

Vol. II • Número 1 • Diciembre 2003



FAPMI

Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil

www.fapmi.es

Bienestar y Protección Infantil



Dirección:

Jesús García Pérez
Presidente FAPMI

Consejo editorial:

Pere Amorós Martí (Pedagogo) Cataluña, María Inés Bringiotti (Psicóloga) (Argentina), David Brodzinsky (Psicólogo) (EE.UU.), Carmen Casanova Matutano (Pediatra) Valencia, María Ángeles Cerezo Jiménez (Psicóloga) Valencia, José A. Díaz Huertas (Pediatra) (Madrid), Jorge Fernández del Valle (Psicólogo) Asturias, Jesús García Pérez (Pediatra) Madrid, Ignacio Gómez de Terreros (Pediatra) Andalucía, Olayo E. González Soler (Fiscal) (Madrid), Nuria Jiménez Huertas (Pedagoga, educadora social) Cataluña Luis Martín Álvarez (Pediatra) Madrid, Alfredo Oliva Delgado (Psicólogo) Andalucía, Gustavo Pineda, (Psicólogo) (Managua, Nicaragua), Gemma Pons Salvador (Psicóloga) Valencia, José M. Sánchez Redondo (Psicólogo) Castilla-León, Francisco Serrano Castro (Juez) (Andalucía), John Triseliotis (Trabajador social) (Reino Unido), Javier Urra Portillo (Psicólogo) (Madrid)

Edita:

F.A.P.M.I Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil

Suscripciones y publicidad:

F.A.P.M.I Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil
Calle delicias, 8 , entreplanta
28045 Madrid
Tel: 91 468 26 62
Fax: 91 527 76 26
Correo electrónico: fapmi@fapmi.es
Web: <http://www.fapmi.es>

Tarifa 2004:

Suscripción anual individual (3 números al año) 20 €
Suscripción institucional (3 números al año) 20 €

Realización: S&R Publit, S.L.

Imprime: Impressors de Barcelona

I.S.S.N.: 1136-3649

Depósito Legal: B-18090-2004

Índice

Volumen II, Número 1 - diciembre 2003

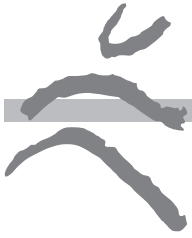
	<u>Pág</u>
"Editorial: Maltrato. Una nueva reflexión para un viejo problema" <i>Dr. Jesús García Pérez</i>	9
"Síndrome del niño zarandeado" <i>Dr. Jesús García Pérez, Dr. José A. Díaz Huertas, Dr. Julián Lirio Casero</i>	13
"Con el fuego no se juega". Reflexiones sobre coordinación y maltrato infantil <i>F. González Arauzo y L.M. Estalayo Martín</i>	23
Internamiento coactivo –no sancionador– de menores en el sistema de protección <i>A.L. Ortiz González</i>	37
Estudio sobre alteraciones psicológicas en población infantil maltratada y derivada a un servicio municipal de menores <i>J.C. Hódar Pérez, I. Gómez Becerra y C. Belda Grindley</i>	51
La crisis estructural argentina y su impacto en la infancia <i>M.I. Bringiotti y C. Samaniego</i>	79
Los problemas de comportamiento y de disciplina: un modelo de intervención <i>M. Aladro García, M.A. López Fonseca, F.J. Ruano López, A. Sancho Calleja, A.V. Torres García y B. Torres García</i>	93

Contents

december 2003

Page

"Editorial: Ill treatment. A new reflexion for an old problem" <i>Dr. Jesús García Pérez</i>	9
"The syndrome of the shakenchild" <i>Dr. Jesús García Pérez, Dr. José A. Díaz Huertas, Dr. Julián Lirio Casero</i>	13
"With fire one does not gamble". Reflections on co-ordination and child abuse <i>F. González Arauzo y L.M. Estalayo Martín</i>	23
Coactive internment- non punishable - of minors in the protection system <i>A.L. Ortiz González</i>	37
Research on psychological alterations among mistreated infant population diverted to the child protection services <i>J.C. Hódar Pérez, I. Gómez Becerra y C. Belda Grindley</i>	51
The structural crisis in Argentina and its impact on infants <i>M.I. Bringiotti y C. Samaniego</i>	79
Behaviour and discipline problems: an intervention model <i>M. Aladro García, M.A. López Fonseca, F.J. Ruano López,</i>	



Editorial: Maltrato. Una nueva reflexión para un viejo problema

JESÚS GARCÍA PÉREZ

Presidente de FAPMI

La importancia real de los malos tratos infantiles en nuestro país sigue siendo desconocida, porque es imposible expresar numéricamente un problema de tales características.

Requisito imprescindible para conocer su amplitud es definir claramente lo que se quiere significar con el término malos tratos, tanto desde un punto de vista legal como desde una orientación médica o sociológica.

Son bien conocidas las formas habituales de malos tratos: físicas, sexuales, psíquicas y nutricionales, cuyas manifestaciones son fácilmente deducibles del solo enunciado. Sin embargo, no se pueden ignorar otras variantes frecuentes en la actualidad: castigos, mendicidad, trabajo de los niños y violencia institucional. El castigo constituye un medio de penalización del niño que puede adoptar

distintas maneras, siendo muy utilizado por todos los grupos sociales, sobre todo por los de formación más baja, que lo emplean sin analizarlo, aunque sea someramente. La explotación de los niños a través de la mendicidad es un hecho social frecuente actualmente en las ciudades que probablemente aumentará en el futuro inmediato, entre otros motivos, a causa de la imposibilidad previsible de contener el paro y por constituir un medio eficaz para obtener un dinero fácil y en ocasiones abundante. Por razones similares crece el número de niños obligados a trabajar en ocupaciones físicas prohibidas, en la propia familia o por cuenta ajena, y a veces en ambientes de precaria moral.

La violencia institucional se refiere a la mala tolerancia de las instituciones por los niños maltratados -habitualmente peor toleradas que el propio

domicilio—, donde son internados algunos durante un tiempo a veces prolongado e incluso en períodos reiterados para separarlos temporalmente de sus padres.

El papel del pediatra en este complejo problema es importante por muchos motivos, algunos de los cuáles deben ser señalados. Por su ocupación va a descubrir hoy por hoy el mayor número de casos, tiene que informar a los padres o parientes de los niños, aconsejar, orientar a las familias hacia otros profesionales e instituciones con cometidos diversos, y realizar una tarea asistencial médica a nivel de atención primaria o dentro del hospital. También tiene el deber ingrato de poner en conocimiento del juez los casos seguros o sospechosos de malos tratos, para lo cual debe ser consciente de su responsabilidad cívica, lo que evitará que por diversas causas caiga en la inercia de desentenderse de un problema con múltiples facetas, postura no infrecuente en algunos colectivos lógicamente bien motivados, como sucede entre los médicos norteamericanos que no declaran conscientemente los malos tratos la cuarta parte de sus miembros. El rechazo por el médico de un deber que le competen claramente puede conducir a la perpetuación de esa actitud de los padres e incluso a que se amplíe a otros niños.

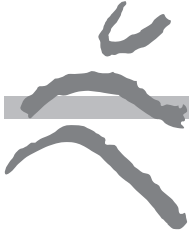
Las organizaciones pediátricas (AEP, Secciones de especialidades, Sociedades regionales, etc.), aparte de otros organismos médicos y no médicos que agrupan a profesionales relacionados con el problema de los malos tratos, deben recabar la atención del legislador, de los distintos organismos oficiales y de las autoridades para que, según sus respectivas posibilidades, intenten dar soluciones efectivas que mejoren la situación de los malos tratos infantiles. Los “mass-media” – en general abiertos a posturas constructivas- podrían ser empleados por las organizaciones pediátricas para sensibilizar a la opinión pública de la trascendencia de los malos tratos, creando el estado de conciencia social necesario para prevenir o mitigar esas actuaciones patológicas.

Algunas formas, como la mendicidad o las instituciones de internamiento inadecuadas, por citar algunas, admiten en ocasiones soluciones menos complejas que las clásicas. De ahí que nuestras organizaciones pediátricas representativas deban insistir para que se actúe en esos lados más vulnerables. El asesoramiento de la Federación de Asociaciones para la Infancia Maltratada (FAPMI), podría ser de utilidad para orientar la actuación de las organizaciones pediátricas y de la administración en defensa del niño y de la madre. Urge promulgar las

leyes adecuadas y que funcionen operativamente los organismos encargados de desarrollarlas, pero al mismo tiempo es imprescindible crear las bases culturales, educativas y econó-

micas de la población que permitan la disminución de los malos tratos infantiles que de esas medidas es previsible esperar.





Síndrome del niño zarandeado

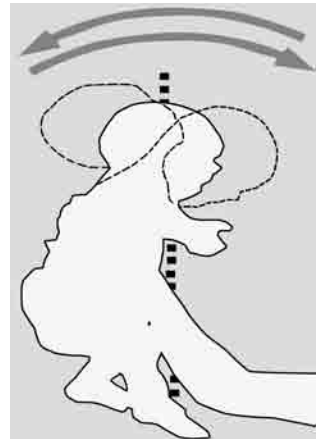
DR. JESÚS GARCÍA PÉREZ, DR. JULIÁN LIRIO CASERO,
DR. JOSÉ A. DÍAZ HUERTAS

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Resumen

El síndrome del niño zarandeado es una forma de malos tratos infantiles de carácter grave y claramente definible. Se produce por extrema aceleración y giros del cráneo, con o sin impacto, fácilmente reconocible por cualquier persona como peligroso. Es necesario dedicar más esfuerzo a prevenir esta y otras formas de malos tratos infantiles.

En 1972, el radiólogo pediatra John Caffey popularizó el término "síndrome del niño zarandeado en latigazo" para describir una constelación de hallazgos clínicos en lactantes, como hemorragias retinianas, hemorragias subdurales o subaracnoideas, o ambas, y escasos o nulos signos externos de traumatismo craneal. Un año antes, Guthkech había afirmado que las fuerzas que actúan en latigazo causan hematoma subdural por desgarramiento de las venas puente corticales. A mediados de los años setenta comenzó a utilizarse la tomografía computerizada (TC) como ayuda para el diagnóstico. Con el advenimiento de la resonancia magnética (RM) a mediados de los años ochenta, aumentaron las posibilidades diagnósticas.



ETIOLOGÍA

El sacudimiento que conduce al síndrome del niño zarandeado es tan violento que un observador lo calificaría de peligroso y con posibilidad de matar al niño. Las lesiones del síndrome del niño zarandeado son el resultado de un violento traumatismo. La constelación de estas lesiones no se presenta por caídas a poca altura, convulsiones o vacunaciones. El sacudimiento por sí solo puede causar lesiones graves o letales. En muchos casos puede haber otros tipos de traumatismos craneales, incluidas las lesiones por impacto. Así pues, el término síndrome del niño zarandeado-lanzado (o síndrome de sacudimiento-impacto) puede servir para reflejar la gama de edades de las víctimas (que no siempre son lactantes) y los mecanismos lesivos. Este zarandeo se debe, con frecuencia, a la tensión y a la frustración generadas por el llanto o la irritabilidad del niño, aunque el llanto no constituya una justificación legal para tal violencia.

Los cuidadores propensos a adoptar esta conducta de maltrato tienen generalmente expectativas poco realistas del niño y pueden presentar una inversión de los papeles, donde esperan que el niño colme sus necesidades.

Además, los padres que se hallan en tensión por causas ambientales, sociales, biológicas o económicas pueden albergar una mayor tendencia hacia las conductas impulsivas y agresivas. Las personas involucradas en violencia doméstica o abuso de sustancias tienen también una mayor propensión a causar el síndrome del niño zarandeado. Los niños de corta edad son particularmente vulnerables ante esta forma de maltrato, por la gran disparidad entre su tamaño y el del adulto que ha cometido los hechos.

EPIDEMIOLOGÍA

Las lesiones craneales son la causa principal de muerte por traumatismo y de muertes infantiles por malos tratos. El homicidio es la causa principal de muerte por traumatismo en los niños menores de 4 años. Los traumatismos graves en el lactante, especialmente aquellos que provocan la muerte, raras veces son accidentales a menos que exista una clara explicación, como un accidente de automóvil. El 95% de las lesiones intracraneales graves y el 64% de todos los traumatismos craneales en los lactantes menores de un año son atribuibles a los malos tratos. El 80% de las muertes por traumatismos craneales en lactantes y niños menores de 2 años eran de causa no

accidental. Contrariamente a las primeras hipótesis, es improbable que el síndrome del niño zarandeado sea un episodio aislado, y es habitual que existan datos de abusos previos. Se hallan signos específicos de lesiones craneales previas (p.ej., hemorragias intracraneales antiguas) por episodios de sacudimiento en el 33-40% de los casos, aproximadamente. Al igual que en otras formas de malos tratos físicos, lo más frecuente es que el autor pertenezca al sexo masculino. Sin embargo, en un caso dado no debe considerarse el sexo del autor al tratar de identificar a la persona que ha cometido los hechos.

CARACTERÍSTICAS Y EVALUACIÓN CLÍNICA

Los signos del síndrome del niño zarandeado, pueden oscilar desde leves e inespecíficos a graves e inmediatamente identificables clínicamente, como un traumatismo craneal. Existe un espectro que abarca las consecuencias del síndrome del niño zarandeado, y es posible que los casos menos graves no reciban asistencia médica y no lleguen a diagnosticarse. El niño zarandeado puede presentar únicamente un moderado traumatismo ocular o cerebral. La víctima del sacudimiento subletal puede tener

antecedentes de dificultades alimentarias, vómitos, somnolencia o irritabilidad, durante días o semanas. Estos signos clínicos del síndrome del niño zarandeado son inmediatos y pueden identificarse como un problema a los ojos de los padres. Sin embargo, según la gravedad de los signos clínicos, ello puede inducir o no a los cuidadores a solicitar asistencia médica. Estos signos inespecíficos son a menudo minimizados por el médico o atribuidos a enfermedades virales, trastornos alimentarios o cólico. En estos casos relativamente más leves, los signos pueden resolverse sin que se descubra su verdadera causa. Si el niño se presenta más tarde con trastornos que inducen a emplear las técnicas de imágenes para el diagnóstico (p. Ej., alteración de la consciencia y otros signos físicos de traumatismo craneal), la existencia de signos radiológicos de traumatismos intracraneales antiguos puede explicar retrospectivamente los signos clínicos inespecíficos y servir también de marcadores de agresiones anteriores. En los casos más graves, que habitualmente provocan la muerte o consecuencias neurológicas importantes, el niño suele quedar inconsciente de inmediato y sufrir una disfunción del sistema nervioso central rápidamente progresiva y que pone su vida en peligro.

El cuidador zarandea violentamente a un lactante y lo deja inconsciente puede ponerlo en la cuna esperando que se recupere más tarde, con lo que se pierde la ocasión de recibir asistencia inmediata. Al ser visitado por el médico, el niño con lesiones cerebrales puede sufrir convulsiones, alteración del estado de consciencia e incapacidad para succionar o deglutir, de seguir con la mirada, de sonreír o de vocalizar. En algunas ocasiones, el estado comatoso puede pasar por alto a los cuidadores, o al médico, quienes suponen que el niño está dormido, somnoliento o sufre algún trastorno agudo leve, posiblemente una infección. Las lesiones graves dan lugar a dificultad respiratoria, que progresa hasta apnea o bradicardia, con necesidad de reanimación cardiorrespiratoria.

Hay que buscar meticulosamente y documentar la presencia de signos de otras lesiones, como hematomas, fracturas costales o de los huesos largos y traumatismos abdominales. Todas las lesiones externas deben documentarse mediante fotografías forenses etiquetadas con el nombre del paciente y la fecha. Las exploraciones físicas repetidas pueden revelar signos traumáticos adicionales. En el 75-90% de

los casos hay hemorragias retinianas uni o bilaterales, pero pueden pasar por alto si el niño no es explorado por un oftalmólogo, neurólogo o neurocirujano pediátricos, o por otro médico que esté familiarizado con estas hemorragias, que tenga el equipo adecuado y que proceda a la dilatación pupilar. El número, el carácter, la localización y el tamaño de las hemorragias retinianas después de un traumatismo por sacudimiento varían de un caso a otro. Las hemorragias más graves se asocian con lesiones cerebrales más extremas. Las hemorragias retinianas y vítreas y los cambios no hemorrágicos, incluidos los repliegues retinianos y la retinosquisis traumática, son característicos del v síndrome del niño zarandeado.

En algunas ocasiones, los signos clínicos sugieren una meningitis y en la punción lumbar se obtiene líquido hemático. La xantocromía del líquido cefalorraquídeo centrifugado debe suscitar la sospecha de un traumatismo cerebral que data al menos de varias horas antes, sin que se deba a una punción lumbar traumática. Debido a los síntomas respiratorios que confunden, pueden practicarse radiografías de tórax, que son normales o ponen de manifiesto fracturas

costales de causa desconocida.

El niño zarandeado sufre a menudo una anemia leve o moderada. La disfunción de la coagulación por el traumatismo cerebral se ha de valorar inicialmente y luego, controlar su curso. Es habitual que las pruebas de coagulación se hallen ligera o moderadamente alteradas en traumatismos craneales; a veces pueden estar intensamente alteradas (p.ej., coagulación intravascular diseminada). Los valores elevados de amilasa pueden significar que existe lesión pancreática, y la elevación de las transaminasas, una lesión hepática oculta.

TÉCNICAS DE IMÁGENES PARA EL DIAGNOSTICO

La TC desempeña un papel primordial en la valoración radiológica de un niño con lesiones cerebrales, y pone de manifiesto aquellas lesiones que precisan una intervención urgente. Con la TC a menudo se pasan por alto algunos aspectos de la lesión, y hay algunos resultados falsos negativos, especialmente al comienzo del edema cerebral. La valoración inicial con TC debe realizarse sin contraste intravenoso y valorarse mediante ventanas óseas y de los tejidos blandos. La TC es generalmente el método de elección para demostrar la hemorragia

subaracnoidea, el efecto de tipo masa y las grandes hemorragias extraaxiales. Debe repetirse la exploración tras un intervalo o si el cuadro neurológico empeora rápidamente.

La RM tiene un gran valor como coadyuvante de la TC para valorar las lesiones cerebrales en el lactante. Debido a que no está disponible de un modo generalizado, así como a las limitaciones físicas de acceso a la RM cuando se requiere el soporte vital en un niño en situación grave, y a su relativa falta de sensibilidad ante las hemorragias subaracnoideas y las fracturas, la RM se considera como complementaria de la TC y debe obtenerse 2 o 3 días después, si es posible. Sato et al han demostrado que el porcentaje de detección de hematomas subdurales aumenta en un 50% al utilizar la RM, en comparación con la TC. La capacidad para detectar y definir las lesiones intraparenquimatosas cerebrales mejora significativamente al hacer al hacer uso de la RM; sin embargo, en el estudio de Sato et al con la TC no pasó por alto ninguna lesión tratable quirúrgicamente. La RM y la TC pueden servir para averiguar cuándo ocurrieron las lesiones y para demostrar la existencia de repetidas lesiones, al documentar la presen-

cia de cambios en el estado químico de la hemoglobina en las áreas afectadas.

Hay que obtener una serie radiológica esquelética de manos, pies, huesos largos, cráneo, columna y costillas, tan pronto como lo permita el estado del niño. Las radiografías de cráneo complementan a las ventanas óseas de la TC en la detección de fracturas de cráneo. En una serie retrospectiva de niños que habían sido objeto de malos tratos, las radiografías de cráneo tuvieron más sensibilidad y mejoraron la seguridad en el diagnóstico de las fracturas de cráneo, en comparación con la TC.

Las fracturas de cráneo múltiples, bilaterales, diastásicas o que cruzan las líneas de suturas, es más probable que no sean accidentales. Las fracturas únicas o múltiples mesodifisiarias o metafisiarias de los huesos largos o costales pueden constituir hallazgos asociados. Para visualizar fracturas poco aparentes pueden ser necesarias proyecciones especiales. En determinados casos hay que repetir la serie esquelética 2 semanas después para diagnosticar las fracturas nuevas no aparentes hasta que comienzan a curarse (proceso que no se visualiza radiológicamente hasta el cabo de 7 a 10 días).

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Las hemorragias subdurales producidas por rotura de pequeñas venas puente que conectan la duramadre con la pía-aracnoides, son una consecuencia frecuente del sacudimiento. Estas hemorragias pueden ser más destacadas en la cisura interhemisférica y mínimas sobre las convexidades de los hemisferios. Es posible que el único hallazgo sea un edema cerebral acompañado de hemorragia subaracnoidea. Puede haber hemorragias subdurales o subaracnoideas. Las hemorragias intracraneales o retinianas pueden ser uni o bilaterales. Son raras las contusiones cerebrales visibles, pero la lesión axonal difusa es frecuente. Sin embargo, por motivos técnicos, a menudo la demostración anatomopatológica o radiológica en un caso determinado no es posible. Las lesiones hipoxicoisquémicas aisladas o concomitantes pueden dar lugar inicialmente a un intenso edema cerebral, y más tarde a atrofia o infarto cerebrales. Como secuelas tardías es frecuente hallar acumulaciones de líquidos extraaxiales, atrofia cerebral y encefalomalacia quística.

Se recomienda efectuar exploraciones craneales sucesivas con técnicas para el diagnóstico por la imagen. Hay que ser cautos ante la entidad

diagnóstica denominada "derrame subdural benigno", pues en los casos previamente descritos se carecía de valoraciones multidisciplinarias.

EVOLUCIÓN Y CONSECUENCIAS

Existe una elevada tasa de morbilidad y mortalidad en los lactantes víctimas del síndrome del niño zarandeado. Los porcentajes de mortalidad oscilan entre el 15 y el 38% con una mediana del 20-25%. En una serie, de entre los niños comatosos en el examen inicial, el 60% fallecieron o sufrieron retraso mental grave, cuadriplejía espástica o disfunciones motoras importantes. Otros niños tenían inicialmente convulsiones, irritabilidad o somnolencia, pero no había laceraciones ni infartos del tejido cerebral. Estos niños no presentaban un gran aumento de la presión intracraneal, secuelas neurológicas leves o convulsiones persistentes. Los niños con lesiones cerebrales graves que sobreviven pueden sufrir ceguera cortical, espasticidad, trastornos convulsivos, microcefalia, derrames subdurales crónicos, ventriculomegalia, atrofia cerebral, encefalomalacia o quistes porencefálicos. En la actualidad se desconoce la evolución de los niños zarandeados que no reciben asisten-

cia médica, pero más tarde podrían manifestarse problemas del aprendizaje, motrices o conductuales de causa desconocida.

TRATAMIENTO CLÍNICO Y PAUTA A SEGUIR EN LA COMUNIDAD ANTE LOS TRAUMATISMOS CRANEALES POR MALOS TRATOS

Debido a que el diagnóstico diferencial de los traumatismos craneales se basa, sobre todo, en distinguir entre las lesiones accidentales y las voluntarias, es esencial llevar a cabo una investigación inmediata y precisa. El registro cronológico cuidadoso del estado del niño sirve de gran ayuda para averiguar cuándo pueden haberse producido las lesiones. Ante la sospecha de lesiones craneales graves debidas a malos tratos debe declararse de inmediato a las autoridades pertinentes. Ello facilita una investigación completa antes de que la historia quede enturbiada por el paso del tiempo o porque los cuidadores se pongan de acuerdo en sus explicaciones o las inventen. El equipo clínico debe estar compuesto por un médico que pueda proceder a reanimar sin demora y estabilizar al niño mientras se efectúan los estudios radiológicos

diagnósticos, así como por especialistas en radiología, neurología y oftalmología pediátricas, y un pediatra especializado en malos tratos infantiles. En muchos casos será necesario controlar al niño en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. En las áreas rurales o con pocos médicos, donde no se disponga de uno o más de dichos especialistas, debe crearse una red regional de consultas para los casos de malos tratos infantiles. Es de desear que este mismo equipo especializado controle la evolución del niño para documentar las posibles secuelas oculares, del desarrollo y neurológicas a consecuencia de los traumatismos.

Lo ideal es disponer de un médico que trabaje con el equipo multidisciplinario para los malos tratos infantiles, a fin de tomar una detallada historia de los cuidadores. La información referente al comienzo de los síntomas y a la cadena de cuidadores se ha de transmitir sin demora a los investigadores legales y de protección a la infancia. Los médicos pueden proporcionar su interpretación de las circunstancias que rodean al caso, la cronología y la naturaleza de las lesiones producidas. Si recibe la notificación con prontitud, los investigadores pueden

investigar la escena de los hechos y emitir un informe detallado del cuidador antes de que se produzcan reacciones defensivas. La valoración psicosocial de los cuidadores debe formar parte de este enfoque global en equipo. Los hermanos u otros niños presentes en el ambiente pueden sufrir también signos de traumatismos o sacudimientos repetidos. Por tanto, es necesario disponer sin demora de las valoraciones médicas para lograr la seguridad inmediata y futura de estos niños.

CONCLUSIONES

El síndrome del niño zarandeado es una entidad clínica claramente definida. La respuesta adecuada consiste en establecer una conducta clínica y una intervención de la comunidad, ambas específicas e integradas de un modo interdisciplinario. Deben incrementarse la atención y los recursos dedicados a prevenir las lesiones por malos tratos.

RECOMENDACIONES

1. Instruirse sobre el reconocimiento, el diagnóstico, el tratamiento y la evolución de las lesiones por sacudimiento e impacto producidas por malos tratos en lactantes y niños.

2. Conocer y ejercitar su responsabilidad en lo referente a denunciar

estas lesiones a las autoridades pertinentes.

3. Proporcionar la información médica pertinente a otros miembros de los equipos interdisciplinarios que investigan estas lesiones.

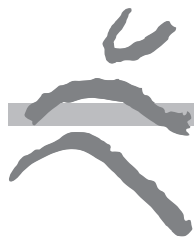
4. Apoyar programas de visitas domiciliarias y otras iniciativas cuales-

quiera dirigidas a la prevención de los malos tratos y que hayan demostrado su eficacia.

5. Proporcionar a los padres los recursos adecuados, o enviarlos a lugares idóneos, para educarlos sobre las actitudes apropiadas al ocuparse del niño.

BIBLIOGRAFÍA

- Catron TF, Masters JC: Mothers' and children's conceptualizations of corporal punishment. *Child Dev* 64: 1815, 1993
- Dishion TJ, Loeber R, Southamer-Loeber M, et al: Social skills deficits and male adolescent delinquency. *J Abnorm Child Psychol* 28: 13, 1972
- Graziano AM, Namaste KA: Parental use of physical force in child discipline. A survey of 679 college students. *Journal Interpersonal Violence* 5: 449, 1990
- Lefkowitz MM, Huesmann LR, Eron LD: Parental punishment: A longitudinal analysis of effects. *Arch Gen Psychiatry* 35: 186, 1978
- McCord J: Some child-rearing antecedents of criminal behavior in adult men. *J Pers Soc Psychol* 37: 1477, 1979
- Rivara FP, Farrington DP: Prevention of violence: Role of the Pediatrician. *Arch Pediatr Adolesc Med* 149: 4212, 1995
- Volpe J. Normal and abnormal human brain development. *Clin Perinatol*, 4: 3-30, 1997
- Ball WS JR. Non accidental cranio-cerebral trauma (child abuse): MR imaging. *Radiology*, 173: 609-610, 1989
- Bruce DA, Simmerman RA. Shake impact syndrome. *Pediatr Ann*, 18: 482-494, 1989
- Hennes H, Lee M, Smith D et al. Clinical predictors of severe head trauma in children. *AJDC*, 142: 1945-1047, 1988
- Pfenninger J. Neurological intensive care in children. *Intensive Care Med*, 19: 243-250, 1993
- Noah ZL, Hahn YS, Rubenstein JS et al. Management of the child with severe brain injury. *Crit Care Clin*, 8: 59-77, 1992
- Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González C (dir). Niños maltratados. Díaz de Santos, 1997
- Paúl J, Arruabarrena MI. Manual de Protección Infantil. Masson, 1996
- Kempe RS, Kempe CH. Niños maltratados. Morata, 1979
- Calvo Rosales J, Calvo Fernández JR. El niño maltratado. Ediciones CEA, 1986
- Querol X. El niño maltratado. Editorial Pediátrica, 1990
- Martínez Roig A, Paúl J. Los malos tratos a la infancia. Martínez Roca, 1993
- Gómez de Terreros I. Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil. Comares, 1995
- Delgado A. Maltrato en el niño. Grandes síndromes en pediatría, 1996



“Con el fuego no se juega” Reflexiones sobre coordinación y maltrato infantil

*“With fire one does not gamble”
Reflections on co-ordination and child abuse*

FERNANDO GONZÁLEZ ARAUZO*, LUIS MANUEL ESTALAYO MARTÍN **

**Licenciado en Antropología. Trabajador social. Responsable Programa Prevención y Familia de los SS.GG. de Chamartín. Ayuntamiento de Madrid. **Doctor en Psicología. Psicoanalista. Centro de Atención a la Infancia (CAI-5). Ayuntamiento de Madrid*

Resumen

Se propone vincular las dinámicas familiares y los indicadores que observamos en el Maltrato Emocional a la Infancia, con los contextos profesionales e Institucionales de atención. Se concluye que los equipos profesionales corren el riesgo de repetir en sus interacciones las mismas dificultades familiares con las que trabajan. Se valora la coordinación como una herramienta prioritaria de prevención de tal repetición, y como medio para su resolución.

Palabras clave: maltrato emocional a la infancia, maltrato institucional, coordinación.

Abstract

They propose to link family dynamics and indicators that we observe in emotional maltreatment in childhood with professional and institutional contexts of attention. They conclude that the professional team are at risk of repeating, in their interactions, the same dysfunctional family dynamics that they work with. They value co-ordination as the main instrument of pre-

Fernando González Arauzo. C/ Islas Cíes 49, 3º P, Madrid 28035. fgarauzo@terra.es.

Luis Manuel Estalayo Martín. Avda. del Ferrol 25, 7º1, Madrid 28029. luismanuel@correo.cop.es.

vention of such repetition, and as the way of its resolution

Keywords: emocional maltreatment in childhood; institucional abuse; co-ordination.

INTRODUCCIÓN

"Escúchame, tú sabes mucho más que yo, a tu lado soy sólo una ignorante, pero lo que pienso es que estamos ya muertos, estamos ciegos porque estamos muertos, o, si prefieres que te lo diga de otra manera, estamos muertos porque estamos ciegos, da lo mismo." (José Saramago, *Ensayo sobre la ceguera*).

La vida del ser humano es una lucha constante e inevitable entre la Vida y la Muerte; Eros enfrentado a Tanathos, pretendiendo conquistar algún espacio donde no pueda llegar Caronte.

Esta dialéctica produce efectos de sufrimiento, dolor, enfermedad, y muerte reclamando la atención de numerosos profesionales. Es involucrándose en esta dialéctica donde la Medicina, la Psicología, el Psicoanálisis, y todas las Ciencias Sociales, intentarán acercarse al sufrimiento humano con la pretensión de aliviarlo en la medida en que sea posible.

El vínculo con el dolor no deja indemne. Algo interno del profesional se quiebra cuando escucha cotidiana-

mente tanto sufrimiento. La constatación y estudio de este hecho desembocan en el llamado "Síndrome de burn-out". Conjunto de signos, emociones y conductas que hacen del "estar-quemado" un compañero íntimo y cotidiano para todos los que desarrollamos nuestra profesión entre los límites de la violencia humana.

En este artículo pretendemos reflexionar sobre alguna de las causas de este Síndrome entre los profesionales que atendemos situaciones de Maltrato Emocional, defendiendo la hipótesis de que LOS EQUIPOS VINCULADOS AL MALTRATO CORREN EL RIESGO DE REPETIR VÍNCULOS MALTRATANTES EN SUS INTERACCIONES. O como diría Nietzsche en su "Más allá del bien y del mal": "Cuando se lucha contra monstruos hay que tener cuidado de no convertirse en monstruo uno mismo. Si hundes largo tiempo tu mirada en el abismo, el abismo acaba por penetrar en ti" (Máxima 146, parte cuarta).

A nuestro juicio, la única alternativa a esta dañina repetición, es elaborar permanentemente su posible incidencia en las vinculaciones que

estructuramos tanto en los equipos de intervención, como en las que establecemos con las personas que atendemos.

En esta necesaria elaboración consideramos que la **COORDINACIÓN** es uno de los elementos clave hacia la salud institucional, y en consecuencia la atribuimos un valor estrictamente terapéutico.

Esta reflexión parte de una experiencia compartida más de 10 años en la atención a familias que ejercen maltrato emocional, en el contexto de los Servicios Sociales Generales y Especializados del Ayuntamiento de Madrid. Pero estamos persuadidos de que puede generalizarse a otros contextos de atención.

Nuestra argumentación va a iniciarse con una reflexión sobre el Maltrato emocional intrafamiliar, y seguirá con un análisis del acoso moral institucional, para en un tercer momento poder vincular ambos ámbitos del maltrato y extraer las conclusiones oportunas.

SOBRE EL MALTRATO EMOCIONAL INTRAFAMILIAR

La definición de Maltrato emocional es controvertida generando polémicas profesionales e Institucionales que no facilitan la toma de decisiones sobre los casos atendidos.

No obstante, es posible destacar

algunos elementos en los que podrían estar de acuerdo la mayoría de autores que han estudiado el tema, siendo comunes en toda la bibliografía revisada.

A este respecto la definición de Arrubarrena y De Paul (1994) posee un gran valor sintético. Esta definición diferencia Maltrato de Abandono emocional, siendo el primero la "hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar"; y siendo el Abandono emocional "la falta persistente de respuestas a las señales (llanto, sonrisa) expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción, iniciados por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable".

El adulto podrá rechazar, aislar, atemorizar o corromper al menor (Garbarino, Futtman y Seeley; 1986), pero sea cual sea la conducta maltratante, dañará de manera permanente o definitiva el sentimiento de la propia dignidad que todo niño debiera poseer. Y ello aunque la propia víctima tenga dificultades para reconocerse como tal y su cuerpo no presente huellas directas del maltrato (Barudy, 1998).

También es notable el esfuerzo de numerosos autores por establecer indicadores de maltrato y abandono emocional tanto en la conducta del niño como en la del adulto. De manera sintética podemos considerar los siguientes indicadores destacados por distintos autores:

a) Indicadores comportamentales en el niño

- Inhibición del juego
- Bajo rendimiento escolar
- Lenguaje empobrecido
- Retraimiento social
- Excesivamente complaciente, pasivo
- Extremadamente exigente, agresivo
- Conductas extremadamente adaptativas que son o bien demasiado de adultos o demasiado infantiles
- Retraso en desarrollo físico, emocional e intelectual
- Intentos de suicidio o autolisis
- Trastorno de conducta
- Trastorno emocional
- Trastornos psicósomáticos
- Trastornos en funciones relacionadas con la alimentación, el sueño, o el control de esfínteres.

b) Indicadores comportamentales en los padres

- Frialdad, falta de afecto
- Rechazo verbal, desvalorización, culpa al niño
- Relaciones basadas en el temor; interacción basada en la exigencia
- Ausencia de alabanzas
- Trato desigual a hermanos
- Exigencias superiores a lo esperable para la edad
- Parece no preocuparse por las necesidades del niño
- No tolera las iniciativas del niño; le impide una mayor autonomía y autodeterminación; se les excluye de la vida familiar
- Aparta al niño de interacciones sociales
- Falta de disponibilidad; inaccesibles
- No participa en las actividades diarias del niño
- Exceso de vida social o laboral

El valor orientativo de estos indicadores es innegable a pesar de que puedan resultar escasamente discriminativos. Especialmente, la sintomatología asociada al maltrato emocional es tan amplia que lo difícil sería encontrar algún menor no maltratado. No obstante, y a pesar de ello, valora-

mos la conveniencia de ir perfilando este tipo de indicadores aunque la multicausalidad psíquica impida caer en reduccionismos.

José Luis González de Rivera, centra su atención en tres situaciones de acoso moral intrafamiliar:

- La "Comunicación retorcida": modelos de comunicación que se aprenden, entre los que está el doble vínculo.

El "Síndrome de la alienación parental de Gardner", más evidente en casos de separación y divorcio, en el que uno de los padres influye poderosamente en su hijo para que rechace, desatienda o reniegue del otro, recurriendo para ello a toda suerte de procedimientos, desde la programación mental consciente hasta la sutil transmisión inconsciente o subconsciente de sus propias dinámicas negativas. Otros efectos son: Ventilar la animosidad inherente en todo proceso de separación tomando al hijo como recipiente de ahogo emocional; satisfacer el odio y ansia de venganza contra el ex, destruyendo los vínculos de sus hijos.

La "Polución Psíquica": acumulación en un determinado grupo social o ambiente humano de conductas, vivencias y sentimientos disfunciona-

les, negativos, hostiles y rechazantes.

Por otro lado, cada niño sentirá su situación de manera radicalmente individual, siendo variable su capacidad expresiva, aunque es posible describir dos posibilidades básicas como continuación.:

• **Cuando el menor se siente maltratado.**

El menor, como sujeto, es capaz de sentirse agraviado, olvidado, temerosos en el contexto de su familia, sin llegar a entender por qué "sus papás" discuten tanto, se pelean, se olvidan de términos que él ha ido asociando a la palabra familia; términos como amor, comprensión, atención que le han ido enseñando en su socialización pero que no coinciden con su realidad. Es el choque entre lo que le han enseñado que "debe ser" y "lo que es", así como las dificultades para adaptarse a esa realidad.

• **Cuando el menor es maltratado pero no puede sentirlo ni expresarlo**

Son situaciones que observamos con frecuencia, en las que existen indicadores objetivos de desprotección, pero el niño no los reconoce como tales bien por formar parte desde siempre de su cotidianidad, o bien porque aún reconociéndolos, no

puede permitirse expresar su malestar para no sentirse "traidor" a sus progenitores. En estas situaciones los niños, para dar alguna coherencia a lo que sienten, suelen pensar que sus padres les quieren, y que tendrán sus razones para actuar así, ya que ellos "son malos", o "sacan malas notas".

A nuestro juicio estos indicadores son relevantes sí son atravesados por el sentido común y la mirada del profesional que tendrá que valorar el maltrato. Quizá no fuera tan difícil determinar el maltrato emocional si la ceguera no nos impidiera reconocer la realidad. Quizá no sea muy científico pero la mirada de un niño maltratado no es fácil de olvidar si uno se atreve a mirar.

Un niño es maltratado cuando no se le mira, no se le toca, no se le escucha, no se le hace sentir que vive, y vive porque su vida importa para alguien, vive porque su vida ha sido querida, vive porque ha habido un deseo que le precede, vive porque algún proyecto de amor marcará su destino. Muy al contrario, más próximo a la muerte que a la vida, un niño captará si su cuerpo está marcado por el desprecio o la envidia de quien debiera amarlo, si las palabras del otro hieren como cuchillos, si su mirada

hace tanto daño como el silencio. Un niño es maltratado cuando se sabe marioneta del tirano, cuando siente que su cuerpo tiembla, o se coagula, cuando el otro se acerca...

Pero nuestra intención no es profundizar más en este tipo de indicadores, sino la de vincularlos a algunas dinámicas institucionales.

SOBRE LA INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO

Para analizar hasta qué punto estamos legitimados para hablar del "acoso moral" en el ámbito de la atención al maltrato emocional a la infancia, vamos a describir en primer término cuál es la tarea de protección que tenemos encomendada, valorando seguidamente alguna de las variables que puedan alejarnos de su óptimo cumplimiento.

Las sociedades modernas se estructuran en instituciones para servir a sus fines, a su vez, las instituciones se rigen por un conjunto de reglas (las leyes, normativas, reglamentos y directrices) que las operativizan. Los profesionales de la atención a la infancia trabajamos en base a unos marcos de protección que han sido legislados por nuestros representantes políticos, así nos encontramos con la Constitución Española, la Declaración

de Derechos Humanos, los Derechos del Niño, las Leyes de Servicios Sociales, y más concretamente las Leyes de Protección a la Infancia. Estas normativas vienen a definir lo que en la sociedad española y más concretamente en la madrileña, consideramos como desamparo, riesgo, desprotección... e indican la necesidad de creación de estructuras y organizaciones para prevenir, detectar, intervenir y proteger ante éstas situaciones.

Definido el fin, hay que concretar cómo llevarlo a cabo, así vemos ¿Quiénes tienen competencia? ¿Qué competencia? ¿Qué profesionales? ¿con que recursos económicos? ¿Con que medios materiales? En definitiva: que PRIORIDAD, le quiere dar la sociedad madrileña a sus menores dentro del conjunto de las necesidades y los campos a atender, y cómo se ORGANIZA dicha atención.

Nos encontramos ante dos modelos posibles:

a) **La atención parcializada:** a salud: la enfermedad; a trabajo: el empleo; a Servicios Sociales: las situaciones carenciales.

b) **La atención compactada:** con planes integrales de intervención, corresponsabilidad y participación de todas las áreas.

Consideramos que hoy en día nos encontramos en el modelo de atención parcializada, el cual deposita la responsabilidad de la atención de los menores y las familias con dificultades en los profesionales de los Servicios Sociales.

Esta es la realidad que queremos abordar, la "vida cotidiana en las INTERACCIONES profesionales", reflexionando sobre tres ejes de ésta: la DETECCIÓN, la INTERVENCIÓN Y LA PROTECCIÓN del maltrato.

Quién detecta, interviene y protege son **personas profesionales** y recalamos personas, porque sentimos, vivimos, trabajamos, y además poseemos unos conocimientos técnicos, teóricos y una práctica profesional que nos habilita y capacita para intervenir ante éstas situaciones.

- **La DETECCIÓN:**

¿Qué situaciones se detectan? Las denunciadas, las que los progenitores piden ayuda, las que los menores presentan signos externos de sentirse "mal atendidos", o lo manifiestan a amigos, profesores, familiares, educadores, trabajadores sociales... a personas en las que pueden CONFIAR su MALESTAR, porque anhelan otra situación.

- Si el menor no lo manifiesta y se detecta por signos externos: consideramos que es necesario un contexto coactivo que legitime la intervención y proteja al menor.

- Si el menor manifiesta su malestar y CONFÍA su SECRETO: consideramos que es imprescindible la inmediatez de la intervención, ya que están depositando en los profesionales y/o en las personas de su confianza, su angustia, su miedo, su deseo de que se modifiquen las causas de su malestar o las consecuencias de las "dificultades familiares".

Cuando tenemos una dolencia grave, y así es considerado por nuestro médico, nos dan un tratamiento, y/o ingresamos en el hospital para tratamiento, observación y valoración de la evolución. Un menor, puede manifestarnos su malestar, pero el "tomar" o no el tratamiento, no depende de él sólo, sino de su familia, y el internamiento es posible, pero ¿Cuál es el mal menor?.

Esto nos lleva a varias reflexiones, tales como:

1. La necesidad de dispositivos que permitan la atención-valoración-intervención urgente, previa a la protección, para que el menor no pueda

decir "NUNCA MAIX" volveré a confiar mi secreto.

El tiempo del niño, no es el tiempo de la institución. El tiempo vuela en el menor desde que confía su malestar; su angustia y ansiedad se elevan al vislumbrar una posibilidad de cambio. Cuando decimos de la urgencia de éstos momentos es porque en caso contrario, el menor actuará, o bien saliendo a la calle, o bien justificando la actuación de sus padres ante un "mal hijo" como él.

2. En cuanto a la protección del menor con su familia biológica, señalar que: en ocasiones realizamos valoraciones de idoneidad de acogimientos, dando por válido el principio de "donde mejor esta el menor es con sus familiares" cuando éste no puede estar con sus progenitores, de ahí los numerosos casos de abuelos acogedores, sin ayudarles a elaborar ¿que pasó con sus hijos? ¿cómo se sienten? Y ¿cómo afrontan la nueva situación?. El TIEMPO vuelve a ser crucial aquí, los dispositivos de apoyo deberían poder valorar, y apoyar éstas situaciones con gran celeridad y eficacia.

3. La protección del menor implica protegerle, protegerle aunque no quiera o no sea dueño de sus actos, ya

que de modo contrario las instituciones también le declararemos en desamparo. Sabemos de las dificultades para la existencia de centros cerrados, pero también, sentimos que si no es así, menores que "no quieran" ser cuidados no lo serán, o mejor dicho, continuarán siendo "cuidados" por quienes ellos creen que les cuidan: los amigos, la calle, las drogas...

- Cuando la familia pide ayuda: Sea por una situación de crisis o por una serie de dificultades con las que vienen conviviendo, pero no les dejan ser felices: En primer lugar, reconocer el esfuerzo para ésta aproximación, para éste reconocimiento y predisposición. Las situaciones de crisis, requieren intervención ante la crisis, en ocasiones decimos "en los Servicios Sociales no hay urgencias", pero en las familias, hay situaciones en las que los conflictos emanan y se muestran desbordadas, ¿Están los dispositivos preparados para ello? Cuando nos hacemos esta pregunta, no cuestionamos las capacidades profesionales (que exigen un reciclaje constante), sino los TIEMPOS y los PLAZOS de intervención que podemos ofertarles. En la medida en que los dispositivos se adecuen a las necesidades de las familias (en tiempos, horarios, flexibili-

dad...), las familias recurrirán más a tratar de encauzar situaciones en las que se encuentran, las situaciones de desamor, serán más puntuales, previniendo de éste modo las HERIDAS que producen.

• LA INTERVENCIÓN

Toda intervención, requiere unas CONDICIONES, al igual que el "chef" tiene unos ingredientes, y sabe que para preparar el plato deseado, necesita unos instrumentos, unos condimentos y unos tiempos de cocción, así el profesional que trabaja en éste ámbito requiere unas condiciones, y se tiene que manejar en la dialéctica entre lo deseable y lo posible, entre lo que se valora y lo que se puede ofrecer (Puede un caso necesitar dos sesiones terapéuticas semanales, pero, no es viable).

Además, si diferentes cocineros (profesionales) tratan al mismo tiempo de realizar su plato (objetivo institucional) con los mismos ingredientes (la familia), podemos encontrarnos con un puchero en el que sus ingredientes, ni estén cocidos, ni fritos, ni asados, con sus ingredientes que no están como estaban, ya que han sido "manipulados", pero que siguen siendo incomedibles. A su vez, nos encontraremos con cocineros (profesionales),

insatisfechos por el resultado, criticados por los comensales (sociedad), tratando de culpar del resultado a los otros cocineros, por no haber seguido sus "consejos" y "quemados" de tanto haber encendido, avivado y apagado el fuego, de forma no coordinada y según el arte de cada uno, porque cómo les enseñaron en la Escuela de Hostelería, "CON EL FUEGO NO SE JUEGA", y lo sabían desde pequeños, porque sus padres les decían "CON EL FUEGO NO SE JUEGA", y porque observaron que el FUEGO SIEMPRE ESTABA PRESENTE EN LO SAGRADO.

El fuego, son las emociones, e intervenciones que fluyen en todo momento con las familias, intervenciones, actuaciones y emociones que forman parte de esa interacción, de ese vínculo que se produce entre familias y profesionales, es decir entre personas y personas. Fuego que podrá calentar, acoger o quemar; pero que siempre nos acompañará invitándonos a tenerlo en cuenta.

Baste lo expuesto para transmitir la cotidianidad de una tarea, condicionada por numerosos elementos susceptibles de ir creando distintos grados de bienestar/malestar profesional. Marcos legislativos, directrices políticas, prioridades institucionales organi-

zativas, la eficacia de una RED coordinada como realidad (o realidad-virtual), la agilidad en la toma de decisiones compartidas, las respuestas que podemos dar al sufrimiento infantil desde distintos ámbitos de intervención, y un largo etcétera.

Decimos que todo ello puede crear "ingredientes de quemazón", si seguimos metafORIZANDO el fuego. Pero afirmamos, y éste es el foco a destacar en nuestra reflexión, que para que el fuego llegue a quemar en toda su amplitud, es preciso que a todos esos ingredientes se sumen otros procedentes de la estructura y organización interna de los propios equipos de atención. Allí donde los equipos, podrían formar escudos de protección, pueden conformarse como nuevos y definitivos instigadores del fuego, que adquiriría tal proporción que sería muy difícil librarse de él.

EL MALTRATADO PROFESIONAL DEL MALTRATO

Estamos acostumbrados a analizar situaciones familiares donde el maltrato es la pauta más frecuente de vinculación, y dicho sea de paso, la palabra costumbre remite a "modo habitual de obrar o proceder establecido por tradición o por la repetición de los

mismos actos, y que puede llegar a adquirir fuerza de precepto", lo que debe alertarnos sobre nuestra capacidad de acostumbrarnos mecánicamente al malestar. Atendemos a niños a los que no se les permite opinar; niños que sólo escuchan exigencias y reproches, castigados constantemente o en permanente amenaza de serlo; niños humillados, culpabilizados de cualquier conflicto familiar; niños aislados de cualquier relación de amistad estable y de todo contexto placentero o lúdico.

Solemos valorar estas situaciones con "distancia". A veces en la búsqueda de una "distancia óptima" que permita resolver eficazmente la tarea. A veces defendiéndonos del propio sufrimiento asociado a una mayor implicación. Pero casi siempre sin darnos cuenta de qué poco de lo observado puede sernos ajeno.

Y sin embargo, en ocasiones pareciera que los Equipos de Atención nos conducimos como si fuéramos espejo de lo observado. Son esos momentos en que ninguna tarea merece un gesto de aprobación, pareciendo depender todo de un poder caprichoso y arbitrario; un poder capaz de asesinar la ilusión, haciendo difícil mantenerse en pie. Son esos momentos en los que pareciera que la violencia sentida

debe ser proyectada de alguna manera, reproducida, ojo por ojo y diente por diente, el muerto podrá asesinar algún día. Reproducción y difusión infinita de una violencia que podrá acabar definitivamente con cualquier indicio de fuerza y creatividad.

Queremos así destacar uno de los mecanismos que en nuestra opinión correlaciona con el Síndrome de "burn-out", y que consideramos que hasta la fecha no ha sido suficientemente enfatizado. No se trata sólo de que en algunas situaciones extremas descritas por la bibliografía determinados puestos de poder sean ocupados por personalidades psicopáticas o perversas, cuyas intenciones de manejar o manipular a los demás sean obvias por más que se disfracen de altruistas o víctimas; por más que intenten seducir para someter, o por más que siembren discordias e intrigas para resquebrajar cualquier grupo que pueda pensar.

Se trata de que la violencia sentida, observada, sufrida por identificación, puede desplazarse a las interacciones profesionales si no somos capaces de analizar y elaborar su incidencia.

Este eje de análisis nos parece fructífero para analizar alguno de los dinámismos que pueden darse en distintos contextos de intervención.

REPETIR O ELABORAR: ¿ES POSIBLE LA RESILIENCIA PROFESIONAL?

Sabemos que la intervención en casos de malos tratos es muy compleja, y no siempre tan eficaz como sería deseable. Máxime cuando se habla de una categoría diagnóstica ("maltrato emocional") que puede provocar bastantes desacuerdos entre profesionales respecto a las medidas a adoptar. En ocasiones tal complejidad puede llegar a paralizar a los profesionales e Instituciones, sin que el problema del maltrato haya sido solventado.

A nuestro juicio, esta paralización es un riesgo al que estamos expuestos todos los profesionales implicados en el tema del maltrato a la infancia. Podemos paralizarnos por temor a no saber cual sería la intervención más idónea al caso; o por temor a nuestro propio dolor; por dudas relativas a nuestro derecho de involucrarnos en la intimidad de determinadas familias; o por miedo a posibles reacciones violentas, e incluso por "tirar la toalla" ante recurrentes desacuerdos institucionales.

Es para intentar evitar este riesgo que los profesionales que intervenimos en situaciones de malos tratos debemos trabajar siempre en equipo, dando permanente sentido al término

"COMPARTIR". Se trataría de crear (y recrear continuamente puesto que ningún grupo puede constituirse de manera definitiva si pretende evolucionar) EQUIPOS operativos de intervención, que coordinaran todo el proceso de manera necesaria e inexcusable.

Esta "COORDINACIÓN" abarcaría temas teóricos y prácticos: encuadres a realizar con cada familia, organización de funciones jerarquizadas, la transparencia profesional, la necesidad de supervisión, la interdisciplina, y un largo etcétera. Pero también debiera abarcar, y es esto lo que queremos enfatizar en este momento, la realidad estructural, organizativa y dinámica de los profesionales y equipos implicados. Temas tan concretos como la movilidad profesional, los horarios de trabajo, o la presión asistencial debieran ser motivo de análisis permanente. Temas tan esenciales como la ética profesional, la ideología que sustenta toda intervención, o la defensa a ultranza de la palabra y la reflexión como vehículos de salud, debieran ocuparnos de manera ineludible. Y todo ello como parte integrante de nuestras intervenciones profesionales con familias; sin poder disociar lo que sería una atención profesional de una coordinación entre

profesionales. Ambos aspectos deben conjugarse continuamente si pretendemos realizar una tarea eficaz, salvaguardando al mismo tiempo nuestra integridad.

O, dicho de otro modo, si hablamos de salud laboral, de prevención de accidentes laborales, y todos entendemos que en la construcción es necesario trabajar con casco y con otras medidas de protección, en nuestro ámbito de intervención, la **SUPERVISIÓN**, la **COORDINACIÓN**, y la **PALABRA**, serían las medidas de "prevención de accidentes y enfermedades profesionales". En caso contrario, fantasmas como el "burn-out" se convertirán en realidades y potenciales profesionales de la atención se desdibujarán en "atenciones profesionales" tratando de modificar realidades familiares al ritmo y modo que queramos, gracias a nuestras "varitas mágicas" omnipotentes organizadoras familiares, pero aislados del vínculo con el sufrimiento y con el dolor, y por lo tanto siendo cómplices de éste.

Quizá, y a pesar de todo, sigamos

siendo algo ingenuos, pero lo cierto es que esperamos y anhelamos que los Consejos Locales de la Infancia se hagan realidad, invitando a todos los sectores que trabajan y conviven con la infancia a reunirse, a escucharse, a compartir voces, actos y proyectos que favorezcan un bienestar, un "buen trato", una convivencia más feliz con nuestros menores y nuestras familias, con nuestra sociedad.

Todos los componentes de los Consejos seríamos "sensores de la infancia", y una de nuestras obligaciones, además de intervenir ante los déficits, sería transmitir a los representantes políticos (es decir, a las personas que hemos elegido para que nos representen en nuestra sociedad) los cambios detectados, los agujeros existentes en los sistemas de protección, y las iniciativas que valoremos como generadoras de mayor bienestar, comunicación y "buen trato".

Quizá, y a pesar de todo, sigamos siendo ingenuos, pero estamos persuadidos de que la coordinación abre el camino a la resiliencia profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- AAWV (1993) Guía de atención al maltrato infantil. Sevilla. Adima.
- Arrubarrena y de Paul (1994). Maltrato A Los niños en la familia. Evaluación y tratamiento. Madrid. Pirámide.
- Barudy, J. (1998). El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Barcelona. Paidós.
- Cirilo, S. Di Blasio, P. (1991) Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar. Barcelona. Paidós.
- Cyrulnik, B. (2002). Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona. Gedisa.
- Cuso Torello, M. (1996). Reflexiones acerca del maltrato emocional en la infancia. Bienestar y Protección Infantil. 3, 102-118.
- González de Rivera, J.L. (2002). El maltrato psicológico. Cómo defenderse del mobbing y otras formas de acoso. Madrid. Espasa Calpe.
- León Porras, C.J.P. (2002) Trabajando a presión o formando neuróticos. Psicología. Com. 2002; 6(2).
- Palacios, J. Moreno, M.C., Jimenez, J. (1995). El maltrato infantil: concepto, tipos, etiología. Infancia y Aprendizaje., 71, 7-21.
- Pérez Jáuregui, M.I. (2001) El "síndrome de Burn Out" ("quemarse" en el trabajo) en los profesionales de la Salud. Psicología y psicopedagogía. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL. Año II N° 5
- Sanmartín, J. (1999), Violencia contra niños. Barcelona, Ariel.





Internamiento coactivo –no sancionador– de menores en el sistema de protección

*Coactive internment - non punishable -
of teenagers in the protection system*

ÁNGEL LUIS ORTIZ GONZÁLEZ

Magistrado y Asesor del Defensor del Pueblo

Resumen

La realidad social que actualmente afecta a los jóvenes y adolescentes presenta tal complejidad que el ordenamiento jurídico no siempre es capaz de ofrecer respuestas eficaces para intervenir en la educación de los menores conflictivos con trastornos de conducta que rechazan la autoridad paterna y que sin rebasar los límites de la ley penal, infringen las normas de convivencia.

Tanto los profesionales dedicados a la interpretación y aplicación de ese ordenamiento como la Institución del Defensor del Pueblo, han reclamado una respuesta más clara y eficaz del marco normativo para hacer frente a los comportamientos conflictivos de menores internados en centros de protección. La actual regulación que se contiene en el Código Civil (artículos 158, 172 y 271) y en la Ley de Protección Jurídica del Menor (artículos 11 y 21) es imprecisa e incompleta, según ponen de manifiesto las resoluciones no coincidentes que dictan los órganos judiciales.

Las citadas normas no regulan de forma expresa la posibilidad de acordar el internamiento de menores inadaptados en centros de protección, con limitación de sus salidas. Esta carencia normativa tanto a nivel estatal como autonómico, está generando que muchos jóvenes al no ser posible legalmente restringir sus movimientos abandonan el centro sin recibir el tratamiento más adecuado para su educación.

Palabras clave: internamiento, centros de protección, limitación de salidas, comportamientos conflictivos.

Abstract

The social reality that is actually affecting the youth of today and the teenagers, is presenting such a complexity that the juridical ordinance is not always capable to offer effective answers to interfere in the education of those conflictive people under age with problems of behaviour that reject the authority of their parents and without exceeding the limits of the penal law, infringe the norms of coexistence.

As the professionals dedicated to the interpretation and application of that order such as the Institution of the Ombudsman, have claimed an answer more clear and efficient of the normative frame to confront those conflictive behaviours of teenagers interned in protection centres. The actual regulation that is contained in the Civil Code (art.158, 172 and 271) and in the Law of Juridical Protection of the Youth (art. 11 and 21) is imprecise and incomplete, as it is said in the non-coincident resolutions, which are dictated by the judicial organs.

The norms already mentioned do not regulate in an specific way the possibility of reaching the agreement of interning the maladjusted under age kids in protection centres, with limitations in their ways out of the mentioned centre. This lack of rules in the state level as in the autonomic level, is generating the fact that lots of young kids, not being legal the possible restriction of their movements, they leave the centre without receiving an appropriate treatment for their education.

Key words: *internment, centres of protection, limitation in the exits, and conflictive behaviours.*

Durante el mes de mayo de 2002, un grupo de jueces, fiscales y responsables de entidades públicas de protección de menores, en unas jornadas celebradas conjuntamente por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, la Fiscalía General del Estado y el Consejo General del Poder Judicial, obtenían una serie de conclusiones entre las que se encontraba con el número 14 la siguiente:

“Deberían estar reguladas en la norma correspondiente las posibilidades de intervención de carácter coactivo –no sancionador–, dentro del proyecto educativo, para hacer frente a situaciones extraordinarias de comportamientos conflictivos de menores internados en centros de protección, que resulten peligrosas para la integridad física y moral del propio menor, del resto de los menores, de los educadores o de las instalaciones del centro.

La regulación debe realizarse como complemento de lo previsto en los artículos 172 y 158 del Código Civil o de los artículos 11 y 21 de la Ley 1/1996, de Protección Jurídica del Menor, así como del artículo 271 del Código Civil”.

El Defensor del Pueblo en su informe monográfico sobre “El primer año de vigencia de la Ley Reguladora de la

Responsabilidad Penal de los Menores” –septiembre de 2002–, introduce dentro de las conclusiones, tres apartados con los números 26, 27 y 28, cuyo tenor literal es el siguiente:

“26. Las nuevas realidades socio-familiares en las que se ven implicados los menores de 14 años que cometen actos delictivos, como los mayores de esa edad menores de 18 años que presentan conductas de alto riesgo social, ponen de manifiesto que los mecanismos que hasta el momento contempla el ordenamiento jurídico en materia de protección devienen ineficaces para hacer frente a las necesidades de esos menores.

27. Las partes afectadas –padres, tutores, administración– no tienen a su alcance un mecanismo legal claro que regule con garantías cuáles son los supuestos en los que pueden limitarse o restringirse determinados derechos de los menores, para poder intervenir sobre ellos con los programas educativos que precisan. Los artículos 158, 172 y 271 del Código Civil y los artículos 11 y 21 de la Ley 11/1996 de Protección Jurídica del Menor, son insuficientes para dar una respuesta satisfactoria a las nuevas situaciones que presentan los menores conflictivos sometidos al sistema de protección.

28. Sería deseable que en todo el

territorio nacional se contara con un marco jurídico mínimo en el que de forma clara se establecieran los supuestos en los que podrían adoptarse medidas limitativas –no sancionadoras– de los derechos de los menores sometidos al sistema de protección, cuando éstos precisan de cierta custodia para poderles aplicar los programas educativos que necesitan. Todo ello sin perjuicio de que cada Comunidad Autónoma partiendo de ese derecho de mínimos, apruebe sus propias normas de desarrollo.”

A su vez en ese mismo informe al recoger las recomendaciones realizadas a las distintas Administraciones, se hace constar dentro de la enviada al Ministerio de Justicia, señalada con el número 10, la que literalmente se transcribe:

“Debe promulgarse un marco normativo básico para todo el Estado, en el que de forma clara se determine en que supuestos, cuando las distintas Administraciones actúen aplicando programas educativos a menores, dentro del sistema de protección, pueden utilizar medidas de contención de carácter no sancionador”.

Diferentes medios de comunicación y distintas ocasiones vienen infor-

mando de noticias en las que se pone de manifiesto cómo menores sometidos al sistema de protección abandonan los centros en los que se encuentra, poniendo en grave riesgo su integridad física y la de las personas que les rodean. En este sentido pueden citarse las siguientes informaciones. Diario “ABC” día 15 de mayo de 2002 “Una menor se fuga de un centro de acogida seis veces en doce días” “No controlan ni sus escapadas ni su absentismo escolar, según la madre”. Diario “El País” día 26 de junio de 2002 “El fiscal acusa a la Comunidad de querer dejar sin protección a diez menores desamparados” “Los chavales se escaparon de las residencias regionales en las que estaban internados”.

La realidad social que actualmente afecta a los menores es cada vez más compleja como consecuencia de una sociedad sometida a profundas transformaciones, en la que los instrumentos legales con los que se pretende dar respuesta a esa complejidad no siempre son capaces de abarcar todas las consecuencias que se derivan de los comportamientos que realizan los jóvenes y adolescentes.

La Ley 21/87, de 11 de noviembre, supuso una reforma en profundidad de las instituciones tutelares de protección de menores, hasta el punto

que se superó el concepto tradicional que el Código civil otorgaba a las instituciones tutelares más tradicionales. Esa ley sirvió para ampliar e implicar de forma más directa a todos los Poderes Públicos, y las instituciones relacionadas con los menores.

Dentro del sistema de protección se encuentran un grupo de jóvenes, inadaptados, conflictivos, con trastornos de conducta, que rechazan la autoridad paterna y que sin rebasar los límites de la ley penal, infringen las normas de convivencia. La delicada situación social en la que se colocan estos menores hace que los mismos sean un peligro para sí mismos y para la sociedad. Las tradicionales instituciones tutelares y protectoras se muestran hoy insuficientes para hacer frente a esos comportamientos que en muchos casos requieren de medidas restrictivas de alguno de los derechos de esos jóvenes.

Ejemplos suficientemente elocuentes de esa insuficiencia de nuestro ordenamiento, han sido puestos de manifiesto en el informe antes mencionado del Defensor del Pueblo (Primer año de vigencia de la Ley Orgánica de Responsabilidad Penal de los Menores). Allí se hace constar cómo un joven de 16 años protagonizó cinco fugas en un año y medio,

cada vez que era ingresado en diferentes centros de acogida de Badajoz. La Dirección General competente al informar en relación con ese caso admitía que se encontraba con serias dificultades para dar una respuesta adecuada a la situación de ese menor dada la imposibilidad de aplicar, dentro del ámbito de protección, medidas de contención que nos permitan iniciar una intervención eficaz con el menor y ejercer una protección efectiva sobre el mismo.

En otra parte de ese informe se cita también otro ejemplo, de iguales consecuencias que el anterior, se trata de la situación en la que se encuentran, fundamentalmente menores extranjeros no acompañados, que tras ser detenidos por pequeños delitos, son puestos en libertad, ya que la gravedad de su acción no admite el internamiento en centros cerrados y tras ser llevados a centros de protección, de allí se fugan al carecer completamente de ningún sistema de contención. En algunos casos son de nuevo detenidos el mismo día de su fuga por haber participado en otros hechos delictivos.

Las situaciones descritas, las noticias aparecidas en los medios de comunicación y las peticiones que surgen desde algunas instituciones, deben de hacernos reflexionar entorno a dos

realidades, primero ¿hasta donde puede llegar la injerencia del sistema –la ley– en un menor para protegerle? y en segundo lugar ¿dispone nuestro ordenamiento de un marco adecuado para intervenir eficazmente en la protección del menor?

Respondiendo a la primera pregunta es innegable que nuestro ordenamiento contiene numerosas previsiones normativas en las que se admiten la adopción de medidas que afectan a los menores y que pueden ser adoptadas teniendo siempre presente el interés superior del mismo y sus necesidades. Por citar sólo algunas disposiciones de rango estatal pueden mencionarse los artículos 11 y 21 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor y los artículos 158, 172, 173 y 271 del Código Civil.

Todas esas previsiones normativas vienen siendo aplicadas por los tribunales de justicia, habiendo declarado el Tribunal Supremo, entre otras en sus sentencias de 17 de septiembre de 1996 y 11 de junio de 1998, que es posible adoptar todas aquellas medidas que sean más adecuadas a la edad del sujeto, para ir construyendo progresivamente el control acerca de su situación personal y proyección de futuro, evitando siempre que el menor pueda ser manipulado, buscando, por

el contrario, su formación integral y su integración familiar y social, de manera que las medidas que los jueces pueden adoptar (artículo 158 del Código Civil) se amplían a todo tipo de situaciones, incluso aunque excedan de las meramente paterno-filiales, con posibilidad de que las adopten al inicio, en el curso o después de cualquier procedimiento, conforme las circunstancias cambien, oyendo al menor.

Al hilo de esta línea jurisprudencia, procede plantear si esas medidas que puedan ampliarse “a todo tipo de situaciones” permiten dentro del sistema de protección limitar el derecho a la libertad de los menores para que con la custodia necesaria permanezcan en los centros de protección recibiendo la atención y formación que requieren. Esa limitación de ese derecho no tendría carácter sancionador y estaría supeditada en todo momento al proyecto educativo del joven.

Esta injerencia en los derechos de los menores, ha sido tratada por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, habiendo declarado el mismo que para que tal injerencia no produzca una violación del Convenio deben concurrir las siguientes condiciones: la intervención debe estar prevista por la ley, la norma deber responder a una finalidad legítima, debe existir

una verdadera necesidad de separar al menor de su familia y a la hora de adoptar la decisión debe de valorarse el interés del menor.

De todos esos requisitos merece hacer una especial referencia al primero de ellos. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos exige que la salida del menor de un entorno familiar perjudicial y las medidas subsiguientes tienen que tener siempre apoyo en una concreta disposición de la legislación (Andersson V. Suecia, S. de 5 de febrero de 1992). Este pronunciamiento de interpretarse de forma estricta daría al traste con buena parte de las normas que legitiman la actuación de la Administración en relación con los menores, ya que es frecuente en esta materia que las normas contengan previsiones imprecisas o muy generales. Por esta razón el Tribunal aclara que muchas normas se ven obligadas a recurrir a expresiones más o menos vagas para evitar una rigidez excesiva que restringiría extraordinariamente su ámbito de aplicación e impediría su adaptación a la cambiante realidad social (Olsson I V. Suecia –TEDH 1988–).

Trasladando esas premisas a nuestro ordenamiento, nos encontramos con dos formas de acordar medidas sobre un menor, por una parte judicialmente y por otra la propia Adminis-

tración. En primer lugar el juez puede acordar las disposiciones que considere oportunas, con el fin de apartar al menor de un peligro o de evitarle perjuicios (artículo 158 del Código Civil). La intervención del juez es por ello amplísima, siendo por ello posible que al amparo del citado artículo y para “apartar al menor de un peligro o de evitarle perjuicios” pudiera acordarse el internamiento de un menor en un centro de protección limitando su capacidad de movimientos. Tal conclusión se obtiene si se tiene en cuenta que el Tribunal Supremo en sus Sentencias de 17 de septiembre de 1996 y 11 de junio de 1998, declara que las medidas que los jueces pueden adoptar se amplían a todo tipo de situaciones. Desde un punto de vista procesal las medidas previstas en el artículo 158 del Código Civil pueden ser perfectamente adoptadas por los trámites de la jurisdicción voluntaria, con la aplicación de las prescripciones contenidas en los artículos 1811 a 1824 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, si bien también son factibles de determinarse en fase de ejecución de las sentencias e incluso de las medidas previas y de las coetáneas a tales procesos matrimoniales (Auto de la Audiencia Provincial de Barcelona de 8 de septiembre de 1998).

El contenido del derecho de protección, incluida la posibilidad de corrección hacia los menores, cuya justificación jurídica se deriva tanto a favor de los padres como de la Administración del artículo 154 del Código Civil, ha ido evolucionando a lo largo de la historia. Inicialmente, el derecho romano lo concebía como una manifestación del poder absoluto de la familia patriarcal. Actualmente ese derecho y la posibilidad de corregir a los hijos, se ejerce de forma razonable y moderada, pudiendo sus excesos generar responsabilidades penales y tener consecuencias civiles.

Todo proceso de educación de un joven implica cierto grado de condicionamiento y control por parte de los adultos, éstos a su vez están llamados a asumir la responsabilidad que les corresponde en la educación de los menores.

La previsión a la que hace referencia el artículo 158 del Código Civil, contiene la imprecisión a la que se refería el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, ya que una medida de esa trascendencia (internamiento con limitación de libertad) debería de estar prevista de manera expresa en ese precepto, de igual forma que la Ley Orgánica 9/2002, de 10 de diciembre, ha introducido determinadas

medidas que se pueden adoptar para evitar la sustracción de hijos menores por alguno de sus progenitores.

Alguna de esas medidas, introducidas con la citada ley tienen una incidencia en sus derechos, mucho menor que la medida de internamiento, así sucede con la autorización judicial previa para un cambio de domicilio del menor y sin embargo esta medida está contemplada y aquella no.

En segundo lugar, procede examinar hasta donde puede llegar la Administración, a la hora de acordar el internamiento de un menor en un centro de protección al que además se le limita su libertad. La referencia que se hace a la Administración se entiende realizada a la Administración autonómica. El artículo 148.1.20 de la Constitución establece que las Comunidades Autónomas pueden asumir competencias en materia de asistencia social. Los Estatutos de Autonomía de cada Comunidad Autónoma disponen de competencias para legislar a través de sus Parlamentos Autonómicos sobre asistencia social o servicios sociales en general y concretamente, sobre protección del menor.

En coherencia con esa previsión constitucional y con lo que dispone la legislación autonómica, el artículo 172 del Código Civil atribuye a las entida-

des públicas la adopción de las medidas de protección necesarias cuando el menor se encuentre en situación de desamparo, poniéndolo en conocimiento del Ministerio Fiscal. Como requisito previo para la adopción de estas medidas el menor debe encontrarse en situación de desamparo.

El citado artículo del Código Civil define de forma genérica que es lo que se entiende por desamparo, además las leyes de las Comunidades Autónomas han procedido a dar su propia definición de situación de desamparo, concretando una serie de situaciones que determinan la declaración. Los motivos más habituales que dan lugar al desamparo y que aparecen en la mayoría de las leyes autonómicas son: abandono del menor por parte de su familia, ausencia de escolarización, existencia de malos tratos sobre el menor por parte de las personas de la unidad familiar, inducción a la mendicidad, delincuencia o prostitución, drogadicción o alcoholismo habitual del menor o de las personas que integran la unidad familiar y la falta de personas a las que corresponde ejercer las funciones de guarda o cuando éstas se hallen imposibilitadas.

La asunción de la tutela por la entidad pública y la adopción de las correspondientes medidas, da lugar a

dos consecuencias: primero, el deber de información que se introduce con la Ley 1/96, de 15 de enero, de esa forma desaparecen los posibles motivos de indefensión que pueden alegar los titulares de la patria potestad ante la decisión adoptada por la Entidad Pública. Segundo, el artículo 172 del Código Civil recoge el derecho que asiste a los afectados por esa decisión de desamparo para recurrir ante la jurisdicción civil, sin que sea preciso acudir previamente a la vía administrativa.

Precisamente este último aspecto ha sido tratado por el Tribunal Constitucional en su sentencia de 16 de junio de 1997 (sentencia nº 114/1997). Según esta resolución dadas las consecuencias decisivas que acarrea la declaración de que un menor se encuentra desamparado, es especialmente significativo que ahora la entidad pública está legalmente obligada no solamente a notificar la resolución correspondiente a los padres del menor, en un plazo de 48 horas, también debe informarles de forma presencial y de modo claro y comprensible de las causas que dieron lugar a la intervención de la Administración y de los posibles efectos de la decisión adoptada.

Añade el Tribunal Constitucional que este deber cualificado de notifica-

ción y de información, deberá ser supervisado cuidadosamente por los tribunales.

Precisamente el artículo 172-3 del Código Civil, habla de que la función tutelar que asume la entidad pública se ejerce mediante acogimiento residencial que se ejercerá por el Director del Centro en el que sea acogido el menor. Llegados a este punto es el momento de valorar si como consecuencia de haber asumido la tutela la entidad pública correspondiente puede acordar por iniciativa propia el internamiento de un menor en un centro de acogida limitándose su libertad en aquellos casos en los que se trate de jóvenes inadaptados con graves trastornos de conducta.

Jurídicamente se presenta una situación que da lugar en la práctica a interpretaciones diversas. Por un lado existen leyes autonómicas que no abordan qué tipo de medidas pueden adoptarse sobre menores en conflicto social, omitiendo si es posible acordar su internamiento en centros de acogida con limitación de sus salidas, este es el caso entre otras de las leyes 6/1995, de 28 de marzo, de la Asamblea de Madrid y 1/1998, de 20 de abril, del Parlamento de Andalucía.

En otros casos esa cuestión se aborda de forma muy genérica,

haciendo remisiones a la legislación vigente, así sucede entre otras en las siguientes leyes autonómicas. Ley 7/1999, de 28 de abril, del Parlamento de Cantabria, en su artículo 64 se recoge que las únicas limitaciones de entrada y salida de los menores en los centros de internamiento, salvo las excepciones previstas en la legislación vigente, requerirán autorización judicial. A su vez en el artículo 67 se hace una referencia al artículo 158-3º del Código Civil, en el sentido de que la Comunidad Autónoma de Cantabria puede solicitar de la autoridad judicial la adopción de medidas.

Situación muy similar sucede con la Ley 1/1997, de 7 de febrero, del Parlamento de Canarias, el artículo 47 remite al Código civil y el artículo 50-1º remite a la autoridad judicial cuando en supuestos de desamparo de menores se impida la ejecución de las medidas por parte de los padres, tutores o familiares. Igual tratamiento realiza el artículo 63-2º de la Ley 3/1999, de 31 de marzo de las Cortés de Castilla-La Mancha.

En términos parecidos se pronuncia la Ley 12/2001 de las Cortés de Aragón, el artículo 69-4º establece que las limitaciones en el ejercicio de los derechos de los menores sometidos a acogimientos residenciales, se

realizaran con arreglo a la legislación vigente y con la debida autorización judicial.

Existen dos casos en los que la legislación autonómica se refiere de forma expresa a esta clase de internamientos con restricción de la libertad del menor. Una de las leyes es la 14/2002, de 25 de julio de las Cortes de Castilla y León, en el artículo 96, apartado 7º se habla de menores con graves problemas de socialización, inadaptación o desajuste social, pudiéndoseles aplicar dispositivos especiales que permitan una intervención educativa en un ambiente estructurado y de seguridad, para ello la Administración puede ingresarlos dando cuenta al Ministerio Fiscal.

El otro de los supuestos en los que de forma muy directa se aborda el problema al que se viene haciendo referencia aparece tratado en la Ley 8/2002, de 27 de mayo, de modificación de la Ley 37/1991. En esa ley el Parlamento de Cataluña, introduce a la Ley 37/1991, un nuevo artículo el 5 bis y dentro del mismo en su apartado 2, letra C recoge como medida "El ingreso, por necesidades reeducativas, en centros o unidades con restricción o supresión de salidas por un tiempo limitado... Esta medida únicamente puede adoptarse cuando la

persona menor rechace las medidas establecidas en los apartados a y b o cualquier otra medida de protección adecuada a sus necesidades. La adopción de esta medida ... debe notificarse a la Fiscalía antes de las veinticuatro horas siguientes al ingreso, debe revisarse semanalmente y su duración no puede superar los treinta días". Para aplicar estas medidas se establece que deben crearse centros dotados con medidas estructurales de protección.

La asignación que las dos leyes citadas anteriormente atribuyen a los organismos competentes dentro de las Comunidades Autónomas de Castilla-León y Cataluña, especialmente en esta última, dan lugar a interpretaciones jurídicas no coincidentes. Por un lado esas previsiones normativas de las leyes autonómicas coinciden con lo dispuesto en el artículo 172 del Código Civil, siempre y cuando que exista una previa declaración de desamparo, por otro el artículo 271-1º del Código Civil, al enumerar qué actos del tutor requiere de autorización judicial, menciona que es necesaria la autorización judicial para internar al tutelado en un establecimiento de salud mental o de educación o formación especial. Al citarse establecimiento de "educación o formación especial" puede entenderse que tales

centros son los que menciona la Ley 8/2002 del Parlamento de Cataluña, en contraposición a los centros de acogimiento residencial que menciona el artículo 172 del Código Civil y para los cuáles no se requiere ningún tipo de autorización judicial.

En definitiva el interrogante que surge es el de saber si las previsiones normativas contenidas en leyes autonómicas, en el sentido de atribuir a los organismos competentes la posibilidad de internar a menores en centros educativos en los que por necesidades educativas es preciso limitar o suprimir sus salidas, requieren o no autorización judicial previa.

La falta de claridad del marco jurídico actual da lugar a resoluciones judicial discrepantes, en el sentido de que solicitudes de internamiento en unidades especiales en las que se limitan las salidas de los menores, son contestadas desde los órganos judicial considerando que no precisan de autorización judicial, toda vez que estiman legitimada a la Administración para realizar por iniciativa propia ese internamiento al tener asumida la tutela del menor. Por el contrario ha habido, incluso procedimientos penales, contra los responsables de haber acordado esta clase de internamientos, cuando los mismos se habían efec-

tuado sin pedir autorización judicial.

Debe añadirse en este punto que, con ocasión de la Consulta 2/1993, de 15 de octubre, la Fiscalía General del Estado tuvo oportunidad de pronunciarse sobre un internamiento de una persona con discapacidad, en relación con el antiguo artículo 211 del Código Civil –hoy derogado–. En esa Consulta se afirma que por centros de internamientos habrá que entender todos aquellos centros de régimen cerrado o que no permitan el libre movimiento de los internos, en los que se cumplan medidas asistenciales, sanitarias o educativas. Dicha consulta finalizaba afirmando que el único modo de que un internamiento forzoso se acomode al ordenamiento jurídico interno consistirá en exigir expresa autorización judicial.

La confusión es tal en esta materia que tal y como recogía el Defensor del Pueblo en su informe sobre el primer año de vigencia de la Ley Orgánica reguladora de la Responsabilidad Penal de los menores, alguna Administración Autonómica reconocía tener serias dificultades para dar una respuesta adecuada a la situación de un menor, dada la imposibilidad de aplicar, dentro del ámbito de protección, medidas de contención para poder intervenir de forma eficaz sobre el mismo.

En definitiva la situación expuesta, justifica claramente la recomendación que el Defensor del Pueblo realizó con ocasión del informe antes mencionado, así como las conclusiones de las jornadas que se celebraron durante el mes de mayo de 2002, es más la normativa jurídica que se solicita debería de contemplar todos aquellos aspectos que relacionados con los centros educativos en los que se limiten las salidas de los menores, afecten a derechos fundamentales tales como el régimen de visitas, los supuestos en los que se restrinjan las salidas, el régimen de comunicaciones de los menores y el uso de medios mecánicos de contención.

Teniendo en cuenta que el ejercicio por parte de la Administración de las posibilidades de actuar frente a esos menores, en modo alguno puede servir para amparar el castigo físico. Esas actuaciones quedaran encuadradas dentro de los deberes derivados de la patria potestad, teniendo las mismas unos contenidos y finalidad claramente educativo para que el menor se convierta en un adulto responsable. Cualquier práctica de carácter coactivo que los poderes públicos realicen sobre los menores, será siempre res-

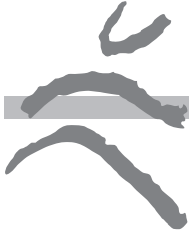
petuosa con sus derechos fundamentales, especialmente con su dignidad como persona.

El correcto tratamiento jurídico de esta materia, pasa por supuesto por clarificar hasta donde puede llegar la Administración autonómica a la hora de acordar esta clase de internamientos de menores inadaptados, especificando si se aprecia o no autorización judicial. Además sería necesario que el Código Civil en su artículo 158, o en el precepto que se estimara oportuno, contemplara de forma expresa que el juez puede, con finalidad no sancionadora, acordar el internamiento de menores en centros educativos en los que se puede limitar el régimen de sus salidas, siempre que ello favorezca el proceso educativo de los mismos. Por supuesto toda esa reforma normativa debería completarse con la existencia de unos centros capaces de atender la problemática que presentan los menores adolescentes con problemas de trastornos de conducta. En este sentido se pronunciaron (punto 24 de las conclusiones) los participantes en las jornadas que se celebraron en el mes de mayo de 2002 y que se citaron al comenzar este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Salanova M. *Tutela y protección de menores en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos*. Aranzadi Civil núm. 4/2003.
- Xavier O'Callaghan. *Código Civil. Comentado y con jurisprudencia*. La Ley. Enero 2003.
- Alvarez, M^a Isabel. *La legislación Autonómica de Menores*. *Jornadas sobre derechos de los menores*.
- Lázaro González I (coord.): *Los menores en el Derecho español*, Tecnos, Madrid, 2002.
- Informe del Defensor del Pueblo. *Primer año de vigencia de la Ley Orgánica Reguladora de la Responsabilidad penal de los menores*. Septiembre 2002.





Estudio sobre alteraciones psicológicas en población infantil maltratada y derivada a un servicio municipal de menores

Psychological disorders in a mistreated children sample from children at risk services

JUAN CARLOS HÓDAR PÉREZ * , INMACULADA GÓMEZ BECERRA,

CARLOS BELDA GRINDLEY *

* *Servicio de Menores del Ayuntamiento de Motril.*

** *Universidad de Almería.*

*** *Delegación Provincial de Asuntos Sociales de Granada*

Resumen

Existe consenso sobre el hecho de que los malos tratos generan consecuencias negativas a nivel psicológico a corto y largo plazo. Este estudio descriptivo y cuasiepidemiológico aborda esta temática, con carácter retrospectivo revisando el período abarcado entre 1999 y el año 2001, ambos inclusive. Así, los objetivos de este trabajo son cuantificar las alteraciones psicológicas detectadas, comprobar si se aprecian diferencias en las mismas en función del tipo de maltrato recibido, y conocer algunas condiciones relacionadas con la aparición de trastornos infantiles.

La muestra la constituyen los menores valorados en situación de riesgo por los profesionales de su entorno en el municipio de Motril que han sido derivados al correspondiente servicio de atención a infancia maltratada. El número total de menores víctimas de malos tratos que se han tenido en cuenta es de 272. Se dividió la muestra en tres grupos diferentes según indicadores de abandono, maltrato o bien ambos a la vez. Para ello se uti-

lizaron entrevistas abiertas o semiestructuradas, escalas estandarizadas, observación directa, e informes, notas y documentos contenidos en los expedientes que hicieran referencia a este tema.

De esta manera, se extrajeron los resultados que a rasgos generales indican que los menores expuestos a prácticas abusivas o de maltrato activo tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos emocionales y de adaptación social, mientras que los menores víctimas de situaciones de abandono ven mermado el desarrollo de repertorios de tipo cognitivo o académico. Por otra parte, aquellos casos en los que se dan de forma conjunta ambas circunstancias parece que tienen mayores dificultades para establecer vínculos de apego seguros con sus cuidadores, así como aprender habilidades adecuadas de relación interpersonal.

Palabras claves: epidemiología, abandono, maltrato, prácticas mixtas, trastornos psicológicos.

Abstract

It is broadly agreed that child maltreatment produces maladaptative psychological consequences in the short and long term. This descriptive work deals with this issue from a pseudo-epidemiological and a retrospective view including cases from 1999 to 2001, both years included. The objectives of this work are to quantify disorders found in that population and to look for differences on problems experienced by the subjects depending on the kind of maltreatment received. And, therefore, to know more about those conditions that lead to the appearance of disorders in children and youngsters.

The sample was selected from children and youngsters assessed as at risk population by professionals working in Motril (Granada-Spain) area. After assess those children and youngsters get attention from Services for Children at Risk. A total of 272 under 18 aged youngsters and children who were victims of abuse, neglect or both were assessed. Subjects were distributed into three groups: children and youngsters that had been exposed to abuse conditions, subjects exposed to neglect conditions and subjects that had been exposed to both abuse and neglect conditions. Open and semistructured interviews, standardized scales, direct observation, reports

and notes included in subject files were used to assess potential disorders.

Results show that children and youngsters exposed to abuse conditions developed more probably emotional and social adaptation disorders and youngsters and children exposed to neglect conditions were damaged in cognitive development and academic performance. Subjects exposed to both physical abuse and neglect conditions show more difficulties in establishing safe attachment links with their caregivers and difficulties in proper development of interpersonal skills. It would be necessary to carry out studies with more sophisticated design in order to get more conclusive results.

Keywords: epidemiology, child neglect, child maltratment, child abuse, psychological disorders.

ESTUDIO SOBRE ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN POBLACIÓN INFANTIL MALTRATADA Y DERIVADA A UN SERVICIO MUNICIPAL DE MENORES

Es conocida la realidad y preocupación por el maltrato infantil en los últimos años, siendo uno de los aspectos sociales más debatidos y de alto rechazo social; sin embargo, está lejos de ser un tema conceptual y metodológicamente concluido. Así, uno de los problemas que encuentra la investigación en este campo es la definición del propio concepto de maltrato; de manera que aunque se haya considerado (por ejemplo, en Zaldívar, Rubio, Morales y Zunzunegui, 1998) que una de las definiciones más

consensuadas es la de Helfer (1987), que sería "cualquier interacción o falta de interacción entre el niño y sus padres/cuidadores que ocasione un daño no accidental físico y/o mental", en España los criterios de clasificación adoptados por la Dirección General de Protección Jurídica al menor (De Pául, Alzate, Ortiz, Echeberría y Arruabarrena, 1988) parecen más estandarizados y diseminados y distinguen: maltrato físico de maltrato emocional y, sobre todo, maltrato activo (abuso, incluyendo abuso sexual) de maltrato pasivo (abandono).

En cualquier caso, y pese a que en este trabajo no se pueda abordar a nivel conceptual el fenómeno de los malos tratos, entre los investigadores en este campo existen desacuerdos

conceptuales que han de ser considerados en la praxis profesional, en tanto que las dificultades y la heterogeneidad existente respecto de la noción, de los criterios de clasificación y de las maneras de detectar y valorar situaciones de malos tratos obstaculizan la propia labor preventiva y de tratamiento. Asimismo, estos dilemas hacen que la investigación en este campo sea una labor de difícil manejo (véanse en este sentido, Cicchetti, 1994; Cicchetti y Barnett, 1991; Palacios, Moreno y Jiménez, 1995; Wekerle y Wolfe, 1996; entre otros). Además, de entre las diferentes limitaciones conceptuales la de mayor relevancia práctica es la delimitación o diferenciación del maltrato psicológico y/o emocional de aquel considerado más físico, siendo un tema muy relativo y de difícil diagnóstico aunque cada vez son más los esfuerzos por operarivizar este tipo de malos tratos (Cantón y Cortes, 1997; McGee y Wolfe, 1991).

Por suerte, parece existir mayor consenso respecto a que los malos tratos generan consecuencias a corto y a largo plazo, aunque ninguno de los estudios existente haya aislado los malos tratos como factor único responsable del desarrollo alterado que se pueda detectar (Cantón y Cortés, 1997; Gómez, 2001), así como se pun-

tualizan diferentes matices ante el diagnóstico de los posibles efectos psicológicos de tal fenómeno, por ejemplo: no todos los niños maltratados desarrollan alteraciones psicológicas, ni caso de desarrollarlas se muestra un patrón cognitivo ni conductual típico del maltrato, tampoco se presenta un conjunto de síntomas diferencial respecto de otras poblaciones clínicas, etcétera (Cerezo, 1995). En cualquier caso, se destacan (Cantón y Cortes, 1997; Cicchetti y Olsen, 1990; Lewis, 1992; Martín, Ochotorena y Pedreira, 1995; Roig y Ochotorena, 1993; Torres, Arruabarrena y de Paúl, 1996; Wekerle y Wolfe, 1996; Wicks-Nelson e Israel, 1997; Wolfe y Pierre, 1993; entre otros) como efectos más comunes a nivel psicológico varios conjuntos de alteraciones que se detallarán más adelante pero que giran en torno a los trastornos afectivos y de las relaciones interpersonales, los trastornos de ansiedad, las alteraciones cognitivas y los trastornos de conducta o disociales.

Ante este estado de la cuestión, el estudio que aquí se describe se ubica en el contexto de un Servicio de Menores creado en 1996 dentro de la estructura de los Servicios Municipales de Motril (Granada) a fin de atender a las denominadas familias desfavoreci-

das con menores en situación de riesgo social y más concretamente la investigación se realiza en el equipo específico de tratamiento familiar creado desde 1998 dentro del citado Servicio de Menores.

La motivación por realizar esta investigación parte del interés de los autores por extraer una serie de datos sobre trastornos psicológicos en esta población infantil, así como por sistematizar y hacer un trabajo más riguroso y reflexivo desde la propia experiencia laboral del primer autor de este estudio y, sobre todo, porque es conocida la necesidad de mayor cantidad de datos empíricos en este terreno ya que los estudios epidemiológicos son escasos (merece ser revisada la completa compilación realizada por Díaz, Puyo, Romeu, Gotzens y Requena, 2002), cuentan con limitaciones y son de difícil comparación entre sí (Cantón y Cortés, 1997; Gómez, 2001; Palacios, 1995).

En suma, los objetivos de este trabajo son: en primer lugar, cuantificar el conjunto de alteraciones del comportamiento detectadas en la muestra de menores pertenecientes a las familias atendidas en el citado Servicio de Protección Infantil; en segundo lugar, comprobar si se aprecian diferencias en cuanto al tipo de alteraciones

detectadas en función de que los adultos responsables del cuidado de los menores presenten comportamientos en su mayor parte negligentes, o bien abusivos; y, por último, conocer algunas de las condiciones y/o variables que están relacionadas, directa o indirectamente, con la aparición de trastornos infantiles, pudiendo así prevenirlos, o incluso tratarlos, más eficazmente.

MÉTODO

Tipo de Estudio

Se trata de un estudio de campo o cuasiepidemiológico, descriptivo, de tipo ecológico, y con carácter retrospectivo, ya que la muestra la constituyen un conjunto de familias que pasaron previamente por el servicio asistencial citado y cuyos datos se recogen en los correspondientes expedientes administrativos.

Característica de la Muestra

La muestra seleccionada la componen todos los menores de edad valorados en situación de riesgo por profesionales de su entorno (profesores, trabajadores sociales comunitarios o de centros de salud, policías, juzgados, etc.) en el Municipio de Motril, al presentar indicadores de maltrato o factores de riesgo que afectan al bienestar de los

niños, y que han sido derivados (mediante la correspondiente notificación) o atendidos por el Servicio de Menores de los Servicios Sociales de esta localidad, desde 1999 hasta 2001 (ambos inclusive).

A partir de mediados de 1998, con la creación dentro del Servicio de Menores del Equipo de Tratamiento Familiar, se introducen algunas mejoras en el procedimiento de evaluación y en los instrumentos usados para el

mismo, aumentando la cantidad y calidad de los datos recopilados en cuanto a alteraciones comportamentales de los menores pertenecientes a las familias atendidas. Es por este motivo que se ha seleccionado como primer cohorte el año 1999. A continuación, se exponen en este cuadro desglosado por años, tanto las familias tenidas en cuenta para la muestra como el número total de menores que se han evaluado.

Cohorte	Nº de Familias	Nº de Menores
1999	57	121
2000	33	2
2001	32	69
Totales	122	272

Cuadro 1. *Submuestras parciales de cada cohorte y número de familias al que pertenecen los menores contabilizados.*

Es importante señalar que una gran cantidad de adolescentes altamente conflictivos con comportamientos delictivos, son en gran parte canalizados a través del sistema judicial o de reforma. Es algo compartido por la mayor parte de profesionales que trabajan en este campo que el comportamiento de estos menores es el resultado en la mayoría de los casos de condiciones de crianza de maltrato y abandono. No obstante el grado de

control que llegan a adquirir estos adolescentes sobre su entorno familiar y social, hace que estos pasen a ser maltratados dentro de sus propias familias, o bien que se escapen fuera de su control, con lo cual no se ajustan al perfil de familia que es derivada a estos servicios de tratamiento familiar para la protección de la infancia, aunque estos también hayan sido o sean menores maltratados.

En esta muestra se dan ciertas

características de tipo sociodemográfico, cultural y económico, propias de poblaciones que podríamos denominar en desventaja social.

VARIABLES

Variables de medida: Incidencia de los trastornos psicológicos en la muestra de niños valorados en el servicio de menores citado a través de tres cohortes (1999, 2000, y 2001). Medida expresada mediante el porcentaje de sujetos que cumplen los criterios de inclusión en diferentes alteraciones psicológicas o, de igual manera, los casos nuevos para cada categoría diagnóstica en los períodos de tiempo de cada cohorte .

Variables de relación: Tipo de prácticas de malos tratos en cada familia, en concreto (1) abandono o negligencia –maltrato pasivo-, (2) abusos o maltrato activo, y (3) mixto o mezcla de ambas prácticas.

PROCEDIMIENTO

El primer paso para la realización del estudio fue la clasificación en tres grupos de todas las familias admitidas en la muestra revisando todos los expedientes abiertos en el citado Servicio.

En esta revisión se hizo una valoración familiar individualizada de los

déficits comportamentales observados en los padres en cuanto a habilidades educativas y atención a las necesidades básicas de los menores, o sea, cuidados que deberían ser proporcionados en cuanto a salud, higiene, alimentación, vestido, supervisión, expresión de afecto y cariño, etcétera. En suma, se trataría de aquello que los supuestos cuidadores deberían hacer y no hacen, o sea las interacciones que “faltan” siguiendo la definición clásica de maltrato de Helfer (1987, citada en Zaldívar y cols., 1998), lo conocido de manera más aplicada y con mayor consenso como abandono y negligencia o maltrato pasivo.

Por otra parte, también se revisaron todos los excesos comportamentales o interacciones de los padres con los menores, que pueden ser perjudiciales para estos últimos; conductas como atemorizar, aislar, corromper, rechazar, agredirles verbal, física o sexualmente, llevar a cabo comportamientos de riesgo durante el embarazo, etcétera. Esto sería todo aquello que hacen y no deberían hacer, o como expresa Helfer, todas aquellas “interacciones que ocasionan un daño no accidental” y seguirían la conceptualización y diversificación señalada por Cantón y Cortés (1997) en todas las posibilidades de abusos o maltrato activo.

Para la evaluación familiar se emplearon los siguientes instrumentos: entrevista abierta, observación directa, la entrevista semiestructurada para padres de Torres, Arruabarrena y De Paúl (1996) perteneciente al Programa de Mejora del Sistema de Atención Social a la Infancia (SASI) del Ministerio de Asuntos Sociales, y la Escala de Bienestar Infantil de Magura y Moses adaptada al Castellano por De Paúl y Arruabarrena (1995). Los contextos donde se aplicaron estos instrumentos fueron el domicilio de las familias y el propio Centro de Servicios Sociales donde se haya ubicado el Servicio de Menores.

Teniendo presente los criterios conceptuales y clasificatorios señalados las familias fueron divididas o categorizadas en los siguientes grupos:

- **Grupo de Abandono.** Cuando los comportamientos que han predominado en la información recogida desde las diferentes fuentes eran los mencionados déficits o conductas de negligencia, aunque también existieran de forma paralela pero puntual, agresiones, insultos, u otros patrones o tipos de maltrato considerados como activos. La ausencia de normas adecuadas y el desinterés por la educa-

ción, así como la asistematicidad, la inconsistencia, y la descoordinación de pautas de crianza y socialización entre los padres, se valoraron también como carencias o negligencias socio-educativas y se consideraron, por tanto, bajo este epígrafe. Hay que tener en cuenta la relatividad de lo que se considera como prácticas de abandono o negligencia y, por tanto, las dificultades derivadas de ello para la delimitación del grupo de abandono. De hecho, en la línea de Palacios, Moreno y Jiménez (1995), es complicado delimitar fenómenos como estos de las prácticas para el control de la disciplina, dado que ni tan siquiera existe consenso respecto a lo que serían prácticas de adecuada crianza.

- **Grupo de Maltrato.** Cuando la mayor parte de las interacciones observadas como perjudiciales eran lo que habíamos denominado excesos comportamentales o comportamientos activos de maltrato, aunque también se observaran de forma aislada determinadas carencias como escasas interacciones afectivas entre padres e hijos u algún otro tipo de negligencia. También se consideraron compor-

tamientos activos de tipo abusivo los episodios en los que los padres o cuidadores proporcionaban modelos agresivos de violencia extra e intrafamiliar, delictivos, de consumo abusivo de drogas, o cualquier otro que pueda generar comportamientos desadaptativos en los menores por su exposición a ellos. Por último, se incluyeron en este apartado situaciones como la sobrecarga de responsabilidades hacia los menores, haciéndoles asumir y realizar tareas impropias de su edad, así como el extremo de la explotación laboral..

- **Grupo Mixto:** Aquellos casos en los que estos dos conjuntos de comportamientos parentales (déficits o excesos) se daban en parecida medida, resultando difícil determinar cual se daba en mayor o menor grado. Igualmente, cuando se detectaban en el mismo caso varios patrones de interacción categorizados como negligencias o abandonos en sus diferentes subtipos, e igualmente había constancia de otros patrones de comportamiento maltratante de carácter más activo descritos anteriormente, se consideraban casos poco claros o impuros de cara a las pretendidas

conclusiones del estudio, creándose así este último grupo.

Por último, habría que señalar que había bastantes casos en los que el abandono o el maltrato constatado sólo se observaba en la interacción con uno o varios de los menores que componen el núcleo familiar, pero no con todos, lo cual se ha tenido en cuenta en la contabilización de los problemas.

En segundo término, y desde los análisis sobre alteraciones psicológicas más frecuentes en niños maltratados presentados en la literatura especializada (véanse las fuentes en la introducción), se delimitaron los criterios para indicar la existencia, o no, de problemas psicológicos. Siendo así las alteraciones psicológicas consideradas y los criterios de inclusión o determinación de cada una de ellas han sido las que se recogen en el siguiente cuadro.

Una vez categorizados los grupos de familias según el tipo de interacciones con sus hijos y los criterios de inclusión o delimitación de las diferentes alteraciones psicológicas, el psicólogo del equipo del servicio de menores revisó la información contenida en los diferentes expedientes acumulados desde principios de 1999 hasta

I. TRASTORNOS EN EL DESARROLLO DE LAS RELACIONES Y EL AFECTO

- *Vínculos o apegos inseguros*

Se han considerado indicativos de la presencia de este tipo de alteración; el hecho de que los menores no manifiesten expresiones de tristeza o desagrado ante separaciones prolongadas de sus cuidadores, la ocurrencia de escapadas de casa, las verbalizaciones sobre su preferencia de permanecer con otras personas o familiares distintos de sus padres o tutores, el tener miedo de estos o expresarles rechazo, así como manifestaciones de violencia verbal o física en las relaciones paterno-filiales.

- *Problemas de habilidades sociales e interpersonales.*

Se han agrupado en esta subcategoría los déficits en cuanto a comportamientos prosociales y habilidades empáticas, reciprocidad y competencia en la interacción con compañeros, así como el rechazo, el aislamiento social, y el deterioro de las relaciones con iguales.

- *Baja Autoestima y expectativas negativas sobre el futuro*

Que consistirían en verbalizaciones negativas sobre las características que les son propias o que perciben en sí mismos, y descripciones negativas sobre lo que les va a ocurrir en el futuro. Todo ello, especialmente, cuando tales verbalizaciones suponen barreras para realizar algunas actividades o para su funcionamiento adaptativo.

- *Cambios en el estado de ánimo y conductas depresivas*

Interpretando esto como una alta frecuencia de conductas de llanto, verbalizaciones negativas, u otras expresiones de pensamientos y sentimientos catalogados cultural y profesionalmente como depresivos. Así como un bajo nivel de actividad o, especialmente, un descenso de los comportamientos habituales en el niño.

- *Alteraciones de ansiedad*

Consistentes en claros patrones de evitación ante situaciones como estar o dormir solos, la presencia de personas con una carga o función aversiva, a la escuela, o salir fuera de casa, etc.; pudiendo estar acompañado de episodios con alteraciones de las respuestas fisiológicas o crisis de pánico.

II. TRASTORNOS EN EL DESARROLLO COGNITIVO Y SOCIAL

- *Déficits o alteraciones del habla y el lenguaje*

Referido a retraso en la adquisición o desarrollo del lenguaje, y problemas de articulación, topografía, expresión o comprensión.

- *Bajo rendimiento y retraso escolar*

Se han tomado como base para la determinación de este tipo de problemas las notas escolares, los informes de profesores y padres, información referente a la evolución escolar, y la necesidad de apoyo o recursos específicos. Incluyendo dificultades en inicial y mantener la atención.

- *Comportamientos perturbadores o disruptivos en el contexto escolar*

Se ha considerado la presencia de este problema ante la aparición o constatación de provocar conflictos con los compañeros en el aula, mostrar diferentes comportamientos perturbadores en la misma (gritos, burlas, ruidos y juegos disruptivos), así como las amenazas a compañeros/as, el acoso sexual a compañeros/as, el uso de insultos o increpaciones soeces dirigidas a los compañeros/as e incluso a los profesores, etc.

III. TRASTORNOS DISOCIALES O PROBLEMAS DE CONDUCTA ANTISOCIAL

Bajo este epígrafe se engloban los comportamientos agresivos hacia compañeros, y conductas autolesivas, así como tendencias violentas y destructivas en el hogar, comportamientos delictivos, y el consumo de alcohol y drogas. También se han contabilizado dentro de este apartado los menores que han sido formalmente diagnosticados de trastornos disociales.

IV. OTRAS ALTERACIONES O TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

También se han tenido en cuenta otras alteraciones psicológicas detectadas en los menores, que no están contempladas en los puntos anteriores, y que pueden ser efectos directos o indirectos del maltrato, por lo que han sido recogidos en un cuarto apartado. Incluye alteraciones como: retraso mental o del desarrollo, hiperactividad (con o sin déficit atencional), trastornos sexuales, alteraciones del sueño, trastornos del control de esfínteres, afasia, y episodios maníaco sin especificar. Para todos ellos se ha tomado como criterio para su delimitación: en primer lugar, si ya llegaban con una diagnóstico formal ese mismo, y si no era el caso se aplicaban los criterios diagnósticos del DSMIV.

finales de 2001. A través de esta revisión se contabilizaron las valoraciones y los diagnósticos existentes, realizados sobre los menores, y contenidos en informes realizados por Psicólogos pertenecientes a Centros de Protección Infantil, Equipos de Salud Mental, Equipos de Orientación Escolar, Equipos Psicosociales adscritos a los Juzgados, etcétera. Se respetaron en esta recogida de datos los diagnósticos y sistemas de clasificación empleados por los diferentes profesionales: CIE-10 y DSM-IV, en su mayoría.

También se tomaron en cuenta, para la evaluación y el diagnóstico de Trastornos Psicológicos en los menores de la muestra, los datos vertidos en los expedientes. En estos se archiva toda la información documental que se va recogiendo sobre las familias y así contienen por ejemplo, notas de las sesiones de Evaluación o Tratamiento realizadas por el psicólogo del Equipo; hojas de seguimiento de las visitas, intervenciones y gestio-

nes realizadas por Educadores Familiares y Trabajadores Sociales; información aportada por profesionales de diferentes instituciones o agentes sociales, familiares cercanos, o vecinos; documentos judiciales y de cuerpos de seguridad; partes médicos; boletines escolares; etcétera. Igualmente, se recogió información, no documental, de Educadores Familiares, y Trabajadores Sociales, sobre datos obtenidos en entrevista u observados directamente en el Centro de trabajo o en visitas domiciliarias.

La comparación entre esta valoración diagnóstica y la realizada por otros profesionales reflejó un alto grado de acuerdo y, por tanto, un índice muy satisfactorio de confiabilidad interjueces.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se exponen a continuación en la siguiente tabla.

Tipos de Alteraciones o Trastornos Psicológicos	Prácticas Parentales											
	ABANDONO				MALTRATO				AMBOS			
	1999	2000	2001	TOTAL	1999	2000	2001	TOTAL	1999	2000	2001	TOTAL
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
I.Trastornos en el desarrollo de las relaciones y el afecto	35,29	71,87	48,78	49,19	61,11	68,75	80	67,46	79,41	83,33	69,23	78,46
- Vínculos o apego inseguros	5,88	28,12	39,02	22,58	33,33	59,37	60	48,19	67,64	55,55	7,69	52,30
- Problemas de habilidad social	35,29	65,62	29,26	41,12	36,11	50	33,33	40,96	38,23	50	69,23	47,69
- Baja Autoestima y expect negat	5,88	12,50	12,19	9,67	13,88	9,37	6,66	10,84	11,76	5,55	7,69	9,23
- Trastornos afectivos	9,80	12,50	9,75	10,48	22,22	15,62	26,66	20,48	11,76	33,33	0	15,38
- Trastornos de Ansiedad	3,92	6,25	9,75	6,45	25	18,75	20	21,68	14,70	5,55	7,69	10,76
II.Trastornos en el Desarrollo cognitivo y social	45,09	68,75	46,34	51,61	30,55	31,25	40	32,53	29,41	61,12	30,76	38,46
- Alteraciones del lenguaje	3,92	0	7,31	4,03	8,33	6,25	0	6,02	2,94	5,55	15,38	6,15
- Bajo rendim. y retraso escolar	43,13	68,75	46,34	50,80	30,55	28,12	40	31,32	29,41	55,55	30,76	36,92
- Transgresiones morales	5,88	3,12	7,31	5,64	0	9,37	13,33	6,02	2,94	5,55	0	3,07
III.Trastornos o Problemas de conducta	1,96	9,37	12,19	7,25	11,11	12,50	20	13,25	11,76	11,11	7,69	10,76
IV. Otras Alteraciones o Trastornos psicológicos	19,60	9,37	17,07	16,12	16,66	12,50	13,33	14,45	11,76	11,11	15,38	12,30
- Retraso en el Desarrollo	9,80	3,12	4,87	6,45	0	3,12	0	1,20	2,94	5,55	0	3,07
- Hiperactividad	1,96	3,12	7,31	4,03	8,33	0	6,66	4,81	2,94	5,55	0	3,07
- Trastornos sexuales	0	0	0	0	2,77	0	0	1,20	0	0	0	0
- Alteraciones del sueño	0	0	0	0	5,55	0	6,66	3,61	2,94	0	0	1,53
- Trastornos control esfínteres	7,84	3,12	2,43	4,83	0	6,25	0	2,40	2,94	0	15,38	4,61
- Afasia	0	0	2,43	0,80	0	0	0	0	0	0	0	0
- Episodio maniaco sin especif.	0	0	0	0	0	3,12	0	1,20	0	0	0	0

Datos sobre la Muestra	TOTAL	Abandono				Maltrato				Mixto			
		1999	2000	2001	Total	1999	2000	2001	Total	1999	2000	2001	Total
Número de familias	122	19	11	19	49	22	14	10	46	16	8	3	27
Número de menores	272	51	32	41	124	36	32	15	83	34	18	13	65

Tabla de Resultados

La tabla nos indica el porcentaje de menores dentro de cada grupo que presentan los diferentes trastornos que se señalan. Estos datos se desglosan en las diferentes cohortes revisadas sumándose en la última columna. Por otra parte, se condensan en cuatro apartados o conjuntos generales de trastornos numerados y destacados en negrita dentro de la tabla. No obstante, como algunos menores presentan más de un problema, este dato referido a áreas generales no coincide con la suma del porcentaje de sujetos que sufren cada una de las alteracio-

nes pertenecientes al bloque.

En esta tabla general se pueden observar determinados datos que indican diferencias entre grupos. Si atendemos a los datos globales referidos a áreas o conjuntos de alteraciones comportamentales podemos observar que el subgrupo de menores bajo condiciones de Abandono presentan una mayor incidencia de trastornos del desarrollo cognitivo y social (51,61%) con una predominancia de los problemas en el rendimiento escolar. Seguidamente, se presenta alta incidencia de los trastornos en el des-

arrollo de las relaciones y el afecto (49,1%), de los que destacan de mayor a menor los problemas de habilidad social y los problemas de vínculos inseguros. Finalmente, con una cierta distancia respecto a los trastornos anteriormente citados se recoge cierta incidencia (16,1%) de otras alteraciones psicológicas (destacando, de una manera casi proporcionada el retraso en el desarrollo, la hiperactividad y los trastornos de control de esfínteres), y aún con menor incidencia (7,25%) se presentan trastornos de conducta.

Por el contrario, los menores de la muestra clasificados en Maltrato presentan su una mayor incidencia en cuanto a los trastornos en el desarrollo de las relaciones y el afecto (67,4%), de los que destacan de mayor a menor los problemas de vínculos inseguros, los problemas de habilidad social, los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos. En segundo lugar, destacan los trastornos en el desarrollo cognitivo y social (32,5%), de nuevo con una relevancia especial en bajo rendimiento escolar. Por último, por encima de los trastornos disociales, se presentan otras alteraciones psicológicas (14,4%) de manera muy repartida entre cada una de ellas.

Finalmente, en los menores bajo la tutela de adultos con comportamien-

tos negligentes y maltratantes (grupo denominado como Mixto) se presenta igualmente una mayor incidencia de trastornos en el desarrollo de las relaciones y del afecto (78,46%) y además se sigue la misma secuencia de mayor a menor incidencia de las alteraciones específicas que componen este bloque que en el grupo de maltrato. De la misma manera aparecen en segundo lugar los trastornos del desarrollo cognitivo y social (38,4%), y de nuevo con una proporción elevada se muestran los problemas de retraso escolar. Le sigue el bloque de otras alteraciones psicológicas (12,3%), con un reparto de esta incidencia entre problemas específicos casi proporcionada, y por último tenemos que el grupo de menor incidencia es el de los trastornos de conducta (10,7%).

Es igualmente interesante, como primer acercamiento e estos datos, destacar algunos datos globales referidos a la incidencia de cada conjunto o área de trastornos, a través de las diferentes cohortes, y comparando los tres grupos. Así, en la *gráfica 1* relativa a los trastornos en el desarrollo de las relaciones y del afecto se observa que el mayor porcentaje de niños que presentan estos tipos de trastornos está en el grupo mixto (esto es, los que habían sido víctima de ambos tipos de

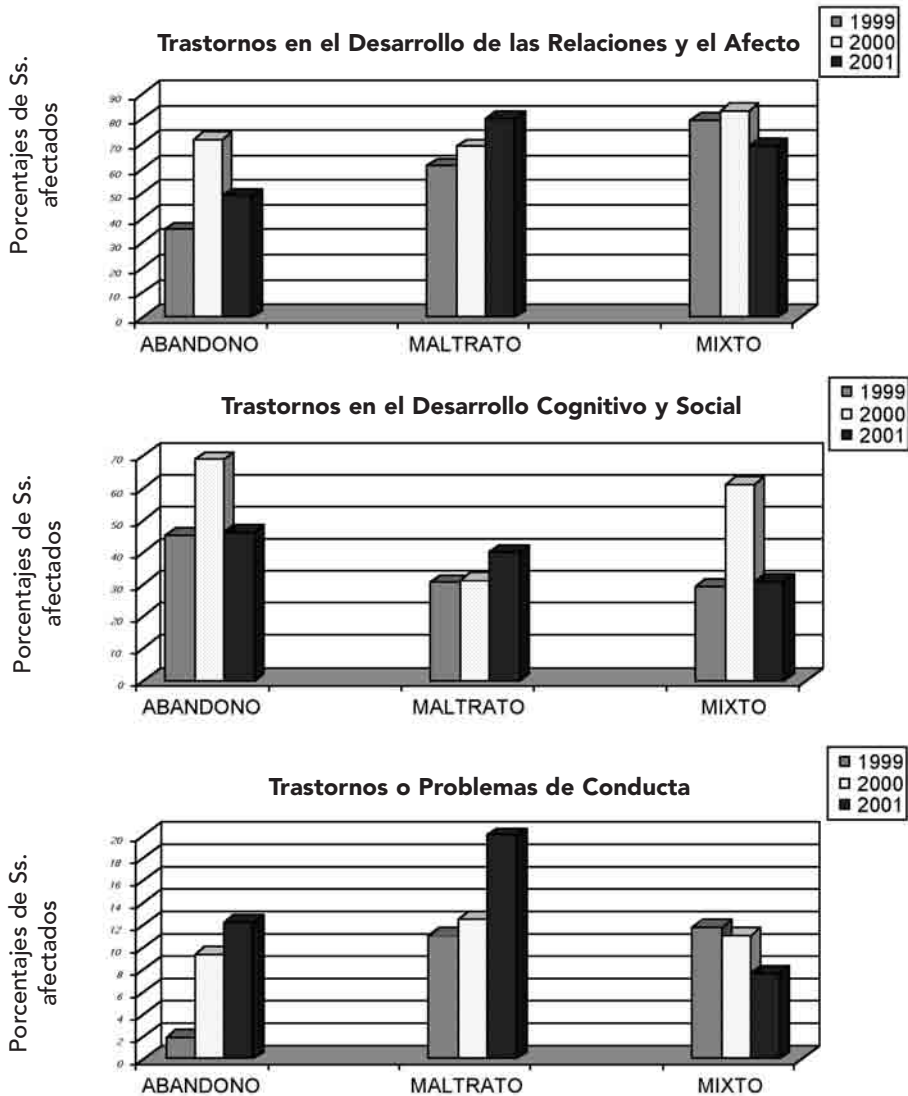


Gráfico 1,2,3. Incidencia de Conjunto de Alteraciones o Trastornos Psicológicos en cada uno de los grupos a través de las 3 cohortes revisadas

prácticas de malos tratos), incidencia que es mayor en el año 2000, luego en el 1999, y parece bajar en el 2001. El segundo grupo con una elevada incidencia de estos trastornos en el desarrollo de las relaciones y del afecto es el de niños víctima de maltrato, con una progresión ascendente a través de las diferentes cohortes. Por último, se aprecia una clara diferencia de esta incidencia respecto del grupo de abandono, en el que hay menor porcentaje de sujetos que presenten este tipo de trastornos y existen diferencias y variabilidad a través de las cohortes.

La *gráfica 2* muestra la incidencia de los trastornos en el desarrollo cognitivo y social en los tres grupos a través de las tres cohortes. Estos trastornos aparecen en mayor porcentaje en el grupo de niños víctima de prácticas de abandono, de manera más elevada en el año 2000 y equivalente en el año 1999 y 2001. El grupo de maltrato presenta una baja incidencia de estos trastornos, más o menos equivalente al grupo mixto; excepto en el año 2000, en el que hay un claro aumento en este último grupo.

La *gráfica 3* muestra la incidencia de los trastornos disociales o problemas de conducta en los tres grupos a través de las tres cohortes. Estos trastornos aparecen en menor grado, res-

pecto de los otros dos trastornos citados, en todos los grupos (abandono, maltrato y mixto) y se muestran de manera más distribuida y variable; así en el año 1999 la mayor incidencia se presenta en el grupo mixto y de maltrato sin apenas diferencias, mientras que en el grupo de abandono es mínimo el porcentaje de sujetos que presentan dichos trastornos. En el año 2000 la incidencia es similar en los tres grupos (de un 8 a un 12%), algo más en el de grupo de maltrato. Y en el año 2001 el porcentaje de niños que presentan estos trastornos sube de manera evidente en el grupo de abandono y en el de maltrato (de manera espectacular en este último) mientras que desciende en el grupo mixto. Por último, la evolución de estos trastornos a través de los años evaluados es progresiva y ascendente para el grupo de maltrato y, aunque en menor porcentaje, en el grupo de abandono; al contrario en el grupo mixto esta evolución va de mayor a menor.

Si descendemos a otro nivel y observamos la incidencia de cada una de las alteraciones específicas que están incluidas en estos tres conjuntos de trastornos, comparándolas entre grupos, podemos llegar a establecer tres cuadros en los que se recogen los principales problemas que afectan de

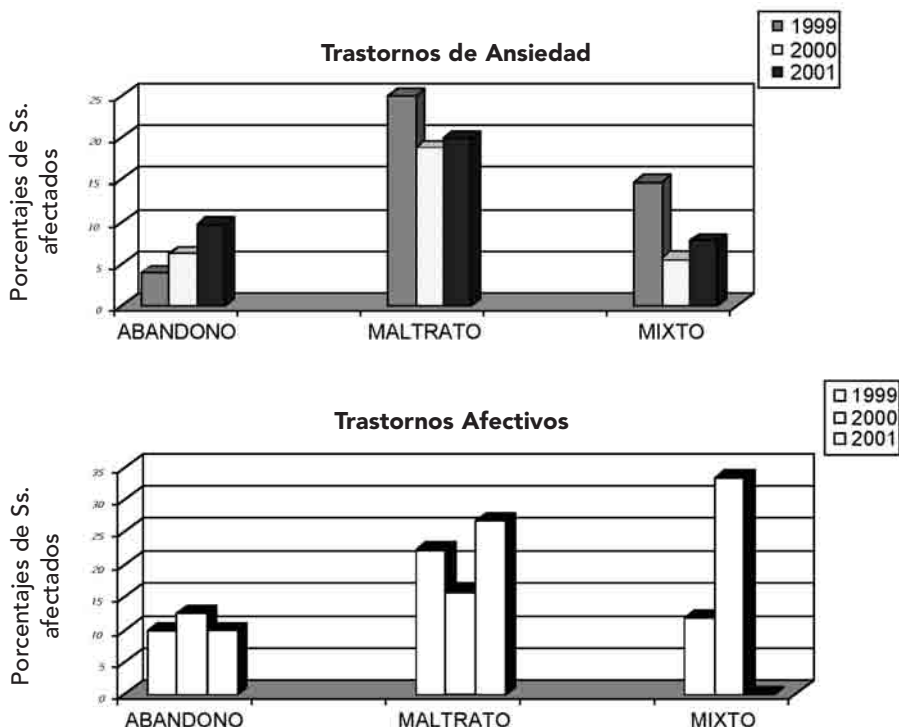
forma diferencial a cada uno de estos grupos.

En las dos gráficas siguientes se presentan los problemas con una mayor incidencia en el grupo de menores expuestos a practicas de maltrato.

La gráfica 4 presenta la incidencia de los problemas de ansiedad, que son un subgrupo del bloque de trastornos del desarrollo de las relaciones y del afecto. Destaca en este sentido, que los menores pertenecientes al grupo de maltrato muestran un mayor

porcentaje, con una tendencia descendente no progresiva a través de las cohortes analizadas.

La incidencia de los trastornos afectivos o patrones depresivos (incluidos también en el grupo global de trastornos del desarrollo de las relaciones y del afecto) se presenta en la gráfica 5. En esta se puede observar que el grupo con mayor porcentaje de menores afectados es el expuesto a condiciones de maltrato, aún sin seguir una clara progresión a través de las cohortes ya que se produce un



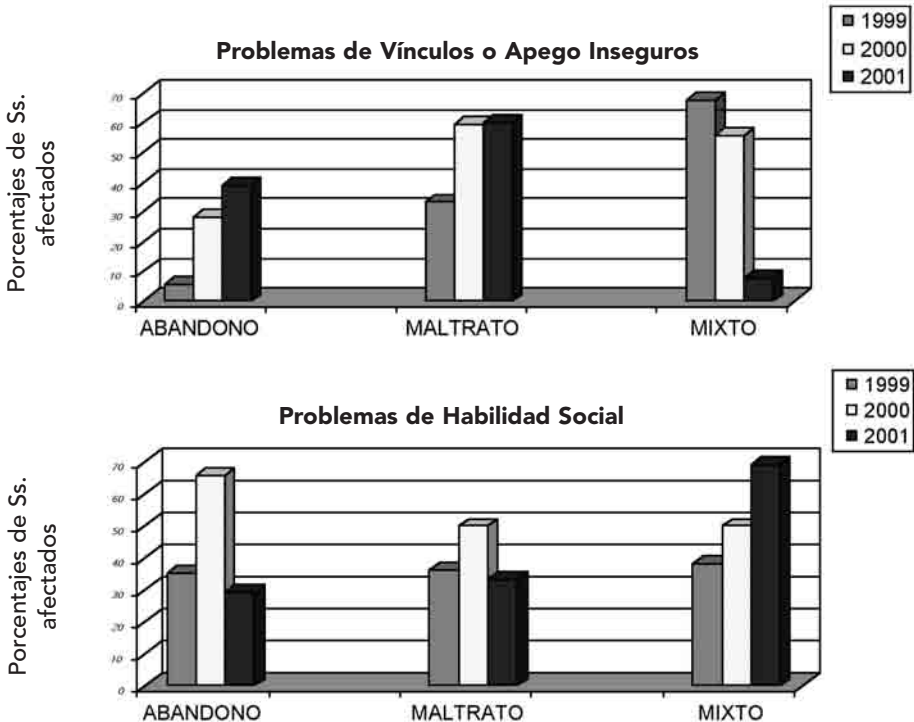
Gráficas 4,5. Incidencia de Trastornos de Ansiedad y Trastornos Afectivos en cada uno de los grupos a través de las 3 cohortes revisadas.

descenso en el año 2000. Después sigue el grupo mixto que presenta un porcentaje muy elevado en el año 2000 (que supera incluso al máximo del año 2001 en el grupo de maltrato). Y en último lugar aparece el grupo de abandono con niveles muy equivalentes a través de los años evaluados.

En este cuadro se reúnen aquellos problemas que presentan una mayor incidencia en el grupo expuesto a prácticas mixtas.

La gráfica 6 indica la incidencia de problemas de vínculos o apegos inse-

gueros pertenecientes al bloque general de los trastornos del desarrollo de las relaciones y del afecto. El porcentaje en este tipo de trastornos fluctúa en buena medida a través de los años, así en el año 1999 el grupo que presentaba mayor porcentaje de menores afectados era el mixto con grandes diferencias, seguido del grupo de maltrato y con una incidencia casi nula en el grupo de abandono. Sin embargo, en el año 2000 el grupo de maltrato y el mixto presentan porcentajes cercanos aunque mayor en el primer grupo,

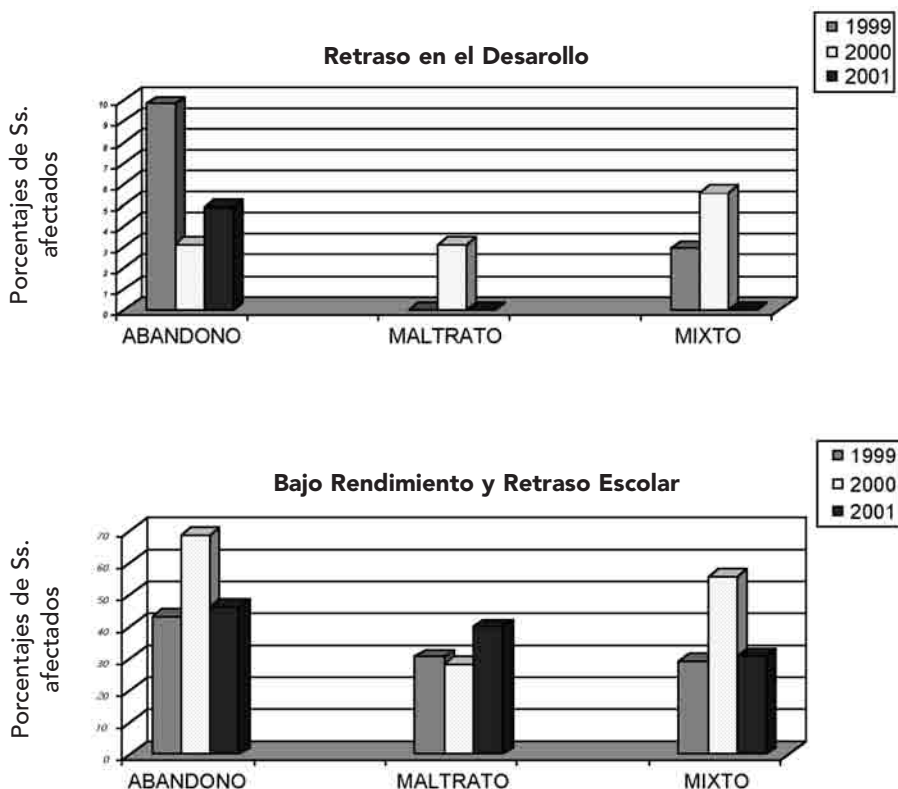


Gráficas 6,7. Incidencia de Problemas en Vínculos-Apego Inseguros y Problemas de Habilidad Social en cada uno de los grupos a través de las 3 cohortes revisadas

y es bastante menor el porcentaje de menores afectados en el grupo de abandono. En el año 2001 la incidencia presenta una distribución diferente, de manera que es mayor en el grupo de maltrato, le sigue el grupo de abandono y es muy bajo el porcentaje de menores afectados en el grupo mixto.

En la *gráfica 7* se presenta la incidencia de las dificultades en habilidades sociales e interpersonales, igual-

mente dentro del bloque general de los trastornos del desarrollo de las relaciones y del afecto. En el año 1999 el porcentaje de menores afectados está bastante equilibrado en los tres grupos; mientras que en el año 2000 la incidencia despunta en el grupo de abandono y es casi equivalente entre el grupo de maltrato y en el grupo mixto. Por el contrario, en el año 2001 el porcentaje es mayor en el grupo



Gráficas 8,9. Incidencia de Retraso en el Desarrollo y Bajo Rendimiento-Rtraso Escolar en cada uno de los grupos a través de las 3 cohortes revisadas.

mixto y desciende de manera considerable, respecto al año anterior, tanto en el grupo de abandono como en el de maltrato, siendo algo mayor la incidencia en este último.

En estas dos últimas gráficas se representan los problemas que alcanzan mayor incidencia en los menores expuestos a condiciones de abandono.

La *gráfica 8* presenta uno de los trastornos con una incidencia más claramente diferenciada según tipo de prácticas abusivas a las que se exponen los menores, de manera que el porcentaje de los mismos que presentan retraso en el desarrollo es mayor en el grupo de abandono, incidencia que se mantiene aunque con tendencia descendente a través de las cohortes (excepto una leve variación en el año 2000, en el que sube en el grupo mixto). Sin embargo, la incidencia de retraso en el desarrollo, entendido como retraso mental, es casi nula en el grupo de maltrato y en el mixto.

La *gráfica 9* muestra la incidencia de retraso escolar o simplemente bajo rendimiento escolar. Este tipo de trastornos se muestran igualmente en mayor porcentaje en el grupo de abandono con una tendencia similar en el año 1999 y 2001, pero con un incremento en el año 2000. Entre el

grupo de maltrato y mixto no existen grandes diferencias, con porcentajes muy cercanos excepto en el año 2000 que sube en el grupo mixto.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En primer lugar, cabe adelantar que este estudio no permite establecer relaciones causales entre variables. No obstante, como primer acercamiento a este tema en el contexto de un servicio de estas características se podrían hacer algunas reflexiones sobre estos datos, apuntando las posibles vías o hipótesis que guíen otras investigaciones futuras y señalando al unísono con otros estudios los factores de riesgo que conllevan las diferentes prácticas de malos tratos.

Los resultados de este estudio indican que los menores directamente expuestos a prácticas abusivas por parte de sus cuidadores (lo que se ha venido a denominar grupo de maltrato) tienen una mayor probabilidad de sufrir trastornos en cuanto a su desarrollo emocional, del afecto y de las relaciones interpersonales o de adaptación social. De hecho, estas condiciones o dinámicas de funcionamiento del entorno familiar podrían en determinados casos favorecer, en los que crecen inmersos en ellas, la aparición de cuadros ansiosos o depresivos, así

como problemas de conducta antisocial –aunque este último no haya sido de amplia incidencia en el grupo de maltrato-. En suma, la experiencia de malos tratos, como ya es ampliamente conocido en la arena clínica, puede suponer un factor de riesgo para conformar un trastorno de evitación experiencial, bien en la forma de patrones ansiosos o depresivos (véanse características, naturaleza y efectos del mismo en Luciano y Hayes, 2001; Wilson y Luciano, 2002, entre otros).

Por otra parte, las condiciones de abandono y el trato negligente por parte de los padres parecen frenar lo que socialmente se considera un desarrollo normal de determinados repertorios cognitivos (especialmente, académicos) y sociales, incluso llegando a suponer un factor para el retraso en el desarrollo. Si bien el grupo de abandono también puntúa alto en las alteraciones del desarrollo emocional y del afecto, no es tan elevado como en el grupo de maltrato y no se dirige hacia los trastornos de ansiedad y depresión antes indicados sino hacia dificultades en las habilidades interpersonales y problemas en los vínculos o apegos.

Asimismo, en aquellos casos en los que se dan de forma conjunta tanto la desatención de las necesidades más

básicas como otras formas de maltrato más activas parece que resulta más difícil para los niños y niñas establecer vínculos de apego seguros con sus cuidadores, así como aprender habilidades adecuadas de relación interpersonal. De hecho, este grupo mixto es el de mayor incidencia de los trastornos en el desarrollo de las relaciones y el afecto; al igual que destaca (superando a los otros dos grupos) dentro de este amplio bloque los problemas de habilidades interpersonales y de vínculos o apegos. En cualquier caso, estas últimas alteraciones (especialmente, los apegos inseguros) son de alta incidencia en los tres grupos, aspecto que podría ser extendido y aprovechado desde las investigaciones que analizan las teorías del apego y los trastornos de la vinculación, de reciente incorporación en los sistemas formales de clasificación.

Finalmente, al concluir respecto a los datos obtenidos cabe destacar que los trastornos disociales o trastornos de conducta (con especial interés en los comportamientos perturbadores y agresivos) no han resultado ser de principal incidencia en ninguno de los tres grupos, algo que no parece coincidir con aquellas hipótesis (en la línea de los modelos psiquiátricos/psicológicos de transmisión intergenera-

cional del maltrato) que apuntan el hecho de que haber sido víctima de maltrato supone un factor de riesgo y/o de pronóstico de comportamientos agresivos, violentos o maltratantes en los afectados. No obstante hemos de volver a señalar en este punto el importante sesgo de esta muestra en cuanto a los menores que son derivados o atendidos en estos servicios de protección a la infancia en los que no suelen encajar menores con comportamientos delictivos que son canalizados hacia otros sistemas de atención o tratamiento. Probablemente esto explicaría esta incongruencia en los resultados obtenidos.

Los porcentajes obtenidos para estos bloques o conjuntos de trastornos psicológicos podrían prestar mayor apoyo empírico, que los efectos señalados por distintos autores como más comunes en menores maltratados. Siendo así, los resultados obtenidos en este estudio corroboran en cierta medida una mayor proporción de los casos de negligencia o abandono respecto del maltrato físico o psíquico de carácter activo (aunque en este caso no se haya diferenciado esta dualidad en el grupo de maltrato); hallazgo que también se muestra en otros estudios (de Paúl, Arruabarrena y Torres, 1995; Inglés,

1991, 2000; Jiménez, Moreno, Oliva, Palacios y Saldaña, 1995; Requena, 2001; Simón, López, y Linaza, 1998; Verdugo, Gutiérrez, Fuertes y Elices, 1993).

En segundo lugar, es relevante y significativa una cierta consistencia o, en algunos casos, una progresión ascendente que se produce a través de las tres cohortes revisadas en cuanto a la mayor tasa de incidencia, de algunos trastornos concretos, de forma diferencial en cada uno de los tres grupos o subcategorías en las que se ha dividido la muestra. Esto ha podido observarse al no estar limitados a estrategias de tipo transversal, sino analizar lo transversal de manera secuencial aunque de forma retrospectiva, lo que ha permitido hacer un seguimiento equivalente al longitudinal. Además, los resultados obtenidos parecen indicar que existe algún tipo de relación constante, aspecto este que es ampliamente valorado en la metodología epidemiológica, entre los diferentes patrones de comportamiento que se han descrito para los educadores o cuidadores, y el tipo de problemas psicológicos que aparecen en los menores.

Por último, habría que indicar que se vislumbra una cierta lógica en los resultados obtenidos, y que tiene sen-

tido el que determinados estilos de interacción generen un determinado tipo de problemáticas. Resulta coherente, por ejemplo, que en los ambientes familiares negligentes no tengan lugar interacciones que pudieran proporcionar funciones discriminativas o fuentes de reforzamiento que estimulen un adecuado desarrollo psicológico; así como serán escasos los modelos y normas sociales coherentes, que hagan posible el aprendizaje y generalización de variados repertorios de conducta. Todo ello puede conllevar que los menores pertenecientes a estos grupos de abandono o negligencia presenten problemas de retraso cognitivo, social e incluso retraso en el desarrollo; algo que a su vez coincide con las hipótesis explicativas de este último trastorno (véanse entre otras aproximaciones etiológicas del retraso en el desarrollo las historias interactivas que pueden suponer factores de riesgo para este trastorno y que han sido propuestas por Bijou, 1988). También parece coherente que en aquellas dinámicas de relación familiar consideradas como abusivas o maltratantes, en las que hay un mayor número de interacciones de castigo, el comportamiento de los padres (e incluso de otras personas a las que lleguen a transferir tales fun-

ciones) llegue a cumplir funciones aversivas y evitativas para los menores, de manera tal que conduzca a una mayor incidencia de problemas de ansiedad y alteraciones emocionales o del afecto; cuadros formales que pueden suponer a la base y a lo largo de su historia un trastorno de evitación experiencial o un patrón generalizado de evitación de sus propias emociones, sentimientos, pensamientos y recuerdos que lleguen a suponer barreras en sus vidas.

No obstante, también hay que señalar que sería deseable poder obtener más datos de este tipo para poblaciones más extensas, ya que la muestra de este estudio adolece de validez externa, al estar circunscrita a una población muy determinada. Además, y de manera similar a como ocurre en estudios de mayor extensión y validez externa que el que se presenta (por ejemplo, en de Paúl, Arruabarrena y Torres, 1995; Inglés, 1991, 2000; Jiménez y cols., 1995; Requena, 2001; Simón, López, y Linaza, 1998; Verdugo y cols., 1993), los datos extraídos han de ser tomados con cierta cautela por su carácter parcial, en tanto que sería relevante ampliar las poblaciones de referencia y aspirar a realizar estudios a niveles estatales (en la línea de Jiménez, Oliva

y Saldaña, 1996; Requena, 2002). En este sentido, sería interesante poder conectar con otros servicios de similares características al que ha servido para este estudio.

Igualmente, las fuentes de detección de los casos en este estudio han sido las usuales en nuestro sistema socio-administrativo, esto es, los servicios sociales, los profesores y el personal sanitario; hecho este que, como es ampliamente conocido en otros estudios, produce un sesgo en las muestras reales, dado que no se detectan ni denuncian muchísimas prácticas de malos tratos. Muestra de ello, es que en este estudio como en muchos otros las muestras provienen de familias socio-económicamente desfavorecidas, así aparece de suyo en las memorias anuales que se realizan en el Equipo de tratamiento para la Dirección General de Infancia y Familia, en las que se describen y cuantifican un conjunto amplio de características de las familias atendidas que vienen a confirmar este fenómeno. Esto puede deberse en parte a varias razones. En primer lugar, por el sesgo que introducen en el proceso de detección y valoración de los casos de maltrato o abandono los profesionales que realizan la derivación hacia los servicios de protección infantil. Por

otra parte, la población más en contacto con Servicios Sociales suele tener mayores necesidades o carencias, reuniendo por tanto este tipo de características, y tiene mayor probabilidad de ser detectada y derivada hacia estos servicios. Por último, habría que considerar que los casos más numerosos son los denominados como de abandono, hecho este que se confirma en otros estudios, y que estos suelen producirse en familias con condiciones socioeconómicas y culturales muy desfavorecidas

Asimismo, tal como ocurre en algunos de los estudios antes citados e incluso algunos a nivel nacional, los datos en este tipo de estudios suelen estar referidos a una única fuente de información, a saber el análisis retrospectivo de expedientes administrativos. En este sentido, sería importante continuar con el estudio, dándole un carácter prospectivo e igualmente se deberían estudiar estas hipótesis diseñando investigaciones de tipo correlacional entre ambas variables, para poder dar así un paso más en la confirmación de las hipótesis aquí apuntadas.

Otro aspecto a completar en este estudio para el análisis de los datos sería la introducción de otras variables como el sexo, la edad, o características de carácter sociodemográfico que

nos permitieran apuntar o descartar posibles factores de riesgo.

En suma, y al unísono con lo indicado por Palacios (1995), sería deseable realizar este tipo de estudios a mayores escalas, con una metodología unificada y compartiendo criterios técnicos como el uso de fuentes de información variadas así como una diversidad y amplitud de dispositivos de detección de los malos tratos. Igualmente, sería conveniente fomentar desde servicios como en el que se ha situado esta investigación estudios no tanto en base a datos retrospectivos de adultos sino estudios de notificación o denuncia.

En todo caso, también se puede añadir que el interés de este estudio radica fundamentalmente en tres aspectos:

Primero, supone una aportación más a la empiría existente en este tema, de manera que pese a sus limitaciones se trata de un estudio que se suma a los avances existentes y si bien no permite hacer una cuantificación exacta de la magnitud de los malos tratos en la infancia si permite conocer más esta realidad y los factores asocia-

dos, favoreciendo con ello la prevención y el tratamiento de los efectos generados.

Segundo, permite reflexionar sobre la necesidad de sistematizar y diseminar con cierto rigor metodológico la labor de los profesionales de servicios como el del contexto de este estudio. Así se anima desde esta experiencia a los diferentes profesionales a no trabajar por inercia, a no sólo valorar e intervenir adecuadamente como servicio atencional sino a ir más allá teniendo un continuo control, reflexión y diseminación del análisis de los casos que les llegan.

Por último, resulta de especial interés la labor de este estudio de analizar los efectos psicológicos generados por los malos tratos pero diferenciándolos según sean un tipo u otro; esto es, si principalmente ha sido una familia de abandono o una familia de malos tratos. Aspecto este que consideramos de especial utilidad en los momentos iniciales de evaluación y tratamiento de cualquier caso, dado que caso de hacerse permitiría poner énfasis sobre una u otra faceta psicológica del niño en cuestión.

REFERENCIAS

- Bijou, S. (1988). Un punto realista sobre el retraso mental: implicaciones para la educación y el entrenamiento. En M.C. Luciano y J. Gil Roales-Nieto (Eds.), *Análisis e Intervención Conductual en Retraso en el Desarrollo*. Granada: Servicio de Publicaciones Universidad de Granada.
- Cantón, J. D. y Cortés, J. A. (1997). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo XXI.
- Cerezo, M. A. (1995). El impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 135-157.
- Cicchetti, D. (1994). Advances and challenges in the study of the sequelae of child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 6, 1-4
- Cicchetti, D. y Barnett, D. (1991). Toward the development of a scientific nosology in child maltreatment. En W.M. Grove y D. Cicchetti (Eds.), *Thinking dearly about Psychology. Volumen 2: Personality and psychopathology*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cicchetti, D. y Olsen, K. (1990). The development psychopathology of child maltreatment. En M. Lewis y S.M. Miller (Eds.). *Handbook of developmental psychopathology*. NY: Plenum Press.
- De Pául, J., Alzate, R., Ortiz, M.J., Echeberría, A., y Arruabarrena, M.I. (1988). *Maltrato y abandono infantil. Identificación de factores de riesgo*. Victoria-Gasteiz: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- De Pául, J. y Arruabarrena, M.I. (1995). *Manual de protección infantil*. Barcelona: Mason.
- De Pául, J., Arruabarrena, M.I. y Torres, B. (1995). La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Guipúzcoa. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 49-58.
- Díaz, H. J.A., Puyo, M.C., Romeu, S.F.J., y Gotzens, B.F. (2002). Sistema unificado de registro de casos de maltrato infantil en España. *Bienestar y Protección Infantil*, 1 (1), 91-100.
- Gómez, I. (2001). Efectos y factores de riesgo de los diferentes tipos de maltrato. Curso de formación de agentes en oficinas de victimización. Junta de Andalucía. Universidad de Almería.
- Inglés, A. (1991). *Els maltractaments infantils a Catalunya. Estudi actual y balance de la seva situació actual*. Barcelona: Departament de Bienestar Social, Generalitat de Catalunya.
- Inglés, A. (dir.) (2000). *Els maltractaments infantils a Catalunya. Quants,*

com, per qué. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics, Generalitat de Catalunya.

- Jiménez, J., Moreno, M.C., Oliva, A., Palacios, J. y Saldaña, D. (1995). *El maltrato infantil en Andalucía*. Sevilla. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Jiménez, J., Oliva, A., y Saldaña, D. (1996). *Maltrato y protección a la infancia en España*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.

- Lewis, D.O. (1992). From Abuse to Violence: Psychophysiological Consequences of Maltreatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31 (3), 383-391.

- Luciano, M.C. y Hayes, S. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 1, 109-157.

- McGee, R.A. y Wolfe, D.A. (1991). Psychological maltreatment: Toward an operational definition. *Development and Psychopathology*, 3, 3-18.

- Martín, A.L., Ochotorena, P.J., y Pedreira, J.L. (1995). La Infancia Maltratada: Contenidos Psicopatológicos. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Universidad de Sevilla.

- Palacios, J. (1995). Los datos del maltrato infantil en España: una visión de conjunto. *Infancia y Aprendizaje*,

71, 69-75.

- Palacios, J., Moreno, M.C., y Jiménez, J. (1995). El maltrato infantil: concepto, tipos, etiología. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 7-21.

- Requena, E. (dir.) (2001). *Maltrato Infantil en la familia. Comunidad Valenciana (1997-1998)*. Valencia: Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia.

- Requena, E. (2002). *Maltrato infantil en la familia. España 1997/98*. Valencia: Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia.

- Roig, A.M. y Ochotorena (1993). *Maltrato y Abandono en la Infancia*. Barcelona: Martínez Roca.

- Simón, C., López, J.L., y Linaza, J.L. (1998). *La población infantil en situación de desamparo en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Servicios Sociales.

- Torres, B., Arruabarrena, M.I. y de Paúl, J. (1996). *Evaluación de los casos de Maltrato infantil*. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.

- Verdugo, M.A., Gutiérrez, B., Fuertes, J., y Elices, J.A. (1993). *Maltrato y minusvalía*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

- Wekerle, C. y Wolfe, D.A. (1996). Child Maltreatment. En E.J. Mash y R.A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology*. NY: The Guilford Press.

- Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.

- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

- Wolfe, D.A., y Pierre, J. (1993) Abuso y Abandono en la Infancia. En

T.H. Ollendick y M. Hersen (Eds.) *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.

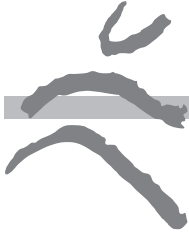
- Zaldívar, F., Rubio, V., Morales, J.M., y Zunzunegui, M.V. (1998). Factores de riesgo del Maltrato Infantil: un estudio de casos y controles en el área metropolitana de Madrid. *Revista de Psicología de la Salud*, 10 (1), 53-77.

Notas de los autores

El presente estudio se realizó y valoró en el marco del proyecto de investigación del primer autor a fin de superar su suficiencia investigadora en el segundo año de estudios de Tercer Ciclo, del programa de doctorado de Psicología Clínica y de la Salud en la Universidad de Almería. Asimismo, se ha presentado en el VI Congreso Estatal de Infancia Maltratada, celebrado en Murcia en el 2002.

Los autores quisieran hacer explícito su agradecimiento a todos los menores y sus familias que sin saberlo en su día hicieron posible este estudio al haberse visto envueltos y determinada

por un complejo marco de circunstancias, pasadas y presentes, que no han elegido. Deseamos que nuestro trabajo haya dado algún fruto y que estas familias nunca vuelvan a ser motivo u objeto de otras intervenciones o estudios. Queremos igualmente mostrar nuestra gratitud a los profesionales del Programa de Infancia y Familia y Equipo de Tratamiento Familiar del Área de Bienestar Social del Ayuntamiento de Motril por su inestimable colaboración en esta investigación. También nos gustaría dar las gracias a José Luis Arco por la valiosa ayuda que nos ha prestado.



La crisis estructural argentina y su impacto en la infancia

The structural crisis in Argentina and its impact on infants

MARÍA INÉS BRINGIOTTI* Y CORINA SAMANIEGO**

**Ditora del Programa de Investigación en Infancia Maltratada
– Universidad de Bs. As. Docente del Postgrado de Especialización en
Violencia Fliar – UBA – Secretaria de ASAPMI – Asociación Argentina
para la Prevención del Maltrato Infantojuvenil.*

***Miembro del Programa Investigación en Infancia Maltratada
– Universidad de Bs. As. Profesora Adjunta de la Cátedra I Salud
Pública-Salud Mental y Docente de Postgrado de la Facultad de
Psicología – Universidad de Bs. As.*

Resumen

El propósito de las autoras es presentar un panorama actualizado de la situación de la infancia en Argentina, como consecuencia de los cambios socioestructurales de los últimos años. La crisis político/económica ha impactado directamente sobre las condiciones cotidianas de vida de niños y adolescentes en diferentes aspectos – alimentación, educación, vivienda, salud, seguridad, acceso a bienes y servicios – afectando su desarrollo en las diferentes áreas evolutivas involucradas, en el marco de profundos cambios en la estructura familiar y el deterioro de vínculos familiares y sociales. Es posible observar diversas situaciones de violencia – individual, familiar e institucional – enmarcadas en el contexto de una violencia social más amplia, asociadas a nuevos indicadores reflejo de su impacto en la salud física y mental. Las medidas adoptadas son aún insuficientes y cumplen en el mejor de los casos con un objetivo asistencialista, previéndose a futuro el agravamiento de la situación de la infancia con el costo humano y social

que ello implica de no mediar la puesta en práctica de adecuadas políticas públicas / sociales para contrarrestar el impacto de la crisis.

Abstract

The aim of the authors is to present an updated view of the situation of infants in Argentina due to the socio-structural changes that have taken place during the last few years. The political/economical crisis has had a direct impact on the every day life of children and teenagers, through different aspects of their life—food, education, housing, health, safety, access to goods and services— affecting their development on the various evolutionary areas involved within the frame of significant changes in the family structure and the deterioration of family and social bonds. It is possible to observe several different violent situations— individual, family and institutional— within the context of a broader social violence associated with new signs which are reflected in their physical and mental health. The measures taken are not sufficient yet and in the best of the cases they are only meant to provide basic assistance. Future predictions indicate that the situation of infants will deteriorate, which includes the human and social cost that this will imply if adequate measures are not put into practice by public/social policies to halt the impact of the crisis.

LA CRISIS SOCIOECONÓMICA ACTUAL EN ARGENTINA

Los cambios estructurales que se han desarrollado en los últimos años en nuestro país se ven claramente reflejados en las condiciones socioeconómicas cotidianas de vida de las familias y sus integrantes – especialmente los sectores más vulnerables como son los niños y adolescentes –. La crisis económica ha incidido en la

formación de los nuevos hogares, así se comparte la vivienda, el terreno y los espacios, produciendo hacinamiento y falta de espacios adecuados en más familias. El aumento del número de hogares con jefatura femenina es cada vez mayor, este modelo transmite y aumenta los patrones de desigualdad existentes y de una serie de problemas sociales como embarazos adolescentes, abandono escolar,

desempleo juvenil, chic@s en la calle y violencia –doméstica y urbana –. Los cambios ocurridos en la estructura familiar como consecuencia del nuevo modelo económico y la creciente globalización han sido analizados por especialistas, que señalan que... “la crisis recesiva que distorsionó el mercado laboral, afectó también la vida familiar de los sectores populares - podríamos agregar, que afectó más a éstos, pero no sólo a éstos -, potenciando un fenómeno preexistente asociado a factores culturales y la pobreza estructural: la formación de familias no tradicionales” (Jelín y Geldstein, 1995). Los hogares en los cuáles las mujeres son las proveedoras se observan justamente en los habitados por familias vulnerables, como las que están en crisis y/o en riesgo social, las que tienen jefatura femenina, y las

familias reconstituidas. Las autoras aportan datos sumamente sugerentes, como los siguientes, en los hogares de bajos ingresos, con una principal proveedora mujer, el 42% son jefas del hogar y único sostén económico. A su vez el 43% de los hogares que tiene una proveedora mujer son monoparentales –32% madres solas con sus hij@s y el 11% con otros miembros familiares– y cerca del 40% tienen hij@s menores de 7 años. La mayoría son trabajadoras domésticas o con trabajos en “negro”, donde lo extradoméstico y doméstico ocupa todo su tiempo, así los hij@s de mayor edad deben colaborar en el cuidado de los más pequeños y en las tareas del hogar. Estos datos presentados en 1995, muestran el inicio de una crisis que se fue agudizando hasta alcanzar su mayor impacto a partir de fines del año 2001.

ARGENTINA: Pobreza e indigencia		
Años 1998 y 2002		
	Octubre de 1998	Mayo de 2002
Incidencia de la pobreza	32.6%	51.4%
Población pobre	11.219.000	18.219.000
Población indigente	3.242.000	7.777.000
Incidencia de la pobreza en menores de 18 años	46.8%	66.6%
Incidencia de la indigencia en menores de 18 años	15.4%	33.1%
Menores de 18 años pobres	5.771.000	8.319.000
Menores de 18 años indigentes	1.898.000	4.138.000
Cantidad de personas que ingresan a la pobreza por día	2.404	20.577

Fuente: Presidencia de la Nación. Consejo Nacional de Políticas Sociales. Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (www.siempro.gov.ar/default2./htm) 2002

Luego de la crisis institucional y económica sufrida en diciembre de 2001, el país padeció un vertiginoso derrumbe y una gran proporción de la población pasó a formar parte de los excluidos del sistema, como lo expresan los siguientes guarismos:

El crecimiento de la tasa de desocupación es una de las manifestaciones más evidentes del deterioro de la situación laboral durante los noventa. La precarización de las condiciones de empleo, la creciente desigualdad distributiva del ingreso, y el desempleo han afectado a amplios segmentos poblacionales motivando la toma de decisiones al interior de los hogares que llevan a la participación económica de miembros tradicionalmente inactivos. En la ciudad de Bs. As. los niveles de participación femenina en el mercado laboral en los últimos años ha aumentado significativamente sobre todo por factores económicos – desocupación, menor poder adquisitivo – y sociales – incremento de mujeres jefas de hogar, desocupación de los jefes varones –. El aumento de la desocupación con el consecuente deterioro de los ingresos ha motivado comportamientos de género y etarios claramente diferenciados – (CEDAM, López, 2002) .

Por otra parte no es posible ignorar el impacto de esta situación en los varones, en la construcción de su subjetividad tradicionalmente proveedora y en las consecuencias en su salud física y psíquica que conlleva el deterioro en la inserción laboral y el desempleo. Se suele hablar de la “feminización de la pobreza” para referirse a la mayor posibilidad de las mujeres de ser pobres, como sinónimo de mayor visibilidad y de mayor toma de conciencia de la misma...(Persta,1994). Una de las causas de la feminización se debe a que las mujeres generan ingresos dentro de la llamada división sexual del trabajo, así han aumentado su trabajo como consecuencia de la desocupación y los menores ingresos de la mano de obra masculina. El ser pobre de las mujeres es diferente al de los hombres, la articulación entre clase y género ha permitido comprender más profundamente la problemática de los roles y su desempeño al interior de las familias. A ello debemos sumarle el llamado “trabajo invisible” doméstico, invisible tanto por su aspecto privado – las relaciones de subordinación indican que le corresponde a la mujer asumirlos por los afectos en juego –, como el económico – esas tareas invisibles tienen un valor económico también invisible pero necesario dentro del

sistema económico. Ello lleva a la sobrecarga de trabajo de la mujer y muchas veces de los niñ@s y adolescentes que colaboran en tareas inadecuadas ó excesivas para su edad. (Rotondi, 2000).

Sin duda, podemos referirnos a esta situación como de violencia social, esta violencia sufrida por esos sectores se traslada muchas veces – cuando no existen recursos de afrontamiento adecuados– a una violencia que ocurre en el ámbito privado/ familiar y se extiende a los diferentes miembros – la mujer, la pareja entre sí, los niñ@s, los ancianos–. También alcanza a otro de los ámbitos de pertenencia de los niños como lo es la escuela, en los que se produce un incremento de la agresión de los padres hacia los maestros, y también de los niños entre sí. Puede llegar a conformarse entonces la instalación de un ciclo de la violencia que de no mediar algún tipo de intervención, tendrá altas posibilidades de repetirse con los futuros hij@s – nos referimos a la llamada transmisión generacional del maltrato –. La violencia social y la violencia familiar, mantienen al menor en una situación básica de carencia y desprotección, que lo torna vulnerable a la repetición del circuito de maltrato y marginalidad – numerosas

investigaciones han mostrado la asociación entre ambas situaciones – (Cantón Duarte y Cortés Arboleda, 1997). Este niñ@ es el futuro adulto que engrosará ese sistema de marginación –trabajo no calificado, con deficientes estrategias para enfrentar y resolver problemas, con posible incurción en el delito, la droga y la violencia – hombre golpeador, mujer violentada, padre / madre maltratadores.

El agravamiento de las condiciones socioeconómicas de la población, influye en la capacidad de la familia para adaptarse a las perturbaciones provenientes del medio exterior, aunque se ponen en juego las características personales de sus miembros para enfrentar las exigencias. En algunos casos, las familias agotadas por las presiones del contexto, se encuentran imposibilitadas para producir modificaciones y respuestas adecuadas, éste es el caso de aquellas familias donde se produce violencia familiar y maltrato a los niñ@s en un contexto de crisis, es el caso, entre otros de aquellas familias enfrentadas a la pobreza, al desempleo, a la exclusión social. (Barudy, 1998).

El impacto de lo social sobre lo familiar/ individual es un fenómeno investigado suficientemente, así como la importancia que las respuestas indi-

viduales pueden tener sobre el contexto sociocultural más amplio. Partiendo de este concepto, queremos señalar, la importancia que las condiciones cotidianas de vida, hoy en Argentina, tienen sobre el fenómeno de la "violencia", especialmente en la conformación de las subjetividades y en las concepciones que se van construyendo acerca del desempeño de los roles parentales, los estilos de crianza, lo que se considera desarrollo "normal" del niñ@, la tolerancia al estrés, entre otros. (Bringiotti, M.I., 1998).

EL ABORDAJE DEL PROBLEMA EN NUESTRO PAÍS:

La problemática del maltrato infantil comenzó a ser abordada en nuestro país a mediados de la década del 80 y casi exclusivamente en el ámbito médico – pediátrico. Desde el punto de vista jurídico, se necesitó más de una década para que se empezara a hablar de violencia familiar, mujer/niñ@ víctima...y las legislaciones protectoras surgen tardíamente –Ley 24417 de Violencia Familiar y la Convención de los Derechos del Niñ@ con rango constitucional – (1995/ 94) -

En 1990 se crea la carrera de Postgrado de Especialización en Violencia Familiar, en la facultad de Psicología – UBA–; en 1994 el progra-

ma de Investigación en Infancia Maltratada en la facultad de Filosofía y Letras – UBA – y en el año 2000 se constituye la Asociación Argentina para la Prevención del Maltrato Infantojuvenil. En la década del 90 se organizan los primeros servicios de atención a los niñ@s maltratad@s y comienza a tomarse en cuenta el problema en los ámbitos de educación, salud y justicia, todas estas etapas han sido lentas y dificultosas y la situación de los niñ@s maltratados no ha mejorado sustancialmente aunque se dispone de mayores recursos en el conocimiento y en lo legal.

La investigación en nuestro actual contexto es el recurso adecuado que nos permite acceder al conocimiento de aspectos prioritarios para encarar estrategias de abordajes y planificación, anteriormente se basaban exclusivamente en los aportes de la bibliografía anglosajona, con los riesgos que implicaba su aplicación a esta realidad.

En estos momentos nos encontramos con un desarrollo investigativo, que aunque reciente, ha facilitado el trabajo en maltrato infantojuvenil, sin embargo, en el transcurso de los últimos años han surgido una serie de dificultades derivadas de los problemas coyunturales mencionados en el

primer apartado. La violencia familiar se entrecruza fuertemente con la institucional y social; las instituciones no responden adecuadamente a estos problemas y la crisis acentúa la evitación tanto del conflicto como de la reflexión sobre el papel que les cabe – educación, salud, justicia –. Los modelos explicativos basados en los factores de riesgo son insuficientes– hemos observado factores que en estos momentos prácticamente no permite discriminar entre la población maltratadora y no maltratadora, ya que nuestra población presenta altos niveles de ansiedad, depresión, aislamiento social, estrés, conflictos de pareja... (Bringiotti y equipo, UBACYT 2001/02), que si bien son factores de riesgo para la violencia familiar resultan insuficientes para analizar y abordar el problema. La “transmisión intergeneracional del maltrato” que en otros países alcanza al 30% de los sujetos maltratadores., en Argentina y Chile, según nuestros últimos estudios superan ampliamente esta cifra. (Bringiotti, Samaniego, Lassi y otros, 2002, Haz, 2001) Por otra parte, la crisis socioeconómica actual requiere de manera urgente discriminar entre negligencia y pobreza, así como entre la violencia familiar que habitualmente se produce en la familia, independiente del

contexto que la rodea y la producida por el estrés o el impacto del medio ambiente. Los cuestionarios e instrumentos empleados habitualmente y validados para nuestro contexto -, comienzan a mostrar su inadecuación e insuficiencia, observamos cierta incomprensión de los significados por parte de los entrevistados. En muchos casos observamos que han cambiado en los sujetos / familias las significaciones acerca de lo que necesita un niño para desarrollarse adecuadamente a nivel físico, emocional y social y la violencia aparece en estos momentos muy asociada a los problemas estructurales socioeconómicos. La programas orientados a la satisfacción de las necesidades básicas, por su urgencia desplazan y reemplazan a otros programas que pueden abordar otros aspectos del desarrollo del niño y de su vínculo con los padres, entre ellos los de prevención/ abordaje del maltrato infantil... Los cambios mencionados en los roles genéricos y en la estructura familiar, la desocupación, la violencia urbana y la doméstica, la inadecuación de las respuestas institucionales y de las políticas públicas y sociales, llevan a un replanteamiento profundo de lo realizado hasta ahora y de los pasos a seguir. Se observa la existencia de una situación “nueva”

que implica la revisión de marcos teórico conceptuales y de estrategias de abordaje para conocer e intervenir.

Debemos señalar también, como urgente el estudio del maltrato institucional en sus diferentes formas y de la victimización secundaria que produce en el ámbito sanitario, educativo y jurídico. En estos momentos reducir la problemática del maltrato infantil al espacio intrafamiliar resulta reduccionista, la compleja situación que estamos atravesando muestra dificultades en lo ético, hay crisis de valores y desdibujamiento entre lo "correcto" y lo "incorrecto", acompañado de una cierta falta de esperanza en el futuro, por lo menos inmediato. Además está surgiendo un conjunto de problemas, muchos de los cuáles nos plantean el desafío de ser nuevos, derivados de la situación descrita y que tienen un fuerte impacto en la crianza de los hij@s y la satisfacción de sus necesidades; que provocan un alto nivel de estrés y dificultades en el acceso a la educación, la salud y la vivienda... Sin duda sería apresurado afirmar que todo ello produce de manera determinista violencia familiar y maltrato hacia la mujer, los niñ@s y los ancianos. Sin embargo, no podemos dejar de incluir tal situación en nuestro análisis, ya que todos estos factores mencionados son

reconocidos a nivel mundial como de alto riesgo para las disfunciones familiares y por lo tanto para la aparición de la violencia en el seno familiar.

EL IMPACTO SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS

El contexto argentino actual ha generado una exposición constante a situaciones estresantes que ya no pueden ser consideradas "eventos estresantes", pensando en un modelo teórico que define estrés como el monto de readaptación que un individuo debe sobrellevar para adaptarse a un cambio en su ambiente, siendo estos cambios sucesos de vida puntuales que ocurren en la vida de los sujetos (Holmes y Rahe, 1967, citado en Thoits, 1983). Pensamos que justamente ha adquirido la dimensión de "proceso", en el sentido de exposición a factores situacionales estresantes existentes, significando dificultades persistentes o "procesos estresantes" (Gersten, 1977) en las que todos nos encontramos expuestos de manera continua a situaciones de agresión, maltrato, pérdidas en el nivel y la calidad de vida. Esta "situación de riesgo" (Bonzo et. al., 2001) ha generado impactos en la familia lo cual repercute en la salud psíquica de los más pequeños.

En la práctica clínica, en general se obtiene por parte de los padres una historia del comienzo del trastorno de sus niños, con sintomatología manifiesta a partir de un evento específico traumático (por ejemplo: aumento de discusiones entre los padres). Los padres tienden a relacionar el comienzo con ese evento definido, pero ese evento puede funcionar en realidad como un disparador de un quiebre mayor en el niño en el sentido de que los sucesos de vida no serían factores etiológicos directos, sino que existirían niveles previos de trastorno donde posiblemente los eventos negativos funcionan como desencadenantes de mayor sintomatología (Samaniego, 1998). Hoy en día las características de nuestro contexto han producido que los niños se encuentren expuestos a esos eventos traumáticos de manera constante, y muchas veces sin mediación por parte de sus padres. Pueden presenciar un asalto en la calle, o llegar a sus casas y encontrar que sus padres han perdido el empleo, y los adultos mismos cuentan con pocos recursos para amortiguar el efecto de estos sucesos en los niños. Es en este sentido que McFarlane ha sostenido que en los niños, a diferencia de en los adultos, los sucesos de vida no tendrían un efecto etiológico aditivo mecá-

nico (1988). La relación directa no existiría, porque las reacciones de los niños se encuentran influenciadas por las respuestas de sus padres.

La pérdida del empleo genera en los adultos depresión, trastornos de ansiedad y los niños quedan desamparados, sin un adulto que los sostenga y que permita que su desarrollo se dé en condiciones positivas para que pueda convertirse en un adulto sano con recursos de afrontamiento adecuados. En los sectores más desaventajados, la situación se presenta de manera más crítica aún, dado que en la mayor parte de las ocasiones esos niños tienen sus necesidades básicas insatisfechas, y no cuentan ni con espacios ni con una estimulación donde su desarrollo emocional y cognitivo pueda realizarse.

Si bien en la Argentina no existen registros sistemáticos o estudios que puedan brindar datos epidemiológicos respecto a la prevalencia de patología mental en la población infantil, ha sido visible el crecimiento de la demanda de atención en los servicios de salud mental tanto públicos como privados. Este aumento se ha producido no sólo en los sectores más desprotegidos, donde la escuela funciona como dispositivo de derivación, sino también en los sectores medios, que

han sufrido el impacto de la crisis principalmente a partir de la pérdida del empleo de alguno de los padres, o la emigración de algún miembro de la familia. Los profesionales que trabajan en el ámbito clínico señalan incrementos de demanda de hasta un 50% en los distintos servicios en que se brinda asistencia.

Si bien estos factores venían siendo observados desde años atrás (Samaniego, 1998) lo agudo de la crisis estructural ha llevado a que pocas familias no se encuentren padeciendo alguna situación de tensión o se sientan libres de la posibilidad de padecer lo que otras familias están sufriendo.

Si nos detenemos entonces en el niño y nuestra mirada lo posiciona como eje de análisis, podemos observar cómo él mismo puede estar sufriendo violencia familiar, institucional y/o social.. Además debemos tener en cuenta que El abordaje de la violencia hacia el niño y el maltrato infantil incluye formas de maltrato sobre las cuáles hay consenso en que son inadecuadas, como el - maltrato físico y emocional, la negligencia y el abuso sexual -, como de otras formas, que aunque tipificadas como tales, no se ven reflejadas en adecuadas políticas y/o programas de prevención y asistencia para controlarlas – nos

referimos al trabajo del menor, la mendicidad, prostitución, participación en acciones delictivas, niños en situación de calle...–

Reflexionando ahora en términos de prevención primaria, estos datos nos obligan a pensar, como profesionales de la salud, en estrategias de intervención a nivel de población general tomando en cuenta categorías de análisis y acción no individuales pero sí colectivas (familia, redes sociales, vecindario) que permitan que tales determinantes macro sociales afecten menos la salud de los niños.

Frente a este problema, no podemos dejar de mencionar el papel que deberían jugar las políticas públicas y sociales, que resultan imprescindibles para el desarrollo de estrategias de intervención que permitan desarticular el “circuito de la pobreza” y por lo tanto en muchos casos el “circuito de la violencia”.

QUÉ HACER...

La violencia como tema de reflexión e investigación debe ser redimensionada en un análisis más amplio: la violencia individual, la violencia familiar, la violencia institucional y la violencia social con sus múltiples articulaciones y determinaciones, sólo desde ese

punto de vista se podrá lograr una lectura completa y adecuada del problema. Ello permitirá producir un conocimiento relevante y ajustado a los cambios generados por la crisis actual en lo referente al abordaje de las formas de "violencia" hacia los niñ@s que implique:

- Establecer cuáles son las variables de análisis adecuadas para abordar el estudio de la violencia hacia el niñ@ en el marco de las situaciones cotidianas de vida en la actual coyuntura.
- Revisar y ajustar los resultados obtenidos en los instrumentos validados anteriormente para facilitar su

aplicación en investigación y diagnóstico.

- Elaborar un perfil de las familias maltratantes en sus principales aspectos psicosociales en comparación con los perfiles obtenidos en estudios anteriores.
- Proponer un marco teórico integrador que permita el análisis de la problemática en función de los cambios ocurridos en el seno de las familias a fin de construir un marco teórico alternativo.
- Los aportes de la investigación en el tema hoy se tornan imprescindibles para establecer adecuadas estrategias de prevención y asistencia, para optimizar recursos y orientar políticas públicas y sociales.

BIBLIOGRAFÍA

- Barudy, J. (1998) *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. España, Paidós Terapia Familiar.
- Bonzo, C.; Castro, B.; De Lellis, M; Samaniego, C; Ticera, E. Aportes Psicosociales al concepto de Riesgo en E. Saforcada y colab. *El Factor Humano en la Salud Pública*, Buenos Aires, Ed Proa XXI. 2001 p. 130-141.
- Bringiotti M.I. (1999) *Maltrato Infantil. Factores de riesgo para el maltrato físico infantil en la población concurrente a las escuelas dependientes del Gobierno de la Ciudad de Bs. As.*, Miño y Dávila Editores, Madrid.
- Bringiotti M.I. (1998) *Violencia Social y Maltrato Infantil en Argentina. Implicancias de los cambios ocurridos en los últimos años en su crecimiento y desarrollo*. En *Violencia social y Derechos Humanos*, compiladora Inés Izaguirre. Buenos Aires. EUDEBA.
- Bringiotti, M.I.; Samaniego, C; Lassi, S. y otros (2002) *Implicancia de la "violencia" en la escuela, Jornadas de Investigación – Presente y futuro – Facultad de Psicología – UBA – Buenos Aires* -
- Bringiotti, M.I. (2003) *Las múltiples violencias de la violencia en la escuela*, *Revista Novedades Educativas*, Nro 147, Buenos Aires.
- Cantón Duarte J. Y Cortés Arboleda M.R. (1997) *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Siglo XXI, España.
- CEDEM, (2002) *La evolución de la pobreza y la indigencia en la Ciudad de Buenos Aires . 1991 – 2001*, Mimeo.
- Cerezo M.A., Frías D., (1994) *Ajuste Cognitivo y Emocional en niños maltratados*, *Child Abuse and Neglect*, Vol, 18, Nro 11, pp. 923 - 932.
- Gersten J. C.; Langner, T S.; Eisenberg J & Simcha-Fagan, Ora (1977) *An evaluation of the etiologic role of stressful life change events in Psychological disorders*. *Journal of health and Social Behavior* 18 (September) 228-244.
- Gracia Fuster E., Musitu Ochoa G., (1993), *El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo*. /Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.
- Haz, A. M. y Ramírez, V. (2002) *Adaptación del Child Abuse Potential Inventory en Chile: análisis de las dificultades y desafíos de su aplicación a partir de dos estudios chilenos*, en *Child Abuse and Neglect*, Vol. 26, Nro 5, pp. 481-495.

- Jelín E., (1994) *Familias, crisis y después...*, en *Vivir en familia*, Argentina, Unicef - Losada.

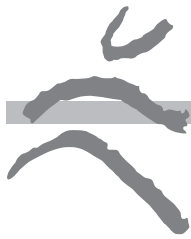
- McFarlane A.(1988) Recent life events and Psychiatric disorder in children: the interaction with preceding extreme adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 29,5:677-690.

- Persta, H. y otros (1994) *A pobreza no femenino*, Mimeo.

- Rotondi, G. (2000) *Pobreza y masculinidad*, Editorial Espacio, Bs. As.

Samaniego, V.C. (1998): "Problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años de edad". Mimeo: *IV Congreso Brasileiro de Epidemiología*; Río de Janeiro.

- Thoits, P.A.(1983) Dimensions of life events that influence psychological distress: an evaluation and synthesis of the literature. In H R. Kaplan(ed) *Psychosocial stress: trends in theory and research*. pp 33-103. New York. Academic Press.



Los problemas de comportamiento y de disciplina: un modelo de intervención

*Behaviour and discipline problems:
an intervention model*

M. ALADRO GARCÍA, M. A. LÓPEZ FONSECA, M. A. LÓPEZ
FONSECA, F. J. RUANO LÓPEZ, A. SANCHO CALLEJA,
A.V. TORRES GARCÍA, Y B. TORRES GARCÍA

*“Programa de Tratamiento en el Ámbito de la Infancia
Maltratada”*. ASECAL.

Resumen

El contenido que vamos a abordar a continuación está muy en boga y en la actualidad es un tema que ha levantado controversia dentro del mundo de la educación: familia, entorno escolar, educación no formal y en general entre los profesionales que de alguna manera están implicados en disciplinar. El tema a tratar es cómo disciplinar y ejercer la autoridad ante los problemas de conductas que nos plantean los niños, ya sean típicos de su edad, adaptativos a alguna situación o patológicos. El orden de exposición del tema es el siguiente: Comenzamos con una definición de los conceptos a manejar en el resto del documento. Con ello se pretende que todos tengamos siempre presente y de manera uniforme un mismo lenguaje evitando así problemas de forma. – A continuación y ya una vez diferenciado si el problema es de disciplina o de comportamiento se exponen una serie de pautas prácticas a realizar tanto por parte de la red social del niño como del propio menor que presente el problema.

Palabras clave: disciplina, comportamiento, autoridad.

Dirección: “Programa de Tratamiento en el Ámbito de la Infancia Maltratada”
ASECAL: C/ Plateros nº 19, Bajos. 37006 Salamanca. Fax: 923 24 27 04 E-mail: asecalmaltrato@hotmail.com

Abstract

The content that we will approach next is very in vogue and at the present time it is a topic that he/she has lifted controversy inside the world of the education: family, school environment, non formal education and in general among the professionals that somehow are implied in disciplining. The topic to try is how to discipline and to exercise the authority before the problems of behaviors that the children outline us, be already typical of its age, adaptatives to some situation or pathological. The order of exhibition of the topic is the following one: We begin with a definition of the concepts to manage in the rest of the document. With it is sought it we all to always have present and in an uniform way oneself language avoiding this way form problems.– Next and already once differentiated if the problem is of discipline or of behavior they are exposed a series of practical rules to carry out so much on the part of the boy's social net like of the own minor that presents the problem.

Key word: discipline, behavior, authority.

INTRODUCCIÓN

Nuestro trabajo diario como psicólogos en un programa de intervención con infancia maltratada en la Comunidad de Castilla y León nos ha dado la posibilidad de conocer casi la totalidad de recursos, programas y profesionales destinados a los menores dentro del sistema de protección, por esto nuestra labor tiene diferentes vertientes y una de ellas es el asesoramiento en materia educativa, planteándonos con cierta frecuencia el estilo

educativo a implantar y cómo ejercer la disciplina en centros de protección, hogares, centros de acogida, pisos tutelados, familias acogedoras, etc. El problema principal con el que nos encontramos desde el comienzo de nuestro trabajo fue la dificultad para ponernos de acuerdo en los conceptos incluso dentro del mismo contexto provocando dificultad de entendimiento e interpretaciones. Ante esta problemática los profesionales de este programa decidimos elaborar este

documento para esclarecer entre nosotros mismos cuáles son los conceptos, referidos tanto a disciplina como a disciplinar, de los que debemos partir para poder exponerlo de manera unánime a los demás profesionales con los que realizamos nuestro trabajo diario en cada una de las comunidades.

Una vez esclarecidos los diferentes conceptos la parte práctica hace referencia a su aplicación, y por lo tanto las pautas a tener en cuenta, según si los profesionales evalúan si se trata de un problema de disciplina o de comportamiento.

“Manuel, de 8 años vive en un hogar funcional. Sus educadores se quejan de que pega a todos sus compañeros, les insulta y amenaza casi a diario y les quita sus cosas; ante los educadores se muestra provocativo y desafiante; miente a menudo y en alguna ocasión se escapa pasando horas solo o con otros niños por la ciudad. Las quejas de sus profesores son similares.”

LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO Y DE DISCIPLINA: UN MODELO DE INTERVENCIÓN

En el desarrollo de nuestra práctica terapéutica nos encontramos con múltiples ejemplos similares al anteriormente expuesto. Los motivos o demandas de intervención más frecuentes, por parte de los profesionales, son los problemas de comportamiento y disciplina que plantean los niños en el contexto residencial, unido con mucha frecuencia a los presentados en el contexto escolar y familiar.

Sin embargo el origen de estos problemas conductuales puede deberse a dos causas bien distintas: Las deficiencias en el proceso disciplinario por

parte de los adultos que educan (problemas de disciplina) o la negativa a cumplir la norma por parte del niño cuando tiene conocimiento de ella y capacidad para cumplirla (problemas de comportamiento).

En los contextos educativos se confunden muchas veces ambos tipos de problemas, de comportamiento y disciplina, ya que su manifestación es la misma. Por ello consideramos importante diferenciar estos conceptos y lo que implica cada una de las problemáticas puesto que la solución al problema será bien distinta.

¿Qué es disciplina? A la hora de definir “disciplina” nos encontramos con la dificultad de que este término es usado para referirse a aspectos diferentes.

Disciplinar es instruir, enseñar, ayudar a los niños a desarrollar su autocontrol y autoprotección a través de la adquisición de unas normas de conducta, estableciendo límites y dándoles responsabilidades.

La **disciplina** se refiere al "efecto" de disciplinar. Es decir que designa la habilidad adquirida en determinada área, que en nuestro caso sería la habilidad conseguida por una persona en lo referente a conductas y normas sociales y morales.

Existe cierto rechazo por parte de los adultos que educan hacia el término disciplina. En general disciplina se identifica con "castigo" y con métodos anticuados y desfasados de educación, muy diferentes a la "toleran-

cia" que se asocia a los métodos modernos. Además de confundir disciplina con castigo confundimos a menudo la autoridad con el "autoritarismo", lo que nos invita a explicar estos términos.

La **autoridad** se caracteriza por la potestad o relación de influencia educativa que tiene el adulto sobre el niño. Los padres y educadores profesionales, representan la posibilidad de ofrecer la ayuda que el niño precisa, por un lado seguridad y por otro la integración de la moral social vigente puesto que los principios morales no son innatos. La falta de autoridad puede generar inseguridad y problemas de comportamiento.

El **autoritarismo** es una concepción errónea de la autoridad, confundiéndola con el ejercicio del poder; es un sistema de relación basado de modo exclusivo o exagerado en la autoridad del adulto que tiende a imponer su voluntad o criterio. El autoritarismo es fuente de agresividad y rechazos permanentes.

Ahora bien si entendemos que disciplina es la habilidad adquirida por una persona para atender a las normas sociales y morales, la disciplina no puede ser universal, ya que éstas cambian dependiendo de la cultura y los contextos sociales (religiosos o laicos, rurales o urbanos, residenciales o familiares...).

Para detectar si un niño plantea problemas de disciplina debemos revisar los **siguientes puntos**:

- ¿La comunidad de profesionales

ha definido y consensuado las normas que rigen la institución, centro...y las conductas que deben adquirir los niños? ¿Las han planteado de forma abierta y explícita? Es frecuente en estos contextos darlas por supuestas.

- ¿Toda la comunidad está de acuerdo en quién, cómo y cuándo se va a exigir el cumplimiento de la norma, quién y cómo se va a intervenir en las situaciones en que no se cumplan las normas pactadas?.

- ¿Se han comunicado de forma explícita a todas las personas (niños, padres y otras personas responsables de éstos) las normas a cumplir y lo que ocurrirá en caso de incumplimiento?.

- ¿Se ha instruido en la adquisición y cumplimiento de la norma?

- ¿Se ha contemplado cómo se comportará la comunidad con los profesionales que no observen el cumplimiento de las normas establecidas?

COMO NORMA GENERAL debemos expresar de forma directa, clara y explícita en toda situación cuáles son las normas por las que nos vamos a regir y de esta forma los problemas de disciplina no se presentarán y si se presentan sabremos cómo abordarlos.

A modo de ejemplo: "cuando asistimos a un curso nos han comunicado unas fechas, unos horarios..., lo que hace que sepamos que debemos presentarnos de determinada forma. Una vez presentados, normalmente cada ponente establece una serie de normas ("me podéis interrumpir", "descansaremos cada "x" tiempo", etc...). Pero no se recuerdan aquellas que se creen universales ("no fumar", "no interrumpir", "apagar los móviles"...). lo que hace que en ocasiones se produzcan llamadas de atención y el auditorio vea a esas personas como indisciplinadas. Pero ¿verdaderamente lo son? O ¿lo que ocurre es que no se ha normativizado la situación?".

* Por **problemas de disciplina** entendemos entonces aquellos que se derivan de:

- el desconocimiento por parte del niño de la norma o de la imposibilidad de ejecutarla.
- Los errores o la falta de un procedimiento disciplinario adecuado por parte de los adultos.
- La dificultad del niño para adquirir la habilidad o comportamiento deseado, por falta de capacidad, madurez o comprensión.

* Por **problemas de comportamiento** entendemos aquellos que se derivan del incumplimiento de la norma una vez que el niño la conoce de forma explícita y tiene adquirida la habilidad para cumplirla.

Las manifestaciones de los *problemas de comportamiento* revisten distintas formas, frecuencia e intensidad: desobediencia (en grado extremo el negativismo desafiante), mentiras, hurtos o robos, fugas, absentismo escolar, actos de piromanía, agresividad tanto verbal (insultos, amenazas,

provocaciones, desafíos...) como física. Esta última puede estar dirigida a objetos (destrozos, golpes...) a otras personas (peleas, agresiones...) incluso hacia sí mismos en forma de autolesiones (heridas, cabezazos, conductas de riesgo...) poniendo en peligro la integridad del niño y la de los que le rodean.

Estos comportamientos son presentados por niños de todas las edades, aunque de forma en ocasiones sorprendente; algunos adolescentes presentan rabietas propias de edades inferiores y en otros casos sorprende la agresividad de niños pequeños, más propia de los adolescentes.

En ocasiones las dificultades las presenta el niño cuando está a solas con la figura de autoridad, pero en su mayoría se presentan o agravan en situaciones de grupo (aula, contextos de comedor...) cuando, por el mismo hecho de encontrarse en grupo, los profesionales que representan la autoridad deben ser más exigentes al hacer cumplir las normas.

Estos comportamientos, aunque negativos para todos, son principalmente perjudiciales para el niño por sus repercusiones sociales y personales. Repercute tanto en problemas de baja autoestima como en el rechazo social por adultos y grupo de iguales; en casos extremos este rechazo deriva en cambios continuos de centro escolar (expulsiones...), de centro residencial, de provincia, etc... con el consiguiente perjuicio de ser alejado de sus familias y del cambio constante de figuras de referencia que presten un apoyo emocional. El ser rechazados por el grupo de iguales normalizado

propicia que sus grupos de referencia sean otros más conflictivos, lo que puede derivar en comportamientos de riesgo... Esto se puede convertir en un círculo vicioso que, a medida que avanza la edad, es más difícil detener por cualquiera de los agentes sociales.

Entre los profesionales nos encontramos diversas actitudes que van desde la sorpresa o incredulidad, miedo, enfado, impotencia, indiferencia, curiosidad, sobreprotección, pena... Las causas que atribuyen a estos comportamientos también son muy variadas desde falta de capacidad intelectual, posibles trastornos mentales, mala intención, traumas infantiles, hiperactividad, modelos educativos incorrectos en sus familias de origen, rasgos de personalidad, etc...

Cuando evaluamos la forma de afrontar las dificultades, tanto de disciplina como de comportamiento, encontramos que muchos profesionales se encuentran desbordados por sus fracasados intentos de diálogo, acuerdos y promesas incumplidas, sanciones o castigos que a veces no parecen conducir más que a un aumento de la conducta negativa. A menudo encontramos una gran impotencia y sentimiento catastrofista ("lo he probado todo y no consigo nada" "siempre está dando guerra y planteando problemas" ...).

El fracaso en los distintos intentos de solución lleva muchas veces al enfrentamiento entre los adultos, sobre todo cuando éstos ponen en marcha pautas o modelos educativos contradictorios. El gasto de energías personales y de recursos parece no compensar los resultados obtenidos y a menudo creen que restan tiempo y dedicación al resto del grupo. Muchas veces la impotencia y el miedo derivan en indiferencia y evitación, en delegar en otros la responsabilidad o en intentar que el niño desaparezca cuanto antes de su campo de actuación. En esta situación, la falta de coherencia, el miedo, la impotencia y el desacuerdo entre los distintos adultos propicia que sea el niño el que asuma el control de la situación manejándola en su propio interés.

Es de gran ayuda para los adultos saber cuál es el posible origen de estos problemas a la hora de abordarlos.

Entonces... ¿por qué surgen los problemas de disciplina y de comportamiento? El origen de estos problemas puede deberse a una o varias de las siguientes razones:

* En el caso de los **problemas de disciplina**:

- Inmadurez física o psíquica; es importante saber lo que se puede pedir a cada edad y que dentro de la

misma edad no todos los niños tienen las mismas capacidades.

- Ignorancia por parte del niño de lo que se espera de él, porque no se le ha explicado, lo ha olvidado o por el cambio de normas o modelos de referencia.

- Descoordinación entre los educadores a la hora de establecer normas o de la forma de exigir las al niño.

- El resultado de un proceso disciplinario inadecuado o inexistente.

- Imitación de otros modelos de referencia inadecuados que se han aprendido en otros contextos (familiar...) desconocidos o no por los profesionales.

* En el caso de los **problemas de comportamiento**:

- Conductas normales en el desarrollo evolutivo del niño: en la infancia necesidad de autoafirmación (rabietas) y en la adolescencia rebeldía y oposición.

- Desobedecer por simple curiosidad de saber qué ocurre si se hacen cosas no permitidas.

- Pueden ser la manifestación de otros problemas emocionales no resueltos, inseguridad ante el futuro, enfermedades que en algún aspecto le impida llevar una vida como la de sus iguales, la reacción ante un proceso de separación y pérdida a unas eda-

des en las que tampoco disponen de los recursos y seguridad de los adultos, (Fernández, J. y Fuertes, J, 2000) en medio de una situación familiar difícilmente comprensible que a menudo viven en medio de sentimientos de rechazo, culpabilidad... o como un ataque de la sociedad a su familia.

- Puede existir un conflicto de lealtades entre su familia biológica y las figuras de referencia en el contexto residencial; que su comportamiento sea una forma de mostrar fidelidad a la familia biológica, sobre todo si ésta se opone y no reconoce la autoridad de los profesionales del centro.

- Dificultades para vincularse afectivamente derivadas de un desarrollo inadecuado del apego con sus primeros cuidadores (experiencias de rechazo y abandono...) que derivan en un rechazo a la proximidad del adulto, (Fernández, J. y Fuertes, J, 2000) el sentimiento de no ser merecedor de nada bueno y por tanto en una falta de motivación y esperanza de cambio positivo.

ES IMPORTANTE CONOCER Y ENTENDER que la manera que tienen los adolescentes de responder ante problemas propios y ajenos es más conductual que afectiva.

¿Por qué es necesaria la disciplina?

Como hemos mencionado anteriormente los objetivos de la disciplina son dos: la autoprotección y el autocontrol.

Autoprotección porque los niños nacen indefensos y sin saber controlarse, necesitan a los adultos para sobrevivir. La disciplina es una parte del proceso de crecimiento y desarrollo del niño.

Autocontrol porque los niños no nacen con una moral social innata, sino que la tienen que adquirir mediante el proceso de socialización. La interiorización de normas morales evita una vigilancia continua de los agentes socializadores y les permite manejarse dentro de la sociedad. Se adquieren normas para poder ser libre en algún sentido, autosuficiente.

En definitiva razones para el uso de normas, o de disciplina son entre otros: Motivos de salud (alimentación, ruido, sueño...); de seguridad (para prevenir accidentes...); proteger la propiedad (objetos materiales, destrozos...); El bienestar del niño y adolescente (autoestima, autocontrol y madurez); vivir en armonía dentro de la familia (derechos y deberes...); La vida social de la familia (evitar el aislamiento social por los conflictos); el bienestar de la comunidad donde viven (reglas, normas y cooperación); transmitir valores morales y religiosos...

Pero... ¿cuál es la mejor forma de ejercer la disciplina?

Tal vez el error más común a la hora de confundir disciplina y castigo se debe a la forma o estilo de llevar a cabo la disciplina en determinados momentos de la historia de la educación. Existen diversas

formas de educar, disciplinar que no se dan en un estado puro sino que en ocasiones se mezcla según la persona o el momento de utilizarla. Mackenzie (1993) en su libro "Cómo poner límites" habla de tres modelos o estilos educativos.

- **El estilo autoritario** donde los padres valoran el control y la obediencia sin cuestionamiento. Tratan de hacer que sus hijos se conformen con un conjunto de normas de conducta, y castigan a sus hijos enérgicamente por actuar en contra de esas normas. Son menos amorosos que otros padres, y sus hijos son niños más descontentos, distantes y desconfiados.

- **El estilo permisivo** donde los padres valoran que el niño exprese sus sentimientos y que se regule a sí mismo con la mínima interferencia de los adultos. Hacen pocas demandas, permiten que sus hijos vigilen sus propias actividades tanto como sea posible. Se consideran a sí mismos refugios, no portadores de normas o modelos. Explican a sus hijos las razones que fundamentan las pocas reglas familiares que existen, consultan con ellos sobre las decisiones de conducta y difícilmente alguna vez los castigan. No controlan, no exigen y son relativamente afectuosos, y sus hijos son inmaduros y con poco autocontrol.

- **El estilo democrático** donde los padres respetan la individualidad del niño, pero también consideran importante inculcar los valores sociales. Dirigen las actividades de los niños racionalmente, con atención a las consecuencias más que al miedo de los niños del castigo o pérdida de amor. Ejercen control firme cuando es necesario, pero explican las razones de su posición y estimulan el intercambio verbal. Mientras tienen confianza en su habilidad para guiar a sus hijos, respetan sus intereses, opiniones y personalidad. Son amorosos, consistentes, exigentes y respetuosos de las decisiones independientes de sus hijos, pero son firmes en el mantenimiento de normas y deseosos de imponer castigo limitado; combinan el control con la estimulación. Sus hijos aparentemente se sienten seguros al saber que son amados y al saber qué se espera de ellos. Estos niños son los que más confían en sí mismos, los que tiene más autocontrol, los más asertivos y los más contentos.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA QUIEN EDUCA

- La disciplina es un medio para conseguir un fin, es decir, hacer de los niños personas independientes, responsables, felices, miembros bien integrados en la sociedad. Los niños tienen que aprender a ocuparse de

sus necesidades, proteger su salud y seguridad, afrontar disgustos, compartir, expresarse de forma constructiva, sentirse bien consigo mismos, respetar las necesidades de los demás y relacionarse con ellos.

- La educación es un proceso de aprendizaje a largo plazo del que los

adultos somos responsables al menos hasta la mayoría de edad del niño.

- Esto implica que durante ese aprendizaje habrá una serie de errores. La disciplina supone un *entrenamiento*, enseñar a los niños a hacer las cosas bien y a la vez "corregir" el comportamiento inadecuado. Enseñar disciplina implica hacerlo "con ellos" no hacérselo "a ellos".

- Corregir el comportamiento inadecuado mediante el ejemplo y la orientación, utilizando el estímulo, el refuerzo y el afecto más que un estricto control. Es más importante estimular a los niños para que "deseen" ser buenos que "hacerlos" buenos.

- Una educación y disciplina eficaces requieren *tiempo y práctica*, acompañadas de *actitudes de tolerancia y paciencia*. El tipo y grado de control que enseñamos a los niños evolucionará a medida que crecen. Supone tener en cuenta la vida emocional del niño y las tareas y retos de desarrollo a los que se enfrentan. No está de más, tanto para padres como para otros educadores o personas implicadas en decisiones sobre su vida conocer las etapas evolutivas que atraviesa un niño en su desarrollo

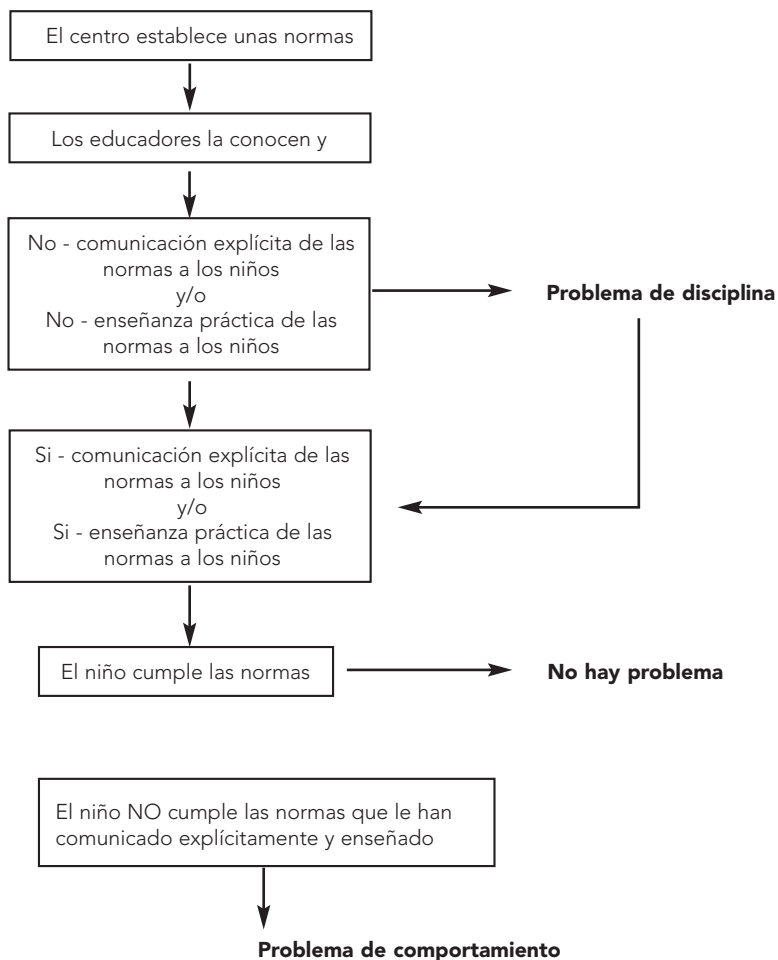
- Es necesario confiar en las *capaci-*

dades del niño y apoyarse en los logros para que mediante el reconocimiento aumente su autoestima y se pueda avanzar progresivamente de un control externo (por parte de los adultos) a un control interno o autocontrol - La disciplina se sirve de *normas y límites adecuados* para lograr su objetivo. Estos límites, que deben ser claros, razonables, firmes y no opresivos, proporcionan al niño seguridad y libertad para aprender y disfrutar de la vida. El concepto de límite no es más que aquel punto más allá del cual los progenitores ya no son flexibles, no les permiten a sus hijos cierto grado de libertad, no se sienten dispuestos a pasar por alto o no dar importancia a errores o faltas.

Partiendo de todo lo expuesto anteriormente recordamos la diferencia entre los distintos conceptos para unificar el lenguaje a utilizar. Una vez definidos los conceptos se establecen las pautas prácticas para poder llevarlas a cabo según la problemática que tanto el niño como su red social presente.

Problema de disciplina: no-conocimiento de la norma o no-posibilidad de ejecutarla

Problema de comportamiento: violación de la norma conocida y adquirida



Una vez diferenciado si el problema es de tipo disciplinario o comportamental se lleva a cabo la siguiente intervención.

CÓMO ABORDAR LOS PROBLEMAS DE DISCIPLINA

Una vez detectado que el problema es de tipo disciplinario, la intervención a llevar a cabo será la siguiente:

a) Comunicación:

- La comunidad de profesionales debe definir de manera consensuada y con exactitud las normas que rigen la institución, centro, residencia... y no dar por conocida ninguna norma ni siquiera la más obvia para los adultos.

- Concretar las conductas que deben adquirir los niños atendiendo a la edad y capacidad de los mismos.

- Establecer acuerdos sobre quién, cómo, donde y cuándo se va a exigir el cumplimiento de cada norma.

- Comunicar de manera explícita, clara, concisa y en términos conductuales a todas las personas implicadas las normas a cumplir así como las consecuencias tanto positivas como negativas que el cumplimiento o incumplimiento de la normativa vigente ocasionará.

- Establecer por adelantado quién, cómo y cuándo se va a intervenir en las situaciones en que el niño no cumpla las normas pactadas.

- Acordar entre todos como se actuará ante los profesionales que no cumplan con lo establecido previamente.

b) Enseñanza práctica:

Hay que diferenciar dos tipos de normas: aquellas que hay que cumplir necesariamente y, excepto que no se comprendan por falta de capacidad intelectual /problemas de tipo mental, no admiten justificación el que no se cumplan una vez que se han comunicado previamente, como es el caso de normas del tipo: no fumar, no ver la televisión a partir de las 23:00 horas...

Pero hay otras que necesitan una enseñanza práctica por parte de aquellas personas que van a exigir su cumplimiento, puesto que son las que van a evaluar si se llevan a cabo y cómo se realizan. Si la norma acordada es que tienen que hacer la cama todos los días, las personas implicadas deben enseñar al niño cómo debe de hacerlo, de manera que no haya mal entendidos a la hora de cumplir con la norma por parte del niño ni de sancionar por parte del adulto en caso de incumplimiento.

CÓMO ABORDAR LOS PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO

Ante los problemas de comportamiento todos los implicados (la red de apoyo del niño) deben saber primero qué es normal y qué no lo es, para ello se acompaña el siguiente documento recogido por entendidos en la materia que podrán aclarar ciertas dudas al respecto.

Después, y una vez que se está de acuerdo en que existen problemas de comportamiento, puesto que ya se ha descartado que sea un problema de no-conocimiento de la norma o habilidad para ejecutarla, se realizará la siguiente evaluación, definiendo la conducta en términos relacionales:

a) Administración / institución:

- Quiénes son: organigrama de la administración/institución o recurso.

- Determinar qué miembros forman parte de cada institución, las funciones y grado de implicación con el niño y si existe una coordinación entre ellos.

- Evaluar cuáles son para todo el personal las normas o criterios de actuación. Esto debería quedar muy claro antes de intervenir ya que no todos tenemos el mismo concepto de las pautas a seguir para abordar un problema de comportamiento. De la misma manera se debe de establecer cómo va a responder el centro ante un profesional que no cumple los acuerdos establecidos.

- Evaluar cuáles son las consecuencias positivas y negativas del seguimiento o no de las normas. Está comprobado que si las conductas no deseadas no conllevan un coste resulta difícil implantar el comportamiento deseado; pero de la misma manera, y sin ser exagerados, si no se reconoce positivamente el cambio que se ha realizado, la persona no "adivinará" cual es el comportamiento que se espera de ella.

- Evaluar cuál es el modelo de disciplina: autoritario, democrático, permisivo... que se está llevando a cabo en ese momento para poder ver qué

no funciona y solucionarlo, a veces incluso sin salirnos excesivamente del modelo aplicado.

- Determinar los condicionantes en la intervención (limitaciones personales, de organización, legales y relativas al estilo o modelo educativo), punto muy importante para que más adelante, en la intervención no perdamos el tiempo en pautas que no se van a cumplir ya que va en contra de un determinado estilo educativo, moral, convicciones personales...

- Determinar cómo responde cada profesional, en términos de secuencia de conductas, ante la conducta problemática. Para ello es muy importante apuntar qué y cómo ocurre y poder así establecer cómo se produce el problema, dónde podemos intervenir y cómo...

b) Familia:

- Cómo responde ante la conducta problemática. Lo mismo que sucede con la institución, en la familia es muy importante quien toma parte en la conducta problemática, qué hace cada uno de los miembros de la familia, qué soluciones han intentado previamente...

- Qué relaciones tiene con las distintas instituciones implicadas. Es muy importante la coordinación entre todas las partes de la red.

- Grado de participación y colaboración con la institución.

- Grado de autoridad ante el niño; aspecto muy importante para poder contar o no con ellos para determinadas pautas educativas que serán necesarias en la intervención.

Qué relación mantienen con el niño (abandono, fidelidad, amenazas, etc.)

c) Niño:

Debemos saber qué relaciones mantiene con las distintas instituciones implicadas y con la propia familia, en un principio para saber quien o qué puede ejercer cierta autoridad sobre él; más adelante para que el niño "utilice" esas relaciones para tener un apoyo que le ayude a mantener ese cambio que va a producirse.

Es muy importante poder especificar con la mayor precisión posible el tipo de problema de comportamiento que está teniendo lugar para su abordaje por parte de todas las personas que componen la red del niño, así como saber qué áreas son las que transgrede y la importancia y urgencia que tienen.

- Relación con:

- Institución: · Coordinador de caso
· Centro residencial
· Colegio
- Familia :
· biológica
· de acogida

- Formas de indisciplina

- El niño "sordo"
- El niño que siempre dice "no"
- El niño de las rabietas (agresividad)
- **Áreas en que transgrede**
- Horarios: entradas, salidas, irse a dormir...
- Alimentación, comportamiento en la mesa
- Los deberes, las notas..., la asignación
- El descaro, insultos, desafíos, amenazas
- Lloriqueos, conducta insistente, acusaciones
- Autolesiones, destrozos en material
- Mentiras, hurtos
- Otros...

Una vez evaluadas todas estas áreas debe quedar claro: Cuál es la conducta problema, la forma de disciplina empleada y las áreas que transgrede, cómo responden cada una de las personas de la red y quienes deben tomar parte en la resolución del problema.

El siguiente paso será cómo y quienes intervendrán; para ello se requiere que la red se coordine con el fin de definir entre todos los objetivos a perseguir así como establecer las prioridades según los que sean más viables y urgentes.

Siguiendo una serie de pasos todo se realizará de manera más rápida, ordenada y eficaz.

A) Coordinación de la actuación de la red social

- Evaluar / establecer el modelo de disciplina (autoritario, democrático, permisivo):

* establecimiento de la secuencia sintomática: si hay algún elemento discriminativo (en la conducta del niño y/o del adulto),

.qué ocurre antes (qué produce la respuesta),

.qué ocurre después,

.qué personas hay,

.buscar las excepciones,

*acuerdo sobre el modelo a seguir, este es el punto clave, si todas las partes se ponen de acuerdo sobre la manera en la que van a abordar el problema, el niño entenderá que no puede seguir haciendo lo que ha hecho hasta el momento.

- Establecer cambios mínimos. Es importante entender que hay ciertos objetivos que hay que dividir previamente en pequeñas metas, pues sino sería como intentar que un bebé aprendiera a caminar directamente sin haber gateado antes y, por supuesto, sin que se haya caído al intentarlo.

- Establecer las consecuencias positivas y negativas del seguimiento o no de las normas. Importante ya que el niño debe aprender que los comportamientos no deseados tienen un coste y cómo se decía anteriormente debe saber a través de las consecuencias positivas que se espera de él.

- Establecer quienes van a intervenir, cómo y cuando lo van a hacer. Ahora ya no sólo se trata de establecer quienes deberían intervenir, sino quien quiere realmente intervenir, implicarse en este proceso de cambio tan importante para el niño y para todas las personas a las que les perjudica la conducta problema.

- Cómo llevar a cabo este proceso es fundamental, establecer qué se va a hacer en cada momento es complicado, pero no el decidir unas líneas generales de actuación y que se lleven **siempre** a cabo, pues no hay nada que perturbe más a un niño-adolescente que el caos y no saber a qué atenerse en cada momento.

- Como coordinarse y apoyarse durante el proceso, en caso de crisis y en caso de éxito. Hay que contar con la red porque siempre habrá un consejo práctico por parte de algunos de sus miembros que ayuden en un momento de crisis, de la misma manera que a veces ayudan a ver que las normas

son las correctas pero el cambio es lento, o a veces resaltan cambios que se pueden pasar por alto por el hecho de vivir continuamente con el niño. Es importante sentir el apoyo o la colaboración de todos.

- Explicarle al niño qué esperamos de él, cómo y cuando. El niño debe entender y saber siempre qué conductas no se van a permitir y que alternativas hay, así como las consecuencias tanto de unas como de otras.

- *Orientaciones, consejos o aspectos a tener en cuenta:*

* ¿Los adultos cumplen las normas? Los modelos son imprescindibles para los niños por lo que es complicado exigir a un niño que cumpla ciertas cosas cuando ve que los adultos no lo hacen.

* Conocer el papel de los adultos en la educación (guía, contención, comprensión y afecto); Este aspecto queda perfectamente reflejado en la introducción de este documento.

* Unanimidad y coordinación a la hora de ponerlo en práctica. Si no

fuera así el niño siempre puede intentar saltarse la norma e ir a por la persona más "débil" de la red.

* Prever un aumento de la conducta negativa en un principio.

* Paciencia.... Los niños con este tipo de problemática siempre prueban a todos los adultos puesto que su experiencia ha sido negativa con ellos, por lo que intentan llevarlos al límite de la paciencia para saber quién "merece la pena", quién no les da por perdidos y si los adultos tiran la toalla los niños verán una vez más que los adultos "les fallan".

* Asumir la responsabilidad si los adultos no quieren actuar (consecuencias: "No cambio").

* Tiempo para ejecutar la norma y para internalizarla. Todo lleva su tiempo, no podemos pretender solucionar en un mes un problema que se ha estado desarrollando durante prácticamente toda la vida del niño.

* Continuidad y perseverancia en la pauta marcada (proceso de aprendizaje a largo plazo) etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Clemens, H. (2001). *"Cómo inculcar disciplina a sus hijos"*. Madrid: Debate.
- Fernández, J. y Fuertes, J. (2000). *"El acogimiento residencial en la protección a la infancia"*. Madrid: Pirámide.
- Gootman, M. (1997). *"Guía para educar con disciplina y cariño. Para que sus hijos sean amables, comprensivos y respetuosos."*. Barcelona: Medici.
- Kazdin, A. E. y Buela-Casal, G. (1994). *"Conducta antisocial. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia"*. Madrid: Pirámide.
- Larroy, C. y De la Puente, M. L. (1997). *"El niño desobediente. Estrategias para su control"*. Madrid: Pirámide.
- López, F. (1985). *"La formación de los vínculos sociales"*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- López, F. (1995). *"Necesidades de la infancia y protección infantil. Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos"*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- MacMahon, T. (1994). *"Consejos de padres a padres. 1001 experiencias comprobadas para el cuidado y la educación de los hijos"*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mackenzie, R.J. (1993) *"Setting Limits"* Rocklin, C.A.: Prima Publishing
- Herbert, M. (1994). *"Entre la tolerancia y la disciplina. Una guía educativa para padres"*. Barcelona: Paidós.
- Herbert, M. (1999). *"Padres e hijos. Mejorar los hábitos y las relaciones"*. Madrid: Pirámide.
- Navarro, J (1975): Modelos de intervención en terapia sistémica. *Cuadernos de Terapia Familiar*. Vol. 5, nº 3: 97-110.
- Palacios J., Marchesi A y Carretero M. (1984): *"Psicología Evolutiva"*. Vol. III. Madrid: Alianza Editorial.
- Papalia D. E. y Wendkos S. (1992): *"Desarrollo humano"*. Santa Fé de Bogotá. McGraw Hill.
- Serrano, I. (1996): *"Agresividad infantil"*. Madrid: Pirámide.
- Silvestre N. (1993). *"Psicología Evolutiva. Infancia y preadolescencia"*. Barcelona: CEAC.



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES