134, 135 y demás aplicables de la Ley Federal Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS
TITULAR DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA
SNDIF

LIC. ENRIQUE GARCÍA CALLEJA

ECC/ md/ kúé/ opr

Exiliano Zapata 340, planta baja, Col. Santa Cruz Atoyac, Alcaldía Benito





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

Dirección General de Asuntos Jurídicos
Unidad de Transparencia

RESPUESTA A SOLICITUD NO. 1236000034219

D.G.A.J.208.000.00/ 25 5 1 /2019

Ciudad de México a 22 de julio de 2019

**SOLICITANTE DE INFORMACIÓN PÚBLICA
P R E S E N T E**

Hago referencia a su solicitud de acceso a la información pública número **1236000034219** dirigida a este Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, mediante la cual señala:

1.- ¿Qué porcentaje de la población total, albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Varones, ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

(Entendiendo Trastorno Mental desde el DSM5 como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo).

2 ¿Cuáles son los trastornos mentales con los que se vincula la población atendida actualmente (a lo largo del 2019) en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Varones por rango de edad: 13-14 años, 14-15 años, 15-16 años, 16-17 años, 17-18 años ?

3 ¿Qué tipo de tratamiento psicológico y bajo qué enfoque se atiende a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Varones que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

4 ¿Qué tipo de intervención desde el departamento de Trabajo Social se define para atender a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Varones que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

3

1

2



2019



5 ¿Qué tipo de tratamiento farmacológico se define para atender a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Varones que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

6 ¿Qué instituciones gubernamentales y no gubernamentales atienden a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Varones que ha sido diagnosticada con un trastorno mental, fuera de la atención proporcionada al interior del Centro Asistencial?"

Se hace de su conocimiento que su solicitud fue turnada a la **Dirección General de Integración Social** adscrita al **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**, la cual informó lo siguiente:

La información otorgada en este documento corresponde al ámbito competencial de la Dirección General de Integración Social, misma que a través de sus Centros de Asistencia Social: Centro Nacional Modelo de Atención Investigación Capacitación Casa Cuna Tlalpan, Casa Cuna Coyoacán, Casa Hogar para Niñas, Casa Hogar para Varones y Subdirección del Centro Amanecer para Niños, proporcionan atención integral a niñas, niños y adolescentes de 0 a 18 años de edad, derivados a través de la Procuraduría Federal de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes.

Bajo ese contexto, se proporciona la siguiente información;

Respuestas:

1.- ¿Qué porcentaje de la población total, albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Varones, ha sido diagnosticada con un trastorno mental? (Entendiendo Trastorno Mental desde el DSM5 como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo).

R= 51%

2. ¿Cuáles son los trastornos mentales con los que se vincula la población atendida actualmente (a lo largo del 2019) en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Varones por rango de edad: 13-14 años, 14-15 años, 15-16 años, 16-17 años, 17-18 años ?

Handwritten notes and signatures in blue ink.





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

R= **Rango De 13 a 14 Años:** TDHA, Depresión, Estrés Postraumático, Trastorno Antisocial Oposicionista.

R= **Rango De 14 a 15 Años:** Depresión, Trastorno Disocial con Riesgo Psicótico, Ansiedad Por Separación.

R.= **Rango De 16 a 17:** Trastorno De Ansiedad, Depresión, TDAH, Retraso Del Neurodesarrollo.

R.= **Rango De 17 a 18 Años:** Depresión, Retraso Del Neurodesarrollo, TDAH.

3 ¿Qué tipo de tratamiento psicológico y bajo qué enfoque se atiende a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Varones que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

R= De acuerdo al diagnóstico de cada uno de los beneficiarios se crea un plan de atención individual, tomando en cuenta características propias de la población, se busca dar seguimiento psicológico con base en modelos de psicoterapia más funcionales para las patologías, como son los modelo conductual y cognitivo- conductual.

Asimismo, se buscan alternativas de atención especializada para que de manera extrainstitucional se brinden apoyo focalizado, con el propósito que en conjunto se realice trabajo coordinado para mejor atención de los adolescentes.

4 ¿Qué tipo de intervención desde el departamento de Trabajo Social se define para atender a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Varones que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

- R=
- **Intervención institucional.**- Gestión con diversas instituciones para la atención de los adolescentes (trámite de seguro popular y/o Gratuidad, solicitud de exento de pago, apertura de expediente clínico, etc.)
 - **Intervención individualizada.**- Actualización constante sobre la situación social - familiar del adolescente relevante para su seguimiento médico - psiquiátrico.

En caso de existir redes de apoyo familiares y/o sociales, comunicación a las personas correspondientes sobre la situación del adolescente y los cuidados y atenciones que recibe al respecto.





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

5 ¿Qué tipo de tratamiento farmacológico se define para atender a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Varones que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

R= Psiquiatría: Farmacoterapia con base a antidepresivos atípicos, ansiolíticos, estimulante de sistema nervioso central.

6 ¿Qué instituciones gubernamentales y no gubernamentales atienden a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Varones que ha sido diagnosticada con un trastorno mental, fuera de la atención proporcionada al interior del Centro Asistencial?

R=

- Instituto Nacional de Psiquiatría
- Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

Lo anterior se hace de su conocimiento conforme a lo establecido en los artículos 126, 129 130 y 132 y demás aplicables de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como por el 121, 132, 134, 135 y demás aplicables de la Ley Federal Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS
TITULAR DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA
SNDIF

LIC. ENRIQUE GARCÍA CALLEJA

EGC/ mrl/ kbb/ opr

Emiliano Zapata 340, planta baja, Col. Santa Cruz Atoyac, Alcaldía Benito



2019



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL DE
LA FAMILIA

**Dirección General de Asuntos Jurídicos
Unidad de Transparencia**

RESPUESTA A SOLICITUD NO. 1236000037419

Oficio 208.301.02/472/2019

Ciudad de México a 19 de agosto de 2019

**SOLICITANTE DE INFORMACIÓN PÚBLICA
P R E S E N T E**

Hago referencia a su solicitud de acceso a la información pública número **1236000037419** dirigida a este Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, mediante la cual señala:

“1.¿Qué porcentaje de la población total, albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Niñas, ha sido diagnosticada con un trastorno mental (entendiendo por trastorno mental de acuerdo al DSM5 una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo)?

2.¿Cuáles son los trastornos mentales con los que se vincula la población atendida actualmente (a lo largo del 2019) en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Niñas por rango de edad: 9-10 años, 10-11 años, 11-12 años, 12-13 años, 13-14 años, 14-15 años, 15-16 años, 16-17 años, 17- 18 años ?

3.¿Qué tipo de tratamiento psicológico y bajo qué enfoque se atiende a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Niñas que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

4.¿Qué tipo de intervención desde el departamento de Trabajo Social se define para atender a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de

Handwritten signature and initials





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Niñas que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

5.¿Qué tipo de tratamiento farmacológico se define para atender a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Niñas que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

6.¿Qué instituciones gubernamentales y no gubernamentales atienden a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Niñas que ha sido diagnosticada con un trastorno mental, fuera de la atención proporcionada al interior del Centro Asistencial?"

Se hace de su conocimiento que su solicitud fue turnada a la **Dirección General de Integración Social** adscrita al **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**, por tratarse de la unidad administrativa a cargo de los Centros de Asistencia Social: Centro Nacional Modelo de Atención Investigación Capacitación Casa Cuna Tlalpan, Casa Cuna Coyoacán, Casa Hogar para Niñas, Casa Hogar para Varones y Subdirección del Centro Amanecer para Niños, que proporcionan atención integral a niñas, niños y adolescentes de 0 a 18 años de edad, misma que informó lo siguiente:

1. ¿Qué porcentaje de la población total, albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Niñas, ha sido diagnosticada con un trastorno mental (entendiendo por trastorno mental de acuerdo al DSM5 una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo)?

R= 59% (22 casos de 37; del total de la población albergada)

W

2. ¿Cuáles son los trastornos mentales con los que se vincula la población atendida actualmente (a lo largo del 2019) en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Niñas por rango de edad: 9-10 años, 10-11 años, 11-12 años, 12-13 años, 13-14 años, 14-15 años, 15-16 años, 16-17 años, 17- 18 años?

R=

Emiliano Zapata 340, planta baja, Col. Santa Cruz Atoyac, Alcaldía Benito



2019



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

Rangos de edad

- **De 09 a 10 Años:** Trastorno oposicionista desafiante.
- **De 10 a 11 Años:** Trastorno hiperactivo disocial, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno oposicionista desafiante
- **De 11 a 12 Años:** Sin casos.
- **De 12 a 13 Años:** Discapacidad Intelectual, Trastorno depresivo mayor, Trastorno de estrés postraumático.
- **De 13 a 14 Años:** Discapacidad Intelectual con compromiso del comportamiento, Trastorno adaptativo, Trastorno oposicionista desafiante, Trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad.
- **De 14 a 15 Años:** Discapacidad Intelectual, Rasgos acentuados de personalidad limítrofe, Distimia.
- **De 15 a 16 Años:** Trastorno mental orgánico, Discapacidad Intelectual con compromiso del comportamiento, Trastorno mixto ansioso depresivo.
- **De 16 a 17 Años:** Trastorno adaptativo, Trastorno de estrés postraumático, Atención por antecedente de uso de etanol.
- **De 17 a 18 Años:** Trastorno de estrés postraumático, Discapacidad Intelectual con compromiso del comportamiento.

3. ¿Qué tipo de tratamiento psicológico y bajo qué enfoque se atiende a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Niñas que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

R= Se realizan intervenciones individuales y grupales, dependiendo del perfil de la niña o adolescente, se trabaja bajo el enfoque;

- Humanista
- Estratégico
- Estructural
- Racional emotivo
- Sistémico



2019



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

- **Arte terapia**
- **Cooperativo**
- **Reflexivo**
- **Colaborativo**

4. ¿Qué tipo de intervención desde el departamento de Trabajo Social se define para atender a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Niñas que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

R=

- **Gestión interinstitucional con asociaciones especialistas en los temas para dar una atención complementaria a las niñas o adolescentes que lo requieren.**
- **Apertura de expedientes en las diferentes instituciones donde son atendidas.**
- **Solicitud de exención de pago en caso de requerirlo.**
- **Acompañamiento y trámite de documentación adicional requerida por las diversas instancias de atención.**
- **Seguimiento de los casos mediante la junta multidisciplinaria.**

5. ¿Qué tipo de tratamiento farmacológico se define para atender a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Niñas que ha sido diagnosticada con un trastorno mental?

R= El tratamiento que se define es de acorde a las Guías de práctica clínica del Hospital Psiquiátrico Juan N Navarro. Entre los más utilizados se encuentran fluoxetina tab. 20mg, sertralina 50mg, citalopram, oxcarbamacepina tab. 300 mg, valproato de magnesio tab 200 mg, haloperidol tabletas 5 mg, olanzapina tabletas 10 mg, Decanoato de haldol 150 mg sol. Inyectable, amisulprida tabletas 200mg, aripiprasol tabletas 15 mg, paroxetina tabletas 20mg, metilfenidato 1tabletas 10 mg, clonazepam tabletas 2mg

Handwritten signature and initials

6. ¿Qué instituciones gubernamentales y no gubernamentales atienden a la población albergada actualmente (a lo largo del 2019) en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Niñas que ha sido diagnosticada con un trastorno mental, fuera de la atención proporcionada al interior del Centro Asistencial?

Otros datos para facilitar su localización



2019



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DIAGNÓSTICO, INVESTIGACIÓN
Y TRATAMIENTO

Las preguntas van dirigidas al Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación (CNMAIC) Casa Hogar para Niñas que pertenece al SNDIF".

R=

- Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro
- Centros de Integración Juvenil

Lo anterior se hace de su conocimiento conforme a lo establecido en los artículos 126, 129 130 y 132 y demás aplicables de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como por el 121, 132, 134, 135 y demás aplicables de la Ley Federal Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS
TITULAR DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA
SNDIF

LIC. ENRIQUE GARCÍA CALLEJA

JEFA DE DEPARTAMENTO DE TRANSPARENCIA Y
ACCESO A LA INFORMACIÓN

LIC. KARLA BEATRIZ BALDERAS LANDEROS

ECC/ mri/ kbbl/ opr

El presente documento fue generado por el Sistema Nacional de Transparencia y Acceso a la Información Pública



2019

Glosario de abreviaturas

- **CAS:** Centros de Asistencia Social.
- **CAM:** Centro de Atención Múltiple.
- **CIE-11:** Clasificación Internacional de Enfermedades.
- **CISAME:** Centro Integral de Salud Mental.
- **CNMAIC:** Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación.
- **DGIS:** Dirección General de Integración Social.
- **DSM-V:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
- **IIN:** Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescente.
- **INAI:** Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.
- **INEGI:** El Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- **INAH:** Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- **JUCONI:** Fundación Junto con las niñas y los niños.
- **LGDNNA:** Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- **NIMH:** National Institute of Mental Health.
- **NNA:** Niñas, Niños y Adolescentes.
- **NOM:** Norma Oficial Mexicana.
- **OEA:** Organizaciones de Estados Americanos.
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas.
- **PNDD:** Plan Nacional de Desarrollo.
- **REDIM:** Red por los Derechos de la Infancia en México.
- **RELAF:** Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar.
- **SNDIF:** Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
- **SDN:** Sociedad de las Naciones.
- **TDAH:** Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- **UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.