



# **B**IENESTAR **Y P**ROTECCION **I**NFANTIL



Revista

**Federación de  
Asociaciones para  
la Prevención del  
Maltrato Infantil**

# CONTENTS

<b>Editorial</b>	<b>3</b>	<b>Documentation</b>	
<b>Parental involvement in residential care: fact or fiction?</b>	<b>5</b>	<b>Books criticism</b>	
<i>Monika Smit, Erik J. Knorth</i>		<b>Handbook of child protection</b>	<b>113</b>
		<i>Encarna M. Sánchez Espinosa</i>	
<b>Childhood social problems and family foster care as alternative: information, representation and predisposition of catalan population</b>	<b>23</b>	<b>Child maltreatment and disability</b>	<b>115</b>
<i>Ferran Casas i Aznar, Sandra Durán</i>		<i>Demetrio Casado Pérez</i>	
<b>Development and evaluation of a treatment and rehabilitation program for maltreating parents</b>	<b>35</b>	<b>Brief communication</b>	
<i>María Inés Bringiotti</i>		<b>IV National Congress on Child Abuse and Neglect</b>	
<b>Analysis of the radiological findings in a oustanding case of child abuse</b>	<b>60</b>	<i>Ignacio Gómez de Terreros, Rosario Valdecantos, Jesús Palacios</i>	<b>118</b>
<i>M.J. Lirola Cruz, A.M. López Barrio, J.M. Malo Aragón e I. Gómez de Terreros</i>		<b>Communication of ADIMA</b>	<b>126</b>
<b>Child maltreatment: stages in the evolution of the concept and therapeutic techniques used in it's treatment</b>	<b>67</b>	<b>Universal Children's Day</b>	<b>127</b>
<i>Ana D'Ocon Giménez y M<sup>a</sup> José Cantero López</i>		<i>José A. Díaz Huertas</i>	
<b>Educative treatment programmes for children in residential care. An experience analysis</b>	<b>83</b>	<b>Manifest on November 20th by child associations</b>	<b>130</b>
<i>Pilar Lapetra Coderque</i>		<b>Social Work: control or help?</b>	<b>133</b>
<b>Analysis and intervention model of bullying at spanish schools</b>	<b>96</b>	<i>Josefa García Serrano, Susana Tomás Asensi</i>	
<i>Isabel Fernández García</i>		<b>Memorandum</b>	<b>136</b>
		<b>Instructions for authors</b>	<b>138</b>
		<b>Application form</b>	<b>139</b>

## EDITORIAL

Aparece este segundo número de la Revista "Bienestar y Protección Infantil" en un momento en el que se desarrollan diversos debates positivos y esperanzadores entre las personas e instituciones que trabajamos por la mejora de la calidad de vida y el reconocimiento de los derechos de los niños. Hechos que nos permite hablar con cierto optimismo de un avance jurídico, social y profesional respecto a la consideración de la infancia, aunque debemos ser conscientes que aún queda mucho camino por recorrer.

**E**fectivamente, en los pocos meses que nos separan del número anterior de la Revista han ocurrido en nuestro país varios hechos que queremos destacar en su justa medida y que, aunque sean de signo diferente, unidos nos pueden dar ciertas claves sobre el protagonismo que la infancia va adquiriendo en nuestro contexto, más allá de los ámbitos profesionales en los que es sujeto y protagonista.

En primer lugar nos referimos a la aprobación de la Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Invitamos a todos nuestros lectores a realizar una lectura atenta antes de en-

trar en valoraciones de aspectos concretos de la misma. Tendremos oportunidad desde este foro de solicitar la opinión a expertos y analizar detalladamente los puntos más positivos y negativos de la Ley.

**E**n cualquier caso, pensamos que la aprobación de esta nueva Ley y la superación de la legislación de menores vigente hasta la fecha supone un paso verdaderamente importante. Puede servir como marco adecuado que permita proyectar en nuestra sociedad una imagen de la infancia y sus derechos que esté más en la línea de la Convención de los Derechos del Niño; aplicando el principio de Interés del Niño establece la obligación a que el menor sea oído en todos los procedimientos que le atañen y responsabiliza a la sociedad de la situación de los menores.

La Ley de Protección Jurídica del Menor sienta algunas bases que pueden potenciar avances en las políticas de la infancia que se aplican desde las administraciones públicas, ya que las insta a organizar sus actuaciones en temas de infancia de un modo integral, lo cual tendrá repercusiones importantes en la organización de los propios Servicios de Atención y servirá entre otras cosas para mejorar la calidad de los Programas de

**Intervención con Familias.** El mayor protagonismo que la Ley reserva a la actuación de la administración local también puede ser un elemento que a medio plazo puede mejorar sustancialmente la calidad de las intervenciones y por tanto la situación de dificultad en el que viven muchos menores.

**L**a segunda cuestión hace referencia a la celebración el pasado día 20 de noviembre del Día Universal de la Infancia y la constitución en Madrid de una Plataforma de Asociaciones de Infancia que aglutina unas veinte Asociaciones, casi todas ellas de ámbito estatal, y que puede resultar en el futuro un foro importante de confluencia y de presencia pública en la defensa de los intereses y derechos de la infancia. El protagonismo de la iniciativa privada en cuestiones relacionadas con la promoción de los derechos y la defensa de los intereses de la infancia se percibe como un hecho que en el futuro inmediato puede tener una gran transcendencia, disponiendo para la colaboración a grupos e instituciones que tienen objetivos comunes y que unidos potencian y amplían su voz y su presencia social.

La tercera cuestión que queremos destacar es el éxito —tanto por la participación como por la riqueza de los contenidos— que ha supuesto la celebración en Sevilla el pasado mes de noviembre del IV Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Desde que en 1989 se celebrara en Barcelona el I Congreso hasta el celebrado en Sevilla, se aprecia un interés creciente de profesionales e instituciones por participar en es-

tos foros donde se debaten temas y se ponen en común los conocimientos científicos y las experiencias más recientes en cuestiones de prevención e intervención en casos de maltrato infantil. Queremos agradecer a los compañeros de la Asociación Andaluza el enorme esfuerzo que han realizado para organizar un Congreso de la categoría del de Sevilla.

Coincidiendo con el Congreso se celebró la reunión del Comité Ejecutivo de la ISPCAN (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect) y comunicó la próxima celebración del VI Congreso Europeo sobre Infancia Maltratada y V Estatal en Barcelona en mayo de 1997.

**S**in embargo, no sólo han ocurrido durante estos meses cuestiones esperanzadoras y optimistas, la infancia también ha estado presente en los medios de comunicación y en el interés de todos por otras razones distintas de las que hemos comentado. La proyección en varias cadenas de televisión de sendos reportajes sobre las condiciones de vida de niños y niñas en algunos centros residenciales de China y el escándalo que ha supuesto el descubrimiento de una red de prostitución de menores en Sevilla han puesto en candelero cuestiones dolorosas de una determinada realidad infantil en ocasiones desconocidas, en ocasiones «ignoradas». En todo caso, dejar constancia de esta realidad multiforme y agri dulce puede servirnos para mantener una cierta tensión, necesaria e ineludible cuando se pretende defender y promocionar los derechos de niños y niñas.



# IMPLICACION DE LOS PADRES EN LA ATENCION RESIDENCIAL: ¿REALIDAD O FICCION?

PARENTAL INVOLVEMENT IN RESIDENTIAL CARE:  
FACT OR FICTION?

**MONIKA SMIT, ERIK J. KNORTH**

*Leiden University. Departamente of Education, Centre for Special Education and Child Care. P.O. Box 9555, 2300 RB Leiden, the Netherlands.*

Nuestro agradecimiento a Montse Cuso por su colaboración desinteresada en la traducción del presente artículo

## RESUMEN

Tradicionalmente, se pretendía que la atención residencial limitara la influencia perjudicial de la familia del "niño problema". Esto se lograba mediante la ruptura o bien distanciando los contactos del niño con su familia, en interés del niño. Los centros residenciales servían como sustitutos de los padres. (Jenson & Wittaker, 1987; Gunder, 1989).

**A**ctualmente, en Holanda como en otras partes, estamos tratando de evitar, siempre que sea posible, que el niño tenga que ser atendido fuera de su casa, utilizando el centro residencial como intervención mínima, durante el tiempo más breve posible y lo más cerca posible de su propia casa. Eso significa que primero tratamos de ayudar al niño en su propia situación familiar. Para ello se han desarrollado varias clases de métodos de tratamiento en la familia (Vogelvang, 1995). Además, la capacidad de ofrecer distintos tratamientos diurnos ha aumentado considerablemente en los últimos años (Her-

manns, 1993). Si, a pesar de todo, es necesaria una atención residencial, ello raramente significa que los contactos con la familia biológica deban ser interrumpidos completamente. Hemos empezado a comprobar que, por difíciles que puedan ser los contactos, los padres siguen siendo muy importantes para el cuidado de sus hijos (Ainsworth, 1991; ver también Buysse, 1995). A partir de principios de la década de los 70, se ha venido defendiendo la atención residencial orientada a ayudar a la familia y la atención centrada en la familia ha venido a ser un principio aceptado en Holanda de forma generalizada (De Ruyter & Van Weelden, 1986).

Esta tendencia está íntimamente relacionada con la idea -especialmente en USA- de que la atención residencial, como otras intervenciones de menor alcance, es un *sistema de apoyo temporal* que es utilizado en los casos en que se requiere un seguimiento familiar y especialmente de los padres: "... por eso, los programas de atención no deben ser considerados como sustitutivos de la

vida familiar sino más bien como instrumentos naturales de ayuda para los padres naturales o acogedores, u otros guardadores, para que desarrollen métodos adecuados de atención a niños con problemas especiales de adaptación vital" (Wittaker, 1979, p.7; ver también Wittaker, 1992). Programas intensivos de atención domiciliaria, tratamientos diurnos, o atención residencial no son opuestos desde este punto de vista, pero representan diferentes maneras de organizar el apoyo profesional.

Adherirse a un principio no significa que la realidad sea acorde con ese principio. Es por ello que vamos a examinar la actual participación de los padres en la atención residencial en Holanda, a lo largo de los párrafos siguientes.

## ABSTRACT

Traditionally, a residential placement was meant to limit the damaging influence by the family of the "problem child". This was accomplished by breaking off or minimizing the contacts with the family, in the child's interest. Residential homes served as replacements of the parents (Jenson & Wittaker, 1987; Gunder, 1989).

Nowadays, in the Netherlands as elsewhere, we try to prevent out-of-home placements of children as much as possible and provide them with care that is as light as possible, as short in term, and as close to home. That means that we first try to help children in their own family situation. For this purpose several kinds of home treat-

ment methods have been developed (Vogelvang, 1995). Besides this, the capacity of various kinds of day treatment has increased considerably over the last years (Hermanns, 1993). If however, a residential placement is called for, that rarely means that contacts with the natural parents will be completely broken off. We have begun to realize that, no matter how difficult the contacts are, the parents still are very important for children in care (Ainsworth, 1991); see also Buysse, 1995). From the early 1970s on, family oriented residential care has been advocated and family focused care has become a generally accepted principle in the Netherlands (De Ruyter & Van Weelden, 1986).

This development is closely connected with the idea - specially advocated in the USA - that residential care, just like other less far-reaching interventions, is a temporary support system that is brought into the case to support the family and specially the parents: "... therefore, (residential) child treatment programs should not be regarded as substitutes for family living but rather, as instruments for helping natural or foster parents or other guardians develop successful methods of caring for children with special life adjustment problems" (Wittaker, 1979, p.7; also Whittaker, 1992). Programs for intensive home care, day treatment or residential care are no opposites in this view but they represent different ways to organize professional support

To adhere to a principle does not mean that the reality is according to that prin-

ciple. Therefore we will examine the actual participation of parents in the residential care in the Netherlands in the following paragraphs.

## 1. RAZONES PARA IMPLICAR A LOS PADRES

Distintas consideraciones nos llevaron a intentar implicar a la familia biológica y especialmente a los padres en el cuidado del niño y en el proceso de intervención. Son consideraciones pragmáticas y teóricas así como resultados empíricos y obligaciones legales.

### 1.1 Consideraciones pragmáticas y teóricas.

Una consideración pragmática es que los padres, como expertos a través de su vivencia, son una importante *fuenfe de información*. Ellos son, especialmente al comienzo del proceso de intervención, las personas que mejor conocen a cada niño.

Por otra parte, no podemos ver al niño en el centro residencial como un individuo aislado. Un niño está fuertemente *unido* a su familia (De la Marche, 1989) y mantiene sentimientos de lealtad hacia sus padres después de su internamiento. Por eso, la familia está "presente" en el centro residencial, incluso en los casos en que no está allí físicamente. Implicar a los padres en el proceso de intervención puede reducir la posibilidad de que el niño sufra conflictos de lealtad. Además, debemos intentar vencer la posible resistencia de los padres al internamiento.

Con vistas a la *reintegración* familiar es importante implicar a los padres en la atención del niño. Esto puede ayudar a evitar que el niño eche en falta su entorno natural, así como el aislamiento y la pérdida de modelos de socialización significativos (Van Acker, Mertens & Vermaaijen, 1986). Simultáneamente, podemos intentar hacer que las condiciones de la familia sean lo más favorables posibles para el retorno del niño a su casa (ver también Dresen, 1987, Smit, 1993). Pero incluso si el niño no vuelve a casa de sus padres, es importante trabajar las relaciones con los padres, porque también en estas circunstancias un niño estará más en contacto con sus padres en el futuro.

Consideraciones de naturaleza teórica sirven para formarse una idea de la importancia del apego y la influencia de experiencias traumáticas en casos de separación, por ejemplo, debido al internamiento. Seguidamente, podemos mencionar abordajes en pedagogía y psicología: desde atención primaria de los problemas individuales del niño para atender la situación problemática familiar (Hellincks, 1983), e íntimamente relacionado con ello, la preferencia por un sistema de abordaje a estos problemas con una orientación familiar.

### 1.2 Resultados empíricos.

Dos clases de resultados empíricos aportan argumentos relevantes para involucrar a los padres en la atención residencial. En primer lugar, los resultados de investigaciones que indican que no solo los niños que son internados tienen pro-

blemas, sino que también sus padres y la familia biológica los padecen. En segundo lugar, existen datos que demuestran que el hecho de implicar a los padres tiene efectos positivos.

**R**especto a los padres y a la familia biológica, los resultados de Van der Ploeg and Scholte (1988) nos aportan datos importantes. En su investigación *Tehuizen in Beeld* (*Centros Residenciales en el punto de mira*) ellos analizan, entre otras cosas, la situación y características de las familias biológicas de 337 niños en 58 Centros Residenciales. Los datos muestran que el 58% de los padres estaban divorciados: En un 55% de las familias las relaciones entre los padres eran consideradas "malas" y los problemas de los padres incluían problemas emocionales (54% de los padres, 69% de las madres) y adicción a sustancias tóxicas (19% padres; 13% madres). Un 54% de las familias presentan también problemas con otros hijos (ver también Knorth & Van der Ploeg, 1994). Por eso, es evidente que las familias de los niños internados también tienen problemas.

La suposición de que es conveniente implicar a los padres en el tratamiento residencial tiene una base empírica. Podemos encontrar evidencias en los resultados de investigaciones que demuestran que los contactos entre el niño y su familia y la implicación real de los padres en el tratamiento de sus niños son predictores importantes de la reunificación final de la familia o de una reintegración social afortunada (Taylor & Alpert, 1973; Fanshel, 1975;

Milham, Bullock, Hosie & Haak, 1989; Ainsworth, 1991). De forma algo diferente la importancia de la cooperación con los padres de niños internados está probada en recientes estudios de Walton; Fraser, Lewis, Pecora y Walton (1993). Ellos trataban de averiguar si un programa de preservación del núcleo familiar, cuyo objetivo era evitar la separación del niño de su ámbito familiar, podía también ser útil para conseguir la reunificación familiar después del internamiento del niño. 110 familias con niños atendidos fuera de su ámbito familiar (de edades comprendidas entre uno y 17 años, edad media 10,7 años) participaron en la investigación. El retorno a casa era en todos los casos el objetivo de la intervención, pero ninguno de los niños había podido hacerlo. Las familias fueron asignadas aleatoriamente al grupo experimental (n=75) o al grupo control (n=53). En el grupo experimental la familia recibió atención domiciliaria intensiva durante tres meses (al menos tres visitas domiciliarias semanales) con el objetivo de dar ayuda en los problemas reales (por ejemplo; transporte, ayuda económica, ropa, comida, reparaciones) y de aprendizaje de nuevas habilidades (comunicación, crianza de niños, manejo de conflictos, etc.). Al mismo tiempo se intentaba el retorno del niño a su casa a corto plazo. En el grupo control se ofrecían las atenciones habituales. Los resultados muestran que el 93% de los niños del grupo experimental estaban viviendo otra vez en su casa después de los tres meses de cuidados especiales orientados a la reunificación familiar, frente al 28% de

los niños del grupo control. Un año después de finalizar el programa el 75% de los niños del primer grupo vivían en su casa, frente al 49% de los niños del grupo control (1).

### 1.3 Obligaciones legales.

Las instituciones para la atención de niños, desde que entró en vigor la Ley Holandesa de Protección a la Infancia, están obligadas a implicar a los padres en la atención de sus hijos. Esto significa, por ejemplo, que los padres o tutores del niño, deben ser oídos cuando se elige un centro residencial o un centro de día (Art 29, 2ª parte, y Art 22 1ª parte). Más aun, debe haber un programa de intervención para cada niño internado, conteniendo "... un informe sobre la forma de implicar en la intervención a los miembros elegidos de la familia del niño, o en caso contrario explicar las razones" (*Besluit Kwaliteitsregels*, Art 5, 2ª parte, c). Más adelante, dice que "El plan de intervención no se establece o no se modifica a no ser que, como mínimo, (...) los padres o los representantes legales del niño hayan sido consultados, si no es que sea necesario actuar con urgencia y la consulta pueda dañar al niño..." (*Besluit Kwaliteitsregels*, Art 3ª parte). El "responsable de caso", es decir, "la persona que lleva a cabo la intervención" (Guía legal en Protección Infantil, página A2) hace un informe al final del trabajo con el niño, en el que explica de qué modo ha llevado a cabo la tarea encomendada. El informe se añade al Plan de Intervención. El responsable de caso envía copias del informe con el

Plan de Intervención (al menos) a los padres y a los representantes legales del niño (*Besluit Kwaliteitsregels*, Art. 5, parte 6).

En resumen, la Ley de Protección Infantil determina que los padres tienen que estar implicados en distintos aspectos en la atención residencial de sus hijos, pero deja al responsable de caso la forma en que debe hacerse.

## 2. FORMAS DE IMPLICAR A LOS PADRES

Los padres pueden no estar implicados de forma significativa cuando esta implicación se limita a estar informados periódicamente sobre, por ejemplo, los progresos de su niño. La forma de implicación más importante es aquella en que no sólo el niño sino también los padres son acogidos en una residencia y la intervención está enfocada a toda la familia. Otras formas de implicación tales como los contactos entre los padres y el equipo de intervención en el domicilio, grupos de padres y escuelas de padres, el asesoramiento a los padres y la terapia familiar dependiendo de su intensidad, se hallan a mitad de camino entre una y otra forma de implicación.

En esta línea Jenson y Wittaker (1987) escribieron un interesante artículo sobre las maneras en que los padres pueden tener un papel activo en el proceso de atención residencial del niño. Ellos distinguen tres fases a) preintervención e ingreso, b) intervención, y c) salida, reintegración y cuidados pos-

teriores. Una revisión de las diversas formas de trabajar con las familias está publicada en Verband Katholischer Einrichtungen der Heim- und Heilpädagogik (1989). Nosotros presentamos en los cuadros siguientes (en tres partes) los métodos mencionados en dicha publicación y usaremos en gran parte como referencia la clasificación de Jenson y Wittaker.

**E**n el Cuadro 1 vemos cómo los padres pueden ser involucrados activamente en el proceso de atención

a su hijo o hija en el *preinternamiento y el ingreso*. Las palabras clave en este apartado son "el intercambio de información" y la "clarificación de las expectativas" (entre otras cosas las concernientes al rol que se espera que ejerzan los padres durante la estancia del niño en el centro). A través de los compromisos establecidos por escrito con los padres (ver punto 1.c), se les muestra que son considerados una parte importante para los trabajadores de la residencia que solicitan su cooperación.

**Cuadro 1. Implicación de los padres en el preinternamiento e ingreso**

1. Visitas.
  - a) La orientación previa a la admisión es llevada con todos los miembros de la familia mediante visitas a la institución.
  - b) Miembros del equipo de la residencia organizan visitas a la comunidad y a la familia de cada niño.
2. Los planes de atención individual se formulan en el momento del ingreso con la cooperación de los padres.
  - a) Los derechos, papel y responsabilidades de los padres se identifican y discuten.
  - b) Se pregunta a los padres que especifiquen el comportamiento del niño, las relaciones con sus iguales y las interacciones familiares en las semanas anteriores a la admisión.
  - c) Los planes (preliminares) de atención se formalizan mediante acuerdos o contratos escritos entre los niños, los padres y el equipo de atención.

Fuente: Jenson & Whittaker (1987)

En el Cuadro 2 se muestran los métodos que implicarán a los padres y a los demás miembros de la familia en *la fase de intervención*. Distinguimos cinco modalidades (ver las columnas en el Cuadro): a) contactos entre el centro residencial y los padres; b) implicación de los padres en la actividad cotidiana del niño en el programa de intervención; c) formación de los padres para aumentar sus habilidades de crianza de sus

hijos; d) grupos de autoayuda en los que los padres de los niños internados, pueden darse apoyo especialmente por el intercambio de experiencias y por el trabajo en red, y e) realizando varias formas de terapia familiar. El cuadro también muestra que la implicación de los padres no siempre conlleva que se hayan comprometido a algo. La implicación de los padres puede ser un encargo o una actividad con el niño.

## Implicación de los padres en la atención residencial: ¿realidad o ficción?

**Cuadro 2. Implicación de los padres durante las estrategias de intervención**

Contactos entre el centro residencial y los padres	Implicación de los padres en la actividad cotidiana en el programa de intervención	Formación y educación de padres	Grupos de apoyo a los padres	Tratamiento familiar conjunto
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Breves conversaciones informales entre los padres y los trabajadores de la residencia.</li> <li>2. Conversaciones telefónicas informales entre los padres y los trabajadores de la residencia.</li> <li>3. Envío de cartas desde la residencia a los padres.</li> <li>4. Envío de folletos sobre temas específicos a los padres.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visitas con o por los padres.                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Los padres participan en acontecimientos semanales con el grupo (por ejemplo tomar el té los viernes por la tarde).</li> <li>b) Visitas de los padres en fines de semana (a veces pasando la noche).</li> <li>c) Los niños van a casa de los padres los fines de semana.</li> <li>d) Los padres visitan el grupo por motivos especiales (p. e. cumpleaños).</li> <li>e) Los padres invitan al grupo (p.e. como punto de reunión en casa para una excursión en bicicleta).</li> </ol> </li> <li>2. Los padres reciben ciertas responsabilidades sobre el cuidado de sus hijos durante la intervención:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Compra de ropa y necesidades diarias.</li> <li>b) Programa diario de actividades del niño (p. e. tiempo de estudio en casa, clases de música, arreglos relacionados con la comidas).</li> </ol> </li> <li>3. A los padres se les pide ayuda para solucionar problemas específicos de comportamiento que se detectan durante la atención.</li> <li>4. Los padres reciben semanalmente de los profesionales informes escritos sobre el progreso de sus hijos.</li> <li>5. Se responsabiliza a los niños de planificar y realizar actividades con sus padres (p. e. ir a un partido de fútbol en fin de semana).</li> </ol>	<p>Distintas posibilidades como:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grupo de formación en principios de conductismo aplicado (p. e. manejo de contingencias y negociación de contratos).</li> <li>2. Instrucción de padres en comunicación, gestión y habilidades prácticas.</li> <li>3. Modelado de habilidades en solución de problemas por parte de los padres.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organización de actividades informales para los padres (casa abierta, ferias de fantasía, noches de vídeo).                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Actividades informales para reducir la ansiedad y el aislamiento familiar.</li> <li>b) Actividades informales con autorreflexión sobre el funcionamiento de los padres y los trabajadores de la residencia (con la posibilidad de participar trabajadores sociales y otros padres como modelos).</li> </ol> </li> <li>2. Los grupos de apoyo a corto plazo presentan conferenciantes invitados para responder a preguntas y discutir temas relacionados con la atención y el internamiento (p. e. drogas, sexualidad, evaluación de los niños).</li> <li>3. Grupos de apoyo a largo plazo que permiten a los padres compartir sentimientos y experiencias con miembros de otras familias con niños internados.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollo de terapia familiar (p. e. los niños son animados a comprender el comportamiento de sus padres, a manejar con su frustración y enfado de sus padres y para desarrollar formas adecuadas de interactuar con ellos).</li> <li>2. Se invita a los padres a participar en sesiones de terapia familiar organizadas por profesionales en la residencia.</li> <li>3. En sesiones de grupo con los niños se examina la influencia de los procesos familiares en su comportamiento en el grupo, utilizándolo en un sentido terapéutico.</li> <li>4. A través de terapia familiar extensiva, padres e hijos desarrollan e implementan contratos de comportamiento que perfilan tratamientos específicos y planes de reintegración.</li> <li>5. Miembros clave de la familia viven con los niños ingresados en el medio residencial por algunas semanas; la familia «copaciente» acude junta a todas las actividades terapéuticas.</li> </ol>

Fuente: Jenson & Whittaker (1987); Verband katholischer Einrichtungen der Heim- und Heilpädagogik (1989)

En el Cuadro 3 se muestran diversas variantes de los métodos empleados en referencia a los padres en la *fase de rein-*

*tegración comunitaria y en la fase posterior a la intervención.*

**Cuadro 3. Implicación de los padres en la reintegración a la comunidad y postatención**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los grupos de apoyo para padres se forman durante el tratamiento para discutir la reincorporación a la comunidad y las expectativas después del acogimiento.</li> <li>2. Los grupos de apoyo postatención a la familia se establecen de acuerdo con los diferentes casos:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Los niños regresan con su familia biológica,</li> <li>b) Los niños son acogidos en un hogar adoptivo, u otras alternativas.</li> </ol> </li> <li>3. Equipos postatención formados por trabajador social, educadores y servicio de trabajo comunitario ayudan a los padres en sus planes de reinserción y reintegración.                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Se realizan encuentros previos al retorno al hogar para establecer objetivos para el niño y los padres.</li> <li>b) Se hacen contratos para sesiones semanales de «counselling» familiar.</li> <li>c) Se perfilan las limitaciones en el ejercicio de la paternidad y en las habilidades de gestión familiar y se planifican intervenciones específicas.</li> <li>d) Los padres ayudan al niño a desarrollar un plan educativo posterior a la atención.</li> <li>e) El equipo de la residencia actúa como «persona recurso» para acompañar a los padres a encuentros con el personal de las escuelas, terapeutas u otros profesionales, durante un periodo específico posterior a la atención.</li> </ol> </li> <li>4. Especialistas mediadores trabajan con los niños y los padres para facilitar vínculos entre la residencia y el hogar. P. e. especialistas en encontrar trabajo para jóvenes y resolver problemas prácticos durante la reintegración.</li> </ol>
---

Fuente: Jenson & Whittaker (1987)

La importancia de las actividades orientadas a los padres y a la familia, especialmente al final de la estancia del niño en el centro residencial, no puede ser suficientemente destacada. En muchas publicaciones encontramos que una intervención exitosa puede fácilmente fracasar cuando la reintegración del niño en otro ámbito (como la familia) no tiene apoyos específicos del sistema (para una revisión ver Smit, 1993).

### 3. IMPLICAR A LOS PADRES NO ES ALGO INSIGNIFICANTE.

El hecho de que los que tienen la responsabilidad de atender al niño estén obligados por ley a implicar a los padres en la atención de su hijo y la importancia de que este hecho esté ampliamente reconocido, no significa que sea fácil. En la literatura podemos encontrar toda clase de obstáculos. Seguidamente sistematizaremos los obstáculos y las objeciones de los padres, de los trabajadores y de la institución residencial.

#### 3.1 Obstáculos por parte de los padres.

De acuerdo con Gunder (1989), para una parte de los padres la distancia geográfica del domicilio al centro donde el niño es atendido, constituye un problema. Más aun, no todos los padres tienen la capacidad de colaboración en la atención del niño o están dispuestos a ello. Esta falta de colaboración es señalada por Conne (1990, 1994) y Smit (1993) en base a investigaciones realizadas en más de 300 instituciones alemanas y 53 centros residenciales holandeses, considerando como el mayor obstáculo.

Una razón importante de la falta de colaboración es que algunos padres están tan sobrecargados con otros problemas (propios o de otros miembros de la familia) y con su trabajo, que no ven de qué forma pueden colaborar (Jenson & Wittaker, 1987). Más aun, algunos padres consideran la atención residencial de su niño como un castigo y como algo injusto y tienen una imagen negativa del centro residencial. Los padres pueden tener sentimientos de culpa por el hecho de que su hijo ha sido ingresado y sobre su propia conducta como causa del ingreso (Heun, 1981). Pueden estar heridos y celosos, especialmente si el niño está mejorando gracias al internamiento. Con frecuencia la desconfianza de los padres hacia los educadores, que son considerados como competidores, también juega un papel. A los padres algunas veces les resulta difícil considerar a los, a menudo jóvenes, profesionales que todavía no han criado hijos propios, como interlocutores válidos.

Entre los padres que no necesariamente rechazan *per se* su implicación están aquellos que alternan el compromiso y la indiferencia. Estos padres no siempre cumplen sus compromisos o están presentes cuando deberían estarlo, lo cual no siempre es conveniente para el centro residencial (Gunder, 1989).

#### 3.2 Obstáculos por parte del centro residencial.

Los trabajadores del Centro residencial algunas veces carecen también del



deseo de colaboración. Esto puede estar causado por el hecho de considerar a los padres como un factor molesto en el centro residencial (Heun, 1981), que los vivan como inadecuados y que les culpen por los problemas que presenta el niño. Los trabajadores de la residencia quieren proteger al niño de sus padres (Gunder, 1989). Sucede que no quieren "compartir" al niño con sus padres a los que ven como competidores.

Más aun, cuando el deseo de colaboración exista, las circunstancias del trabajo pueden dificultarlo. Trabajar con los padres significa aumentar las tareas y eso cuesta dinero (extra) (Börsch, 1981). Además, los educadores no siempre están suficientemente cualificados para trabajar con los padres (Heun, 1981). También existe la posibilidad de que haya confusiones respecto de las responsabilidades concretas de los padres y las de los educadores. Conen (1984) establece, basándose en sus investigaciones, que existen cuatro factores institucionales que, de igual forma, están considerados como un "obstáculo" en la implicación efectiva de los padres: los cambios de turno de los educadores, la escasez de personal, el presupuesto ajustado y una insuficiente especialización del personal. Respecto del último punto Ainsworth (1991) apunta que sabemos poco acerca de la manera en que el establecimiento residencial puede trabajar de forma efectiva con los padres. Las guías prácticas especializadas para el equipo de educadores són escasas.

#### 4. ESTADO DE LA CUESTION EN HOLANDA.

En el texto precedente se han dado diversas razones para implicar a los padres en la atención residencial de sus niños. También ha quedado claro que la colaboración con los padres es deseable pero no siempre resulta fácil. Esto plantea la pregunta de cómo está el estado de la cuestión en Holanda sobre esta materia. Diversos estudios recientes holandeses han estudiado el tema. Nosotros presentaremos los resultados de dos de ellos.

##### 4.1 Estudio de Jansen y Oud.

En un estudio de Jansen y Oud (1992, 1993) participaron las 12 instituciones residenciales de la provincia de Noord-Brabant, que atendían niños con problemas psicosociales, de edades comprendidas entre los 9 y 15 años. El proceso de intervención de 141 niños fue monitorizado durante 2 años. Los padres de 90 niños (64%) estuvieron también implicados en la investigación como informadores. Junto al tema del desarrollo de la actividad de los jóvenes durante el día, un importante punto de atención era el **grado de orientación familiar** de los cuidados ofrecidos. Se definía como el grado en que los padres y otros miembros de la familia estaban en contacto con el niño y estaban implicados en su cuidado durante su estancia en la institución (Jansen & Oud, 1993). Ofrecemos una selección de los resultados. Los datos se refieren a los seis primeros meses de estancia de los niños en la residencia.

- En nueve de cada diez casos las circunstancias familiares eran la causa (parcial) de los problemas del niño. No obstante, los educadores del centro solamente mencionaban como objetivo principal la mejora de la situación familiar o de las relaciones familiares, en el 32% de los casos.
- Casi un tercio de los niños pasaba un fin de semana de cada dos en casa con sus padres; la frecuencia variaba entre ninguno (13%) a todas las semanas (10%). En un 60% de los casos los padres participaban en el establecimiento del plan de salidas.
- Dos tercios de los padres seguían encargándose del calzado y del vestido de su hijo o hija. Una minoría (30%) tenían relación con el colegio de su hijo durante la estancia en la residencia. La mayoría de los padres se sentían cómodos durante las sesiones de grupo. Participaban raras veces en actividades de la vida cotidiana como ayudar en el comedor, participar en juegos, la limpieza de las habitaciones o haciendo reparaciones.
- Respecto al apoyo a los padres desde la institución residencial, podemos decir que, de promedio, los padres tenían contacto personal con el coordinador de equipo una

vez cada cuatro semanas; mientras que el contacto telefónico se daba cada dos o tres semanas. Eventualmente, los períodos eran más largos (2). La frecuencia de los contactos personales o telefónicos entre los padres y otros profesionales (trabajador social y otros miembros del equipo como psicólogo infantil, psiquiatra, director) era muy inferior. Con referencia a las formas de contacto, vemos que los contactos más intensivos orientados a la ayuda a la familia y a los padres, se daban muy escasamente: sólo diez de noventa familias recibieron terapia familiar o entrevistas familiares en los primeros seis meses; en seis de estas diez familias solamente se llevaron a cabo unas pocas entrevistas. Otro tipo de trabajo con los padres, como los grupos de discusión, las escuelas de padres, o la educación de las habilidades psicológicas/educativas en el grupo familiar, no surgieron en el grupo experimental.

Es interesante ver cuáles son los temas que se trataban en la relación entre los padres y los equipos de los centros residenciales. El Cuadro 4 presenta los datos de los padres que dicen tener suficiente relación como para poder dar una respuesta argumentada a esta pregunta.

**Cuadro 4. Temas de discusión durante los contactos con el equipo de la residencia (en %)**

Temas	Equipo educativo de la residencia (n=84)	Otros trabajadores de la residencia (n=71)
Comportamiento del niño en casa	86	86
Comportamiento del niño en el grupo de convivencia	85	83
Horario en fin de semana y vacaciones	71	68
Comportamiento y rendimiento del niño en el colegio	70	56
Consejos sobre la forma de tratar al niño	50	42
Sentimientos de los padres sobre la atención extrafamiliar de su hijo	49	55
Asuntos prácticos (vestidos, colegio...,)	35	28
Problemas personales de los padres	20	34
Problemas materiales de los padres	20	21
Problemas de relación de la pareja	12	21
Desarrollo de la terapia	0	9
Otros asuntos	25	28

Fuente: Jansen & Oud (1992)

Es evidente que en el trato que los padres tienen con los educadores y otros miembros del equipo técnico de la residencia el *comportamiento del niño* en casa y en el grupo de niños es el principal tema de conversación. Frecuentemente se plantean las salidas de vacaciones y fines de semana en función del comportamiento del niño. Uno de cada dos padres dice recibir asesoramiento y sugerencias sobre la forma de tratar a su hijo o hija. En contacto con otros miembros del equipo este tema es tratado a menudo. Mucha menos atención, proporcionalmente, se da a los problemas personales de los padres, excepto a los sentimientos provocados por el internamiento de su hijo.

Más aun, está comprobado que, de media, los padres tuvieron entrevistas concertadas una vez al mes con un trabajador social de los servicios de base comunitarios. Aquí también encontra-

mos grandes diferencias: uno de cada cuatro padres nunca hablaba con el trabajador social de esta clase de servicios, casi una cuarta parte lo hacían una vez cada dos semanas o con mayor frecuencia. Se producían más visitas al domicilio (en seis meses una media de 3,8 veces) que entrevistas en las oficinas (en seis meses una media de 2,6 veces). Los principales temas de conversación eran los mismos aquí: el comportamiento del niño en casa y en el grupo y el funcionamiento del niño en el colegio. Si comparamos los temas tratados en los contactos con los educadores, se daban con menor frecuencia los temas relacionados con los fines de semana y las vacaciones, mientras que los sentimientos de los padres acerca del internamiento, así como los problemas materiales y personales de aquéllos, eran tratados con una cierta mayor frecuencia (los dos últimos en un 49% respecto del 42% de los casos). Los problemas de rela-

ción de los padres no se discutían con mayor frecuencia en los contactos con los servicios comunitarios de base (16%).

**L**a cuestión de si había más contactos con los servicios comunitarios de base en aquellos casos en que el asesoramiento a los padres desde el centro residencial era mínimo, puede, hasta cierto punto, responderse afirmativamente: en general en "el asesoramiento a los padres desde el centro residencial" vemos una significativa correlación negativa. En el caso de los padres tratados por los servicios de base comunitarios, sin embargo, aparecían también relaciones significativas con el número de contactos entre padres e hijos: cuanto mayor era el seguimiento menores eran los contactos padres-hijos y existía una menor implicación de los padres en el proceso de internamiento. Oud y Jansen (1993) por este motivo, plantearon la cuestión de si, finalmente, no sería mejor que, cuando fuera posible, el centro residencial se ocupara directamente del seguimiento de los padres. (p. 153).

Jansen y Oud vinculan los resultados más importantes de su investigación (por ejemplo, realmente el centro residencial trabaja menos con la "familia en seguimiento" de lo que podría esperarse si nos basáramos en la literatura clínica) entre otros: a) la complejidad de los problemas y las bajas expectativas que los educadores tienen, a ve-

ces, acerca de las posibilidades de cambio de una familia (con chicas con problemas complicados, encontramos menor seguimiento familiar); b) la edad de los niños (a mayor edad de los niños, menos seguimiento familiar); c) el tipo de institución donde el niño es internado (en los centros psiquiátricos infantiles los equipos trabajan con un mayor enfoque familiar que en otros centros).

#### 4.2 Estudio de Smit.

En un estudio sobre el final de la estancia en el centro residencial (Smit, 1993) se ocuparon de la implicación de los padres. Los educadores de un total de 53 instituciones para niños con problemas psicosociales (edades de 12 a 21 años), fueron preguntados acerca de en qué grado los padres de 149 de estos niños habían estado implicados en las decisiones importantes. Estaba focalizado en las decisiones acerca del ingreso, del plan de intervención y de la vuelta a casa después de la estancia en el centro o al empezar una vida independiente. El equipo de la residencia dio información sobre el papel que jugaron los padres en una escala de cinco puntos, desde 1: "determinante"; 2: "co-determinante"; 3: "consultivo"; y 4: "informados con posterioridad"; a 5, "no implicados". El Cuadro 5 contiene los resultados. Los puntos de las dos primeras escalas se han unido para evitar que cada frecuencia fuera demasiado pequeña.

**Cuadro 5. Papel que juegan los padres en la toma de decisión sobre la admisión, planificación de la atención y retorno, información del centro residencial (en %)**

Papel de los padres en la toma de decisiones	Retorno a casa (n=82)			Independencia (n=67)			Total (n=149)		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
(Parcialmente) Determinante	69	23	85	35	20	11	55	22	55
Asesor	8	3	3	4	2	17	6	3	9
Informados a posteriori	20	60	10	46	60	60	31	60	31
No implicados	3	14	2	15	18	13	8	16	6

I = Decisión sobre el ingreso. II = Decisión sobre el plan de intervención. III = Decisión sobre la salida.

En este cuadro se destaca lo siguiente:

- La implicación de los padres en la toma de decisiones sobre aspectos importantes de la atención del niño, depende en gran parte del futuro del niño; la participación es mayor cuando el niño vuelve a casa después del internamiento. Los padres de los niños que vivirán de forma independiente a menudo son informados con posterioridad acerca de diversas decisiones, o no están implicados en absoluto.
- Los padres de los niños que vuelven a casa, tienen más participación en la toma de decisión sobre el retorno. En la toma de decisión sobre el ingreso del niño muchos padres de este grupo han tenido una participación bastante determinante.
- La implicación de los padres en el plan de intervención, con independencia del lugar donde vaya a vivir el niño después de la salida del cen-

tro, es, no obstante, limitada: en muchos casos la información se da con posterioridad. En el plan de intervención, es comparativamente frecuente, que los padres no estén implicados en absoluto.

La investigación también prestó atención al grado de "orientación familiar" de la atención a los niños. En el 78% de los casos los padres parecen obtener algún tipo de atención u orientación durante la estancia del niño en la residencia. Esta atención se da desde el centro residencial (16%), desde un organismo no residencial como un servicio de mediación (35%) o mediante ambos servicios, el centro y la institución no residencial (27%). Mayormen- te el foco de atención son los padres (56% de los casos en que existe atención u orientación). Este estudio también demuestra que raramente se ofrecen tratamientos más profundos de atención a las familias, como terapia fa-

miliar, educación de las habilidades (educativas, sociales y de comunicación) de los padres (en 17% respecto del 18% de los casos en que existen atención u orientación).

## 5. CONCLUSIONES.

**E**n esta aportación hemos afirmado que una atención orientada a la familia del niño es importante y que constituye un principio ampliamente aceptado y que los centros residenciales deben por ley, implicar a los padres en la atención de sus hijos. Comoquiera que, la literatura menciona también un número de razones por las cuales esto no es un tema menor, nosotros presentamos la cuestión de, a este respecto, cuál es la situación real de la atención residencial a los niños en Holanda. La visión "global" que hemos mostrado a través de los estudios empíricos mencionados, es que el papel de los padres en la institución está con mucha frecuencia limitado. Esta imagen corresponde con lo encontrado por la Inspección de Protección Infantil (Inspectie Jeudhulpverlening, 1993) (3). A continuación se ofrecen datos más específicos.

Los resultados de las investigaciones de Jansen y Oud muestran que el principal tema tratado en los contactos entre los padres y la institución residencial es todo aquello relacionado con lo que sucede en el *grupo de la residencia*. Como se ha demostrado, los padres tienen mucho más contacto con el equipo del centro. El tema de conversación de estos contactos es el comportamiento

del niño en el centro y en casa los fines de semana. En aproximadamente la mitad de los casos estas conversaciones incluyen asesoramiento sobre la crianza de los hijos. Mucho menos frecuentemente se dan los contactos con los padres en los que el tema de conversación es *su propio funcionamiento*, tanto si está relacionado con sus hijos como si no lo está. En este punto debemos añadir que en los contactos que los padres tienen con los servicios de base comunitarios es más frecuente hallar un espacio para discutir sus problemas personales. Este estudio demuestra que existe una gran diversidad en la frecuencia de los contactos entre los padres y la institución. Esto puede significar que se ofrece "atención a la medida"; mientras que en un caso se desea una gran frecuencia de los contactos o parece posible, esto puede parecer menos deseable o difícilmente factible en el otro. Los padres algunas veces no son muy "accesibles" a los educadores. Sin embargo, no sabemos si la intensidad de los contactos con los padres es siempre el resultado de una opción consciente o bien una estrategia de intervención. Ulteriores estudios podrían clarificar este tema.

**E**l papel que se ofrece a los padres en la toma de decisiones sobre el proceso de atención está limitado. Smit nos muestra que en aproximadamente tres cuartas partes de los casos los padres son informados con posterioridad o no están implicados en ninguna de las decisiones del plan de intervención. Por lo que respecta a las decisiones sobre el ingreso o salida del niño del cen-

tro, el panorama es más favorable, especialmente cuando la hipótesis del internamiento es el retorno del niño a su casa. En general esta perspectiva es más frecuente cuanto más pequeño es el niño.

Podemos concluir que la implicación de los padres, generalmente, es mayor con los niños (pequeños) que con los adolescentes, especialmente cuando, en el caso de los últimos el retorno a casa como objetivo se ha descartado. Si esto se puede garantizar desde el punto de vista teórico, es cuestionable. Encontrar nuevos medios de relación entre los padres y el niño -un proceso que incluso en las familias "normales" puede generar tensiones Meeus, 1994- requiere especialmente en los adolescentes con severos problemas psicosociales, un abordaje en el que los contactos con los padres son esenciales (ver Klomp, 1992; Scholte, 1994).

**L**a atención que actualmente se da en el seguimiento intensivo en casa y especialmente en los planes de intervención diseñados para evitar el internamiento, pueden (Baartman et al., 1994; Spanjaard & Berger, 1994; Jagers, 1995) y, en lo que a nosotros nos concierne, debe dar un nuevo impulso a la atención centrada en la familia desde los centros residenciales. Nos unimos a la amplia meta de los programas llamados de preservación del núcleo familiar: no sólo como enfoque para la prevención de la separación del niño de su ambiente familiar, sino también para aumentar las posibilidades de reunificación de la familia después del

internamiento (ver también Wittaker, 1992; Pecora, 1994): USA tiene interesantes resultados en este área. Nos referimos a los resultados de las investigaciones de Walton y colaboradores (1993), presentados en el párrafo 2.2. Creemos que hay razones suficientes para estudiar, también en Holanda, los programas de reunificación familiar en que la cooperación estrecha entre los servicios comunitarios de base y los centros residenciales es esencial.

**U**n tema que merece particular atención es el papel central que concierne al grupo de trabajadores en los contactos con los padres. Hay diferentes opiniones sobre si esto es favorable en todos los casos o no. Gunning y Verhey (1986), por ejemplo, piensan que la orientación y el tratamiento de los padres es un trabajo para equipos especializados (como, por ejemplo, los trabajadores sociales con formación en terapia familiar). Otros (Dee Vriendt, De la Marche & Pyck, 1985) son de la opinión de que los trabajadores de grupo específicamente deberían estar estrechamente implicados en el asesoramiento a los padres y a la familia. El debate no debe ser abstracto, en cualquier caso; como hemos visto, en la práctica diaria de los trabajadores de grupo, son las personas que tienen, con diferencia, más contactos con los padres. Una atención residencial centrada en la familia no debe pasar esto por alto. Sin embargo, la cuestión de si todos los trabajadores de grupo tienen la suficiente destreza para las intervenciones con los padres o centradas en la familia,

parece sensata. Algunos ejemplos en el campo en que el grupo de trabajadores juegan un papel importante al respecto (Smeets & Welzen, 1984; De Vrientetal, 1985; Verzall, 1991) muestran que en estas organizaciones se han creado buenas condiciones para la formación y la supervisión.

Los trabajadores de grupo no sólo intercambian información con los padres sobre el buen desarrollo de sus hijos o hijas, sino que también les dan

consejos. Ahora que hemos destacado la importancia de los contactos con los padres en todas sus facetas, creemos que sería importante saber cuál es el "impacto" de las acciones de los trabajadores de grupo al lado de las de las otras disciplinas. No hemos encontrado respuestas a preguntas como "¿cuál es el asesoramiento que se ofrece?", y "¿los padres siguen este asesoramiento?" (ver Gerards, 1993). El estudio de estas preguntas tiene un valor práctico y teórico.

## 6. BIBLIOGRAFIA

Ainsworth, F. (1991). A 'No Blame' approach to work with families of children and adolescents in residential care. *Child & Youth Care Forum*, 20, 301-311.

Baartman, H., Bakker, K., Jagers, H., & Slot, W. (1993). *Ambulante hulp aan huis. Van Projecten naar Programma*. Utrecht: NIZW.

Börsch, B. (1987). Einführung der Arbeit mit Familien; eine Erleichterung der Heimalltags? In B. Börsch & M.L. Conen (Eds.), *Arbeit mit Familien von Heimkindern* (pp. 9-23). Dortmund: Modernes Lernen.

Buysse, W. (1995). De relatie tussen uithuisgeplaatste adolescenten en hun ouders: de visie van de jongeren en hun hulpverleners. In D.A. Van der Ploeg, P.M. Schoorl & A.J.J.M. Ruijsenaars (Eds.), *Orthopedagogiek en ouders* (pp. 165-177). Leuven: Garant.

Conen, M.L. (1990). *Elternarbeit in der Heimenziehung*. Frankfurt: Internationale Gesellschaft für Heimerziehung.

Conen, M.L. (1994, June). *Family involvement in residential homes for children in Germany*. Paper presented at the 1994 International Child and Youth Care Conference, Milwaukee (Wisconsin), USA, June 20th - 24th.

De la Marche, J. (1989). De relatie instelling - ouders, belicht vanuit een aantal theoretische referentiekaders. In A. De Vriendt, et al. (Eds.), *Groepsopvoeders en ouders; tegenstanders of medestanders?* (pp. 45-74). Leuven: Acco.

De Ruyter, P.A. & Van Weelden, J. (1986). Taak en functie van de residentiële hulpverlening. In R. De Groot & J. Van Weelden (Eds.), *Van gisteren over morgen. Een orthopedagogische overzichtsstudie* (pp. 176-198). Groningen: Wolters-Noordhoff.

De Vriendt, A., De la Marche, J., & Pyck, K. (Eds.) (1985). *Groepsopvoeders en ouders: medestanders of tegenstanders?* Leuven/Amersfoort: Acco.

Dresen, M.C.J. (1987). Ouderbegeleiding in de residentiële hulpverlening. *Tijdschrift voor Jeugdhulpverlening*. 15, 10/11, 380-384.



- Fanshel, D. (1975). Parental visiting of children in foster care. *Social Service Review*, 49, 493-514.
- Gerards, F.M. (1993). Pedagogische advisering en gedragsbehoud. Een stappenplan. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 32, 463-473.
- Günder, R. (1989). *Aufgabefelder der Heimerziehung*. Frankfurt am Main: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.
- Gunning, C., & Verhey, F. (1986). De driehoek ouder-kind-instituut in de residentiële behandeling. *Kind en Adolescent*, 7, 12-25.
- Hellillckx, W. (1983). Gezinsgerichte orthopedagogische hulpverlening aan een emotioneel- en/of gedragsgestoord kind. In J. Van Weelden et al. (Eds.), *Onvoltooid of onbegonnen? Hulpvragen-de kinderen I* (pp. 185-205). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Hermanns, J. (1993). Daghulp als werkveld van de orthopedagoog. In J.D. Van der Ploeg (Ed.), *Orthopedagogische werkvelden in kaart - Nederland* (pp. 67-78). Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Heun, D.H. (1981). Eltemarbeit in Kinder- und Jugendheimen. *Unsere Jugend*, 33, 100-107.
- Inspectie Jeugdhulpverlening (1993). *Het betrekken van ouders bij de hulpverlening. Thema Rapport Inspectie Jeugdhulpverlening regio's Oost en Zuid-West*. Rijswijk: Inspectie Jeugdhulpverlening/Ministerie van WVC.
- Jagers, J.D. (1995). Programma-evaluatie als een instrument bij innovatie in de jeugdhulpverlening: een illustratie aan de hand Families First. In: M.G. Boekholdt (Ed.), *Programma-evaluatie; Sleutel tot kwaliteit* (pp. 57-65). Utrecht: SWP
- Jansen M.G., & Oud, J.H.L. (1992). Gezinsgerichtheid in de residentiële hulpverlening: begeleiding van ouders en gezin. In J.R.M. Gerris (Ed.), *Opvoedings- en gezinsondersteuning. Gezinsonderzoek deel 6* (pp. 101-122). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Jansen, M. G, & Oud, J.H.L. (1993). *Residentiële hulpverlening geëvalueerd Een onderzoek naar de ontwikkeling en het behandelingsverloop van residentieel opgenomen jeugdigen in Noord-Brabant*. Eindrapport. Nijmegen: KU Nijmegen, Instituut voor Orthopedagogiek.
- Jenson, J.M., & Whittaker, J.K. (1987). Parental involvement in children's residential treatment: from preplacement to aftercare. *Children and Youth Services Review*, 9, 81-100.
- Klomp, M. (1992). *Hulpverlening aan adolescenten*. PhD dissertation. Rijksuniversiteit Groningen.
- Knorth, E.J., & Van der Ploeg, J.D. (1994). Residential Care in the Netherlands and Flanders: Characteristics of Admitted (Children and their Family. *International Journal of Comparative Family and Marriage*, 1, 17-27.
- Meeus, W. (Ed.) (1994). *Adolescentie. Een psychosociale benadering*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Millham, S., Bullock, R., Hosie, K., & Haak, M. (1989). *Lost in care. The problems of maintaining links between children in care and their families*. Aldershot: Gower.
- Oud, J.H.L., & Jansen, M.G. (1993). Hoe gezinsgericht is de residentiële hulpverlening? *Gezin, Tijdschrift voor Primaire Leefvormen*, 5, 128-156.
- Pecora, P.J. (1994). Are intensive family preservation services effective? Yes.

- In E. Gambrill & T.J. Stein (Eds.), *Controversial Issues in Child Welfare* (p. 290-301). Boston: Allyn and Bacon.
- Scholte, E.M. (1994). Adolescent probleemgedrag. In W. Meeus (Ed.), *Adolescentie. Een psychosociale benadering* (pp. 254-299). Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Smeets, P., & Welzen, K. (1984). Groepsleider tussen ouder en kind. *Kind en Adolescent*, 5, 213-221.
- Smit, M. (1993). *Aan alles komt een eind. Een onderzoek naar beëindiging van tehuis-hulpverlening*. PhD dissertation. Rijksuniversiteit Leiden.
- Spanjaard, H., & Berger, M.A. (1994). Families First. Hulp aan gezinnen ter voorkoming van uithuisplaatsing van kinderen. *Jeugd en Samenleving*, 12, 720-729.
- Taylor, D.A., & Alpert, S.W. (1973). *Continuity and support following residential treatment*. New York: Child Welfare League of America.
- Van Acker, J., Mertens, H., & Verwaaijen, S. (1986). Hulpverlening aan gezinnen met adolescenten. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie & Klinische Kinderpsychologie*, 11, 31-43.
- Van (der Ploeg, J.D. & Scholte, E.M. (1988). *Tehuizen in beeld*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, Vakgroep Orthopedagogiek/Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening.
- Verband katholischer Einrichtungen da Heim- und Heilpädagogik (1989). *Familienarbeit in der Heimerziehung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Verzal, H. (1991). *Niet uit huis zonder thuis. Ervaringsgerichte gezinsbehandeling als basis voor residentiële hulpverlening aan jongeren*. Amsterdam: Op Dreef.
- Vogelvang, B.O. (1995). Hometraining. In G. Gluckers et al. (Eds.), *Handboek kinderen en adolescenten*, number 25. (pp ther-Hom 1-15). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Walton, E., Fraser, M.W., Lewis, R.E., Pecora, P.J., & Walton, W.K. (1993). In-home family-focused reunification: an experimental study. *Child Welfare*, 72, 473-487.
- Whittaker, J.K. (1979). *Caring for troubled children; residential treatment in a community context*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Whittaker, J.K. (1992). Enhancing social support for high risk youth and their families following residential care. In J.D. Van der Ploeg, et al. (Eds.), *Vulnerable Youth in Residential Care. Part I: Social Competence, Social Support and Social Climate* (p. 81-100). Leuven: Garant Publishers.

(1) Los autores consideran prometedores estos resultados, pero con cautela a la hora de generalizar por una razón, se observó que los profesionales del programa tienen más experiencia en el cuidado de los niños. En la muestra no hubo ninguna familia donde el niño pudiera estar en peligro directo por una reunión precipitada.

(2) Por ejemplo, con un 28% de los padres no existió ningún contacto, mientras que en un 9% de los casos las entrevistas fueron semanales. Incluso en los contactos telefónicos con los trabajadores encontramos períodos grandes.

(3) La Inspección compara los programas en dos regiones de Holanda que las estipulaciones de la Ley de Protección Infantil establecen la implicación de los padres en la atención residencial.

# PROBLEMAS SOCIALES DE LA INFANCIA Y ACOGIMIENTO FAMILIAR COMO FORMA DE ATENDERLOS: INFORMACIONES, REPRESENTACIONES Y PREDISPOSICIONES DE LA POBLACION CATALANA

CHILDHOOD SOCIAL PROBLEMS AND FAMILY FOSTER CARE AS ALTERNATIVE: INFORMATION, REPRESENTATION AND PREDISPOSITION OF CATALAN POPULATION

FERRAN CASAS y SANDRA DURAN

*Departamento de Psicología Social. Universidad de Barcelona.*

## RESUMEN

Se presenta un estudio exploratorio acerca de las informaciones, representaciones y predisposiciones que los ciudadanos tienen sobre la infancia con necesidades de protección y las formas de actuar ante tales situaciones, incluido el acogimiento familiar como alternativa para los casos más graves. Los datos resultantes expuestos, centrados en una muestra catalana, nos evidencian una gran desinformación de los ciudadanos, así como una elevada heterogeneidad de criterios ante posibles actuaciones frente a este tipo de situaciones.

## SUMMARY

An exploratory research on the information, representations and predispositions of citizens about children with protection needs -and about the different ways to cope with these social needs, including family foster care services- is presented. Results, from a Catalan sample, show important lack of information, and a range of very hete-

rogeneous criteria in front of hypothetical actions in these situations.

## PALABRAS CLAVE

- Infancia, representaciones, problemas sociales, acogimiento familiar, servicios sociales, normalización.

## KEY WORDS

- Childhood, representations, social problems, family foster care, social services, normalization.

## ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

El ámbito de estudio de las representaciones sociales, en su aún corta, pero intensa trayectoria, ha abordado ya el complejo trasfondo psicosocial de muchos problemas de nuestras sociedades contemporáneas de forma notablemente productiva. En lo que se refiere a la infancia, Chombart de Lauwe (1971; 1984; 1989) fue pionera en el estudio de las intrincadas relaciones entre las representaciones que niños

y niñas construyen acerca del mundo y las representaciones que los miembros de una sociedad tienen acerca de la infancia.

**A**l analizar distintos fenómenos que nuestra sociedad ha legitimado como problemas sociales, las imágenes colectivamente compartidas acerca de los mismos se nos han ido evidenciando, efectivamente, como factores muy relevantes para explicar sus dinámicas; y, por lo tanto, como variables a considerar en el desarrollo de programas de intervención social.

Recientemente (Casas, 1995) hemos apuntado que las representaciones sociales acerca de muchos problemas sociales no pueden considerarse aisladamente de, como mínimo, otros dos conjuntos de fenómenos psicosociales muy próximos: las imágenes acerca de las personas o grupos sociales considerados activa o pasivamente "portadores" del problema, y las creencias sobre las "formas adecuadas" de solucionar tales problemas. En otras palabras, las representaciones de la dinámica de un problema social, estarían en la confluencia de tres vertientes psicosociales:

- a) representaciones del problema como realidad "social".
- b) representaciones acerca de las personas portadoras o afectadas por el problema preexistentes al mismo.
- c) representaciones acerca de formas apropiadas de afrontar o solucionar el problema.

Partiendo de esta premisa, las representaciones acerca de las formas de afrontar problemas sociales de la infancia (una de las cuales lo constituye el acogimiento familiar infantil) deberán considerarse vinculadamente a las representaciones sociales acerca de la infancia, y a las representaciones acerca de los problemas sociales que afectan a la infancia.

La temática de las representaciones sociales acerca de la infancia ha empezado a producir importantes debates teóricos entre científicos sociales europeos a lo largo de los últimos 5 años, desvelando ya dimensiones muy inéditas del fenómeno, particularmente la identificación de un fuerte núcleo figurativo basado en la categorización social que se viene denominando "los AUN-NO" (Casas, 1992; 1994a; 1994b; Casas y Olmedilla, 1994).

**L**as representaciones sociales acerca de los malos tratos y el abandono infantil han empezado a merecer atención también entre nosotros (De Paúl y San Juan, 1992). Sin embargo, las representaciones acerca de las formas de atender los problemas sociales de la infancia han sido investigadas tan solo de forma fugaz, disponiéndose sólo de datos aislados, generalmente ítems puntuales de cuestionarios realizados con otros propósitos.

El acogimiento familiar aparece teóricamente como una alternativa para los casos más graves, es decir, para niños y niñas que no pueden permanecer en sus domicilios familiares, al menos

durante un cierto tiempo (que puede ser indeterminado); alternativa que se vislumbra como más normalizada que la atención residencial y, para muchos niños y niñas, como más deseable.

Esta dinámica no es singular de nuestro país. De hecho, aunque en momentos distintos y a ritmos desiguales, se puede considerar una dinámica de transformación de los servicios de protección a la infancia relativamente común a todos los países europeos (Colton y Hellinckx, 1993). Pero existe un necho diferenciador en nuestro país, al compararnos con otros: Desde el momento en que el acogimiento familiar parece decididamente posibilitado por la normativa legal (Ley 21/87) no se observa un rápido aumento en los casos de acogimiento familiar temporal con previsión de retorno. Para explicar-nos el fenómeno creemos que tenemos que apelar a dos circunstancias: la voluntad política de potenciar el acogimiento familiar, y las representaciones sociales de los ciudadanos acerca de formas de atender o solucionar los problemas de la infancia maltratada o abandonada.

Desde la vertiente de la voluntad política, sería demasiado extenso iniciar aquí un análisis que debería incluir diferencialmente 17 procesos autonómicos distintos. Sin embargo, desde la óptica del investigador no se puede dejar de apuntar que cualquier intento de estudio sistemático de la realidad española está marcado por la falta de información suficientemente desagregada en relación con los aspectos rele-

vantes del fenómeno, y por el retraso, falta de difusión y falta de fiabilidad de los datos estadísticos.

El aparente aumento continuado de los datos sobre acogimiento familiar en casi todas las CCAA, generalmente desagregado por acogimientos administrativos y judiciales (hecho totalmente irrelevante desde la perspectiva del niño o del problema social), queda en desencanto cuando se consigue desagregar los datos por acogimientos preadoptivos, en familia extensa y temporales con previsión de retorno; este tercer tipo de acogimiento, que es el que ha permitido la reducción importante de plazas residenciales en otros países, es el que no ha prosperado en la mayoría de CCAA.

**P**ara abordar el segundo de los citados aspectos, es decir, las representaciones acerca de las respuestas ante los malos tratos a la infancia incluido el acogimiento familiar, decidimos diseñar un cuestionario exploratorio, que nos permitiera abrir un proceso de reflexión. Muy conscientes del principio que "preguntar ya es intervenir", pusimos especial empeño en diseñar un cuestionario informativo, que no obligara a los entrevistadores a reconocer su presumible ignorancia sobre el acogimiento familiar, y que, por contra, dejara un poso interrogativo que pudiera suscitar que los entrevistados quisieran seguir hablando acerca del tema, o recabando más información.

El objetivo con el que diseñamos nuestro cuestionario fue disponer de un ins-

trumento que nos ayude a perfilar algunas grandes coordinadas relacionadas con las representaciones que los ciudadanos tienen sobre la infancia con necesidades de protección y las formas de actuar ante tales situaciones, así como a dilucidar algunos rasgos que permitieran potenciar de forma eficaz la disposición de mayor número de familias para acogimiento temporal con previsión de retorno.

**A**ntes de la Ley 21/87, la figura jurídica existente en la legislación española más próxima al acogimiento familiar era la "guarda y custodia". Sin embargo, dado que fue poco practicada y correspondía a procedimientos legales complejos, se puede decir que no era una figura conocida por el gran público. Las soluciones al problema de los niños maltratados o abandonados se reducían entre la población española a dos: internamiento o adopción. Mientras que en algunas regiones españolas el internamiento de un hijo o hija era mayoritariamente visto como algo vergonzante, en otras era ampliamente comparado incluso como una situación deseable ("ya tengo a mi niño en un colegio, como los señoritos"). La adopción, por su parte, no era vista como un servicio para la infancia con problemas, sino como un servicio a las parejas sin hijos; las parejas "tienen derecho" a un hijo "suyo", adoptivo.

¿Qué ha sucedido a lo largo de los 7 años transcurridos desde la aprobación de la 21/87? ¿Tienen los ciudadanos suficiente información sobre lo que es

el acogimiento familiar? ¿Ha cambiado la imagen en relación a las formas de solucionar los problemas graves que padecen niños y niñas? ¿Distinguen acogimiento familiar de adopción?

No vamos a poder dar respuestas fiables ni generalizables a esta pregunta, porque sólo hemos podido iniciar una pequeña investigación centrada en Cataluña. Sin embargo, creemos que los datos obtenidos posibilitan señalar nuevas hipótesis de trabajo, y, en consecuencia, abrir un necesario debate.

**S**e ha pasado el cuestionario referido a tres grupos: estudiantes de psicología de la Universidad de Barcelona, estudiantes de otros centros, y adultos de distintas edades que tienen o han tenido pareja estable. En total se han obtenido respuestas de una muestra de 313 personas entre 16 y 60 años, de las que un 52,4% son estudiantes. Un 66,5% de los encuestados son mujeres; un 57,2% tienen pareja estable y un 71,9% no tienen hijos.

El estatus socio-económico de la muestra (autoatribuido) se distribuye entre todos los estratos, aunque predomina el % medio (60,7%). El nivel de estudios está igualmente representado por sujetos de todos los niveles, predominando el medio (55,3%), por el peso específico de los estudiantes que en su mayoría, obviamente aún no han alcanzado el nivel superior.

En general, la variable que ha presentado más diferencias significativas a las

diversas preguntas realizadas es el sexo del entrevistado o entrevistada, y, en algunas ocasiones también la profesión.

### **Informaciones acerca de servicios para atender los problemas de la infancia**

Un 87,9% de los entrevistados (el 93,3% de los hombres y el 85,1% de las mujeres) manifiesta no conocer servicios o instituciones en su barrio o municipio dedicados a la atención de niños maltratados o abandonados. Este desconocimiento es aún mayor entre los estudiantes.

**L**o sorprendente es comprobar que ello no es por desconocimiento de su existencia. Las personas que conocen este tipo de servicios, simplemente, parecen no relacionarlos con la infancia maltratada o abandonada. Un 53,7% de los entrevistados (con mayor frecuencia las mujeres que los hombres) manifiestan conocer alguna familia con un hijo adoptivo, frente a sólo un 4,8% (sin diferencias significativas por el género) que manifiestan conocer alguna familia de acogida, y un 3,5% (mayoritariamente mujeres) que dicen conocer tanto alguna familia adoptiva como alguna acogedora.

Estas enormes diferencias de conocimiento expresado acerca de familias acogedoras y adoptivas (en el fondo diferencias perceptivas), no guardan ninguna relación con el número real de casos anuales de adopción y de acogimiento familiar de niños y niñas que se dan actualmente en Cataluña, ni tan solo con el número acumulativo de casos a lo largo de los últimos 10 años.

La inmensa mayoría de los encuestados que manifestaron conocer sea familias adoptantes, sea acogedoras, expresaron tener constancia de que tal experiencia había resultado muy gratificante para las respectivas familias.

Al preguntar si el entrevistado ha oído hablar de familias de acogida para niños, un 77,6% responde que sí (con mayor frecuencia las mujeres). Buena parte de estas respuestas afirmativas las dan personas que manifiestan que han oído hablar a otras personas al respecto. Sólo un porcentaje muy pequeño (1,9%) recuerda haber visto propaganda, y un 18,2% recuerda haber visto anuncios en televisión.

Dado que la Generalitat de Catalunya ha desarrollado campañas publicitarias en televisión para promover acogimientos familiares especializados, se preguntó directamente si las recordaban, resultando que un 30,7% manifestó recordarla vagamente y un 16% recordarla bien, sin que el sexo ni la profesión mostraran ninguna diferencia significativa en relación a las respuestas.

### **Opiniones y valoraciones sobre informaciones y servicios disponibles para la infancia en Cataluña**

Al preguntar si se valoran como eficaces y suficientes los servicios de atención y protección a la infancia en Cataluña, obtuvimos un sorprendente reconocimiento de su falta de información, y en consecuencia, de criterio, en un 58,5% de los casos (el sexo

y la profesión no resultan significativos). Sólo un 11,8% consideran estos servicios aceptables, contra un 21,1 que consideran que deben mejorar mucho.

No es, por tanto, de extrañar la casi unánime opinión (92,3%) de que los ciudadanos de Cataluña deberían disponer de mucha mayor información acerca de la situación de nuestra población infantil, facilitada por los poderes públicos.

La valoración que los entrevistados hacen sobre la utilidad de las campañas televisivas para conseguir familias acogedoras está fuertemente dividida, prácticamente en dos mitades. La valoración negativa es considerablemente superior en los hombres que en las mujeres.

**L**a opinión de los encuestados sobre las razones por las que existen pocas familias que se ofrecen para acoger niños en la actualidad, fueron las siguientes, de forma no excluyente:

**Tabla 1:** Razones por las que existen pocas familias que se ofrecen para acoger niños.

- Se hace impensable que empieces a querer a un niño y después deba volver a su propia familia.	55,9%
- Sólo se quiere un niño en casa si es como un hijo, para toda la vida.	43,5%
- No se conoce suficientemente la existencia de estas necesidades.	30,4%
- Cuando intentas ayudar, la burocracia te hace perder las ganas.	16,9%
- Somos muy individualistas y la gente no quiere ayudar a otras familias.	13,4%
- No se sabe dónde ofrecerse para ayudar a los demás.	9,3%
- Las Administraciones públicas no se ocupan suficientemente de estas cuestiones.	8,9%
- Otras razones.	4,5%

Destacan muy por encima de los demás los argumentos que se sitúan en el lugar de las necesidades emocionales de los acogedores, recordando mucho las ideas habituales en rela-

ción con la función de la figura jurídica de la adopción. Sin embargo, el porcentaje de respuestas que aluden a la desinformación es muy considerable.



## **Representaciones sobre las formas de atender los problemas sociales de la infancia y de las familias con niños**

La gran mayoría de los encuestados ven un problema social en el hecho de que familias con niños se encuentren en graves dificultades, y están a favor de que se desarrollen actuaciones públicas de apoyo a las mismas. Se observa una curiosa variación de criterio entre hombres y mujeres, al señalar los primeros con mayor frecuencia la responsabilidad del Gobierno Autonómico, mientras que las segundas apuntan más a menudo hacia el ayuntamiento.

El principio de normalización, tan arraigado entre los profesionales del ámbito, parece tener también una amplia aceptación entre los encuestados. Un 67,7% considera que, ante dificultades familiares temporales es preferible que un niño esté en otra familia antes que en una institución; sólo un 18,5% ven más adecuada una institución.

Una pregunta que nos ha parecido clave, y que retomamos de un estudio desarrollado por Sánchez Moro (1988), ha consistido en definir la conducta que desarrollaría el encuestado ante problemas concretos en su vecindario. De hecho esta pregunta es un puente entre las representaciones que los ciudadanos tienen sobre cómo atender determinados problemas, y la predisposición a la acción,

que retomaremos más adelante. En sendas preguntas hemos propuesto definir las acciones ante un supuesto caso de maltrato infantil habitual, y ante un supuesto caso de madre enferma sola con un hijo. En la Tabla 2 mostramos ambas respuestas, junto con las que obtuvo en su momento Sánchez Moro.

Las respuestas a nuestra pregunta no son tan dispersas como se observan en las del estudio de Sánchez Moro, aunque siguen reflejando una población muy dubitativa ante las iniciativas a tomar, lo cual abunda en la idea de que se trata de una población caracterizada por la desinformación o la información inadecuada.

Ante la supuesta situación de maltrato hemos obtenido mayor proporción de respuestas favorables a llamar a la policía por parte de los hombres, mientras que las mujeres son más proclives a llamar a los servicios sociales (el hecho antes señalado de que la mayoría de entrevistados admite desconocer servicios en el propio barrio abre un duda sobre las vías que se utilizarían en su caso para conectar con ellos). La llamada a la policía también es una respuesta más frecuente entre aquellos que tienen profesiones no cualificadas.

En el supuesto de la madre sola y enferma, son las mujeres quienes con mucha mayor frecuencia manifiestan que tomarían la iniciativa de ofrecerse para ayudar.

**Tabla 2:** Comportamiento que se tendría ante un grave problema infantil en el vecindario (En %).

	(a)	(b)	(c)
- No creo que me ocupara por falta de tiempo	1,0	1,3	--
- No me metería en asuntos internos de otra familia	2,2	1,3	14,3
- Llamaría a la policía	25,2	--	18,6
- Llamaría a la Generalitat	4,2	1,6	--
- Lo comunicaría a los servicios sociales	39,0	18,5	18,2
- Lo denunciaría al juzgado	2,9	--	7,1
- Trataría de hablar con la familia	9,9	--	19,1
- Me ofrecería a la madre para ayudar	--	51,8	--
- Sólo ayudaría si me lo pidieran	--	14,7	--
- No sé que hay que hacer en tales casos	11,8	3,8	19,7
- Otras respuestas	3,5	6,7	2,9

(a) ¿Qué cree que haría si tuviera conocimiento de que un niño de su escalera o vecindario está siendo habitualmente maltratado por alguno de sus padres? (Casas y Durán, 1995) (N=313).

(b) ¿Qué haría si supiera que una madre sola, de su escalera o vecindario, tiene graves dificultades para atender a su hijo a causa de una enfermedad? (Casas y Durán, 1995) (N=313)

(c) ¿Qué haría Ud. si tuviera conocimiento de que un niño está siendo maltratado? (Sánchez Moro, 1988) (N=1.200).

## PREDISPOSICION PARA LA ACCION

Una primera observación a destacar de los resultados obtenidos es que los encuestados muestran un considerable potencial de conductas de ayuda, aunque ignoramos hasta qué punto los datos pueden estar condicionados por el sesgo de la deseabilidad. Ya hemos señalado que un 51,8% manifiestan que se ofrecerían, por propia iniciativa, a ayudar a una madre del vecindario sola con su hijo que atravesara serias dificultades, y otro 14,7% la ayudarían en el caso que dicha madre lo pidiera.

La predisposición a la ayuda se muestra mucho menor cuando indagamos directamente sobre el acogimiento familiar. Tan solo un 15,7% de los encuestados se ha planteado en alguna ocasión la posibilidad de ofrecerse como acogedores (afirmación más frecuente en las mujeres); de los que han visto propaganda sobre el tema, tan solo un 16,7% se ha planteado la posibilidad de acoger un niño, y de los que han visto algún anuncio, tan solo el 14% se ha planteado dicha posibilidad. Estos datos parecen indicar una escasa efectividad de las campañas realizadas hasta el momento; quizás un planteamiento centrado en acogimientos especiali-

zados refuerza demasiado la idea de "gran dificultad". Es destacable apuntar que del conjunto de encuestados que se han planteado en alguna ocasión acoger a algún niño o niña, el 67,3% son sujetos que conocen familias con niños adoptados.

**S**in embargo, ante nuestra pregunta directa sobre si en su familia habría disposición en un futuro para plantearse el acogimiento de un niño o niña, obtuvimos respuestas considerablemente altas (independientemente del sexo), aunque de nue-

vo debemos tomar cautamente los datos a causa del presumible sesgo de la deseabilidad. La honestidad de una parte de los respondientes parece estar reflejada en el hecho que al diferenciar un acogimiento de un mes frente a uno de un año, las respuestas favorables disminuyen ante la segunda posibilidad, de un 86,6% a un 70%; paralelamente, un gran número de encuestados muestran su buena disposición sólo si dispusieran de apoyos y asesoramientos para realizar el acogimiento (40,6% para un mes; 33,5% para un año).

**Tabla 3:** Diferencias de disposición para acoger un niño o niña temporalmente según la duración.

	Creo que no	Sí, pero tan solo de una familia conocida	Sí, con garantía de que lo necesita	Sí, con apoyo y asesoramiento	Sí, pero .....(otros)
1 MES	13,4	13,7	24,3	40,6	7,3
1 AÑO	30	10,9	17,6	33,5	7,3

(Datos en porcentajes).

Al analizar si existen diferencias entre el período de acogimiento de una niña o niño y la profesión de los encuestados, observamos que cuando se trataba de 1 mes de acogida, la variable profesión (estudiante/cualificada/no cualificada/en paro) no nos muestra diferencia alguna en la elección de las respuestas. Sin embargo, cuando se trataba de 1 año de acogida, pudimos observar que mientras los estudiantes y los encuestados en paro siguieron manteniendo su

preferencia por acoger un niño o niña en el caso de disponer de apoyo apropiado, aquellos en activo, con profesiones tanto cualificadas como no cualificadas optaban más frecuentemente por no acogerlo o acogerla. Todo parece indicar, pues, que los ciudadanos en general tienen una alta disposición a la ayuda de corta duración, pero mantienen muchas reservas (lo cual puede interpretarse como un realismo positivo) ante las ayudas de más larga duración.

Al preguntar si ante las necesidades de acogimiento de un niño o niña tendrían preferencias en relación con alguna de sus características personales, un 48,2% de los encuestados (con mayor frecuencia estudiantes) piensa que aceptarían a cualquier niña o niño sin establecer preferencias de edad, sexo, enfermedades graves, deficiencias y etnias determinadas, mientras que los sujetos en activo, sean de profesión cualificada o

no, manifiestan reservas con mayor frecuencia. Esta última variable también presenta una leve diferencia entre los hombres encuestados y las mujeres. Mientras los primeros expresan en un 56,3% de los casos una cierta reserva a aceptar una niña o niño en cualquier caso y en un 43,7% su aceptación incondicional, las mujeres muestran en un 49,5% sus reservas y en un 50,5% su aceptación en cualquier caso.

**Tabla 4:** Preferencias en relación a las características de un niño o niña, para su acogimiento familiar.

	SI	NO
Que no fuera mayor de una determinada edad	15	85
Que fuera de un sexo determinado	0,6	99,4
Que no fuera deficiente mental	11,5	88,5
Que no tuviese ninguna enfermedad grave	24,9	75,1
Que no fuera de etnia gitana	4,5	95,5
Otros	5,8	94,2
Me resultan indiferentes las características del niño (lo aceptaría en cualquier caso)	48,2	51,8

Nota: Preferencias no excluyentes entre sí.  
Datos expresados en porcentajes.

Ante los estereotipos más conocidos entre la población española, resulta sorprendente que las mayores reservas se expresen en relación con la posibilidad de que el niño o niña padezca enfermedades graves, en un porcentaje claramente destacado.

Del conjunto de encuestados que dicen NO conocer ninguna familia acogedora o adoptiva y los que conocen sólo familias adoptivas, un 57,6% y un 57,7% respectivamente, consideran que si existen pocos acogimientos familiares es porque el menor debe volver a

su casa. Sin embargo, de los encuestados que contestaron que SI que conocen a familias acogedoras, el 60% NO admite que éste es el motivo por el que hay pocos acogimientos familiares. Una posible interpretación residiría en el hecho de que aquellos que conocen directamente la experiencia del acogimiento familiar están más informados de lo que representa y de cómo debe ser vivido, por lo que consideran que el hecho de tener que volver a su casa no ha de ser motivo para dejar de acoger niños y niñas en otras familias.

## CONCLUSIONES

La conclusión más destacable de este estudio exploratorio es que se confirma que estamos abordando una temática enormemente condicionada por una evidente desinformación de los ciudadanos, lo cual se refleja en una gran heterogeneidad de criterios ante posibles actuaciones y en diversidad de reservas y confusiones ante las mismas.

**E**n cambio, la idea básica de normalización de la atención a la infancia con dificultades sociales parece estar asumida por buena parte de los ciudadanos, que opinan mayoritariamente que otra familia es mejor que una institución para su acogimiento durante un período temporal de dificultades en la familia natural. Al mismo tiempo se observa una considerable predisposición teórica para la ayuda, particularmente entre los que manifiestan una visión más normalizadora y entre los que conocen ya experiencias de acogimiento o adopción. Ello parece indicar

que disponemos de un potencial humano que podría ser trabajado adecuadamente en mejor beneficio de los niños y niñas que atraviesan situaciones de dificultad socio-familiar.

Aunque se trata de un potencial sólo teórico, del presente estudio se desprende la existencia de una conducta prosocial latente ante los problemas sociales de la infancia, que podría traducirse en acogimientos familiares de corta duración. En cambio, los acogimientos de larga duración plantean más resistencias. Esto encaja con la experiencia de otros países en los que el acogimiento temporal con previsión de retorno ha aumentado paulatinamente sólo a partir del momento en que familias que han acogido a intervalos cortos a varias "generaciones" de niños y niñas con necesidad de acogimiento, se han animado a desarrollar acogimientos más largos y han sido ellas mismas promotoras de que otras familias hagan lo propio, en base al apoyo que pueden ofrecer a partir de su experiencia práctica.

Con todo, los datos aquí presentados exigen mayor comprobación y la propia investigación, réplica en contextos territoriales distintos, antes de considerarlos fiables y generalizables al contexto español en general.

## BIBLIOGRAFIA

-AGUINAGA, J., y COMAS, D. (1991). *Infancia y adolescencia: La mirada de los adultos*. Madrid. Centro de Publicaciones M.A.S.

- CASAS, F. (1993). Changing paradigms in child residential care. *III European Scientific Congress on residential and foster care*. Luneburg, 1 Oct.
- CASAS, F. (1994a). Social representations, children, media and children's rights. *XIII Biennial Meeting of ISSBD*. Amsterdam, 29 June.
- CASAS, F. (1994b). Images and social representations of children's problems in the media. *XIII World Congress of Sociology*. Bielefeld, 19 July.
- CASAS, F. (1994c). Foster care for children in Spain: Research and reality. *EUSARF Seminar on Research on Foster Care*. Madrid. 31 Mayo.
- CASAS, F. (1995). Social representations of childhood. *European course on the rights of the Child*. Salerno, setiembre. Erasmus on the Rights of the Child.
- CASAS, F., y OLMEDILLA, A. (1994). Contextos y perspectivas psicosociales de la intervención social en el ámbito de la infancia y la familia. *IV Jornadas de Intervención Social*, 137-145. Madrid. Colegio Oficial Psicólogos.
- CHOMBART DE LAUWE, M.J. (1971). Un monde d'autre: l'enfance. De ses représentations à son mythe. Paris. Payot, 2a. ed. 1979.
- CHOMBART DE LAUWE, M.J. (1984). Changes in the representation of the child in the course of social transmission. In R. Farr & S. Moscovici (Eds.): *Social representations*. Cambridge. Cambridge University Press.
- CHOMBART DE LAUWE, M.J. (1989). La représentation sociale dans le domaine de l'enfance. In D. Jodelet (Ed.): *Les représentations sociales*. Paris. PUF.
- COLTON, M. y HELLINCKX, W. (Eds.) (1993). *Child Care in the EC*. Aldershot. Arena.
- DE PAUL, J., y SAN JUAN, C. (1992). La representación social de los malos tratos y el abandono infantiles. *Anuario de Psicología*, 53, 149-157.
- GES (1991). Representación social de la infancia y de los malos tratos sufridos por ésta. Madrid. Dirección General de Protección Jurídica del Menor. Provisional report, unpublished.
- INGLES, A. (1991). *Els maltractaments infantils a Catalunya*. Barcelona. DGAI. Generalitat de Catalunya.
- MOSCOVICI, S. (1981). On social representations. In J.P. Forgas (Ed.): *Social cognition: Perspectives on everyday understanding*. 181-209. London. Academic Press.
- MOSCOVICI, S. (1982). The coming era of social representations. In J.P. Cordol & J.P. Leyens (Eds.): *Cognitive approaches to social behaviour*. The Hague. Nijhoff.
- MOSCOVICI, S., & HWESTONE, M. (1984). De la Ciencia al sentido común. En Moscovici (Ed.): *Psychologie sociale*. Paris. PUF.

# DESARROLLO Y EVALUACION DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION DE PADRES MALTRATADORES

DEVELOPMENT AND EVALUATION OF A TREATMENT AND REHABILITATION PROGRAM FOR MALTREATING PARENTS

**MARIA INES BRINGIOTTI**

*Directora del Programa de Investigación en Infancia Maltratada <sup>(1)</sup>  
Universidad de Buenos Aires - Argentina*

## RESUMEN

En este artículo se presentan los resultados de la investigación sobre Maltrato Infantil realizada en el partido de Avellaneda - Gran Buenos Aires - Argentina -. La misma se desarrolló a través de un subsidio de la Universidad de Buenos Aires para el trienio 1993/95. Esta investigación planteó una primera etapa epidemiológica - que permitió obtener datos cuantitativos sobre la magnitud real del problema en dicho partido - Número de casos de niños maltratados no detectados, ni derivados a los servicios pertinentes -.

Posteriormente, en la segunda etapa, se desarrolló un Plan Piloto de Tratamiento con un grupos de familias detectadas como maltratadoras realizando un abordaje múltiple - grupos de padres, grupos de niños y educadores familiares domiciliarias -. El Plan fue evaluado pre y post tratamiento en forma individual para cada familia y en forma estandarizada para el total de las mismas. La evaluación de programas es un aspecto funda-

mental para medir la eficacia terapéutica, así como para determinar las políticas a seguir y orientar la toma de decisiones respecto a los recursos a utilizar.

**Palabras clave:** Padres maltratadores/ Tratamiento/Evaluación.

## ABSTRACT

This article presents the results of the research made about Child Abuse, that took place in the city of Avellaneda, located in greater Buenos Aires, Argentina.

Funds for the research, were provided by the University of Buenos Aires in a three year span: 1993 until 1995.

The research started with an epidemiological phase, that gave a quantitative data base. With it we accurately measured the magnitude of the problem in the city - Number of abused children that were neither detected, nor derivated to any of the family violence services.

Later, in a second phase a programme that treated a group of families that were detected as child abusers was developed and we approached them in multiple ways - group of parents, or children or even social family educators. The program was tested before and after the treatment. At first, separating the population by individual families and then standarizing our procedures globally.

The evaluation of the program is a key aspect to gauge the therapeutical efficiency and also, to determine policys to be followed, and to make proper decitions as how to use the current resources.

## INTRODUCCION <sup>(2)</sup>

**E**sta investigación se llevó a cabo en el partido de Avellaneda, el cual está ubicado en el Gran Bs. As. - límite con la Capital Federal - con una población de 350.000 habitantes, de los cuales 77.850 poseen entre 0 y 13 años. Se trata de una zona industrial, con población mayoritariamente de bajos recursos que incluyen villas o asentamientos habitacionales precarios ocupados sobre todo por migrantes del interior del país y de países limítrofes.

### ANTECEDENTES DEL ABORDAJE DEL TRABAJO CON FAMILIAS MALTRATADORAS

Presentamos a continuación los principales resultados de la primera etapa epidemiológica a fin de caracterizar la zona en la cual se desarrolló el programa.

Para el desarrollo de esta investigación se determinó una muestra representativa del sector educación - guarderías maternas, jardines de infantes y escuelas primarias - respetando sus niveles de riesgo - alto, mediano y bajo - y sus jurisdicciones - provinciales, municipales y privadas -. La población ascendía a 185 instituciones escolares y la muestra representativa abarcó a 75.

La información se recabó a través de una encuesta para los docentes - que debía ser contestada en forma anónima - indicando los casos conocidos en su grado o sección para cada uno de los tipos de malos tratos y de aquellos en los que había coocurrencia de más de un tipo. Estos datos estaban discriminados por sexo, edad, jurisdicción y localidad. Al mismo tiempo se indicaban para cada caso un listado de factores de riesgo conocidos - en este caso los indicados por la bibliografía relevante - adecuándolos a nuestro contexto y agregando otros que consideramos pertinentes.

Los resultados obtenidos para la muestra representativa arrojaron 1.370 casos de malos tratos con 1.861 ocurrencias - en 284 casos se observaron 3,2 ocurrencias por niño -.

De acuerdo al tipo de maltrato encontramos la siguiente distribución: maltrato físico - 15% -, abandono físico - 40% -, maltrato emocional - 20% -, abuso sexual - 1,3% -, mendicidad - 5% -, trabajo del menor - 10% -, participación en conductas delictivas con su familia - 1,7% - y falta de control parental sobre la conducta de los hijos - 6% -.



Las situaciones derivadas de la crisis económica que sufren predominantemente ciertos sectores de la población en nuestro país llevaron a aumentar considerablemente los porcentajes de abandono físico, resultando dificultosa la discriminación entre reales abandonadores físicos de sus hijos y aquéllos atrapados por la crisis mencionada.

Otro problema se presentó respecto a la problemática del abuso sexual que no coincide con los casos atendidos en los servicios de Violencia Familiar, el tema sigue siendo altamente tabú aún entre los docentes.

**E**n el 16% de los casos los menores realizaban algún tipo de tarea no acorde con su edad o con las necesidades de un niño - mendicidad y trabajos con o sin remuneración. A esto debemos agregarles los que participaban con su familia de acciones de tipo delictivo - ascendiendo en total a casi un 18% -.

En cuanto a los factores de riesgo más relevantes detectados aparecen: bajo nivel cultural de los padres, dificultades económicas graves a moderadas, aislamiento social, hacinamiento y promiscuidad, familias monoparentales, alcoholismo y alto número de hijos - 190 familias poseen hasta 3 hijos; 292 entre 4 y 6 y 135 más de 7 hijos.

Al finalizar esta etapa de la investigación y como consecuencia de nuestro

contacto diario con el sector educación surgieron una serie de reflexiones:

- La existencia de importantes limitaciones para visualizar el problema del maltrato y su abordaje que pasaban tanto por la falta de información como por la falta de recursos legales, jurídicos y orientativos para enfrentar el mismo.
- La presencia de una serie de mitos respecto a la violencia doméstica, hacia la mujer y los hijos y la educación de los mismos que amparaban situaciones de maltrato que no se percibían como tales.
- Al mismo tiempo una fuerte tendencia a considerarlos como "situaciones de índole privado" y el "no te metas" aparecía tanto en la comunidad como en los maestros y directivos de las escuelas.
- Sobre todo surgió la necesidad de salir a la comunidad a realizar acciones informativas, preventivas y asistenciales sin esperar las derivaciones a los servicios de atención de Violencia Familiar. De hecho el 90% de los casos detectados no habían sido derivados ni recibieron atención de ningún tipo.

Todo ello nos llevó a plantearnos la segunda etapa **TRATAMIENTO DE FAMILIAS MALTRATADORAS**, trabajando en escuelas de la zona mediante la captación de casos que no habían sido derivados para su atención.

## TRATAMIENTO DE FAMILIAS MALTRATADORAS

El aumento en la detección de casos de niños maltratados no implica que el abordaje de esta problemática avance con la misma premura. Mientras la asistencia aumenta, aún con dificultades año a año, no ocurre lo mismo con el aspecto investigativo.

**E**ste presenta un atraso notable en nuestro país; sólo contamos con investigaciones provenientes de países anglosajones donde existe una amplia conciencia de que problemas como éste sólo pueden comenzar a resolverse a partir de datos actualizados, confiables y sistemáticos.

Justamente este déficit es aplicable a la evaluación de programas de tratamiento y/o rehabilitación. El tema de la evaluación terapéutica es fundamental a la hora de determinar si una práctica es o no adecuada a los fines que se persiguen.

### OBJETIVOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO DE FAMILIAS MALTRATADORAS

1. Mejorar las relaciones parentales con el/los niños, evitando dentro de lo posible la separación del mismo del hogar.
2. Actuar sobre los factores de riesgo individuales presentes en cada familia que predisponen a la ocurrencia del maltrato.
3. Proporcionar a los padres las habilidades, informaciones y capacidades necesarias para que puedan a través del entrenamiento enfrentar adecuadamente las dificultades tanto de los hijos como las personales que perturban la relación.
4. Trabajar flexiblemente para abarcar la individualidad de cada caso, detectando los problemas de cada familia y estableciendo metas para lograr con cada una de ellas, independientemente del resto.
5. Evaluación de la puesta en práctica de una estrategia alternativa de trabajo recuperador con familias maltratadoras.

### SELECCION DE LAS FAMILIAS PARTICIPANTES

**A**partir de las derivaciones por parte de las autoridades escolares, maestros y equipo de psicopedagogía de posibles familias maltratadoras para integrar el grupo, se realizaron una serie de entrevistas diagnósticas.

Originalmente fueron derivadas 27 familias. En 5 casos no se confirmó la presencia de malos tratos aunque sí de problemas familiares que influían en el rendimiento escolar del niño.

De los 22 casos restantes, 12 fueron citados hasta 3 ó 4 veces, incluyendo una visita domiciliaria, manifestando su

total oposición a participar o presentando problemas de índole psiquiátrico que dificultaban su integración.

En la convocatoria no se mencionó nunca el problema de los malos tratos, sino que se hizo mención a los problemas de aprendizaje y conducta que presentaban los niños y se los invitaba a trabajar en forma conjunta buscando soluciones a los mismos.

La falta de apoyo institucional en los aspectos jurídico - legales imposibilitó

la obligatoriedad de participación en los casos de riesgo que manifestaron su rechazo.

Se organizó entonces el grupo de padres maltratadores con 10 familias.

### CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS SELECCIONADAS

Según las evaluaciones iniciales presentaban los siguientes factores de riesgo:

### FACTORES ASOCIADOS AL CONJUNTO DE CASOS SELECCIONADOS

- Estado civil	Casados	6 casos
	Separados	3 casos
	Viudo	1 caso
- Bajo nivel intelectual y de comprensión		4 casos
- Alcoholismo moderado		3 casos
- Consumo de drogas		2 casos
- Problemas de salud psíquica	Depresión	3 casos
	Ansiedad	2 casos
	Otros	2 casos
- Historias de malos tratos y abandonos en la infancia de los padres		5 casos
- Violencia conyugal		4 casos
- Número de hijos - Media		3

---

- Situación laboral	Desempleo	2 casos
	Subempleo (Probl. económicos graves)	3 casos

---

- Aislamiento social		2 casos
----------------------	--	---------

---

- Viviendas precarias (Villas)		3 casos
--------------------------------	--	---------

---

**E**n las entrevistas iniciales se realizó un diagnóstico de cada familia que incluía la evaluación de la conciencia del problema con sus hijos y la posibilidad real de integración al grupo de padres.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Presencia de trastornos psíquicos severos o crónicos - psicosis, esquizofrenia, paranoia y psicopatías - que requerían tratamiento individual.
- Toxicomanías severas como drogas o alcoholismo.
- Debilidad mental de alguno de los padres.
- En un principio se planteaba la presencia de ambos padres en el tratamiento, posteriormente este aspecto se flexibilizó dadas las características de nuestra población. Se evaluó que la captación de uno de los padres funcionaría como puente para entrar en la familia.

## COMPOSICION DEL EQUIPO

### 1. Grupo de padres maltratadores

Estuvo coordinado por una psicóloga y una asistente social que trabajaron con 10 familias durante 4 meses, realizando una reunión semanal de 2 a 2 horas y media.

Los **Objetivos** del grupo de padres eran los siguientes:

1. Establecer una adecuada dinámica grupal entre los integrantes del grupo.
2. Transmitir el concepto que el problema de cada familia no es único.
3. Tomar conciencia que el problema puede solucionarse.
4. Capacitar en el aprendizaje de habilidades sociales para establecer relaciones.
5. Trabajar el desarrollo de la autoestima y sentimiento positivo de sí mismo.

6. Brindar conocimientos básicos sobre el desarrollo infantil.
7. Enseñar las habilidades adecuadas para el manejo de los niños.
8. Desarrollar la técnica de modelado.
9. Enseñar prácticamente las técnicas de relajación y control de los impulsos agresivos.
10. Informar sobre las necesidades del niño en materia de alimentación, vacunación, higiene y seguridad en el hogar.

### **Características del grupo de padres**

1. Horarios y lugares adecuados para facilitar la concurrencia, a la salida del colegio de 17,30 a 19,30/20 horas y en la misma escuela a donde concurren sus hijos.
2. El número de familias - 10 - era el adecuado para este tipo de trabajo.
3. No sólo se facilitaba un espacio para los hijos, sino que los grupos de niños maltratados tenían sus propios objetivos en la tarea. Esto fue visualizado por las familias como positivo porque hablaba de la búsqueda de cambios no sólo a nivel de los padres sino también de los hijos, sin establecer culpables sino diferentes actores interactuando coordinadamente.

Los problemas de violencia y malos tratos surgieron en las primeras reuniones al referirse a los problemas que pre-

sentaban los niños en la conducta y el aprendizaje en la escuela y plantearse el cómo lo encaraban los padres.

### **Técnicas y materiales utilizados**

Se seleccionaron 5 situaciones típicas aplicables a nuestro contexto del video SAN FERNANDO VALLEY CHILD GUIDANCE CLINIC - 1990 - para trabajar los aspectos pedagógicos en la relación con los hijos - ordenar el cuarto/juguetes; peleas entre hermanos; problemas con la comida; peleas entre los padres y enfrentamiento de los hijos a los padres.

Para el conocimiento de técnicas cognitivas, sobre todo autocontrol nos manejamos con los materiales de Ellis (1962, 69), Beck (1972) y Maultsby (1975). En ellos se inspiró Reality Therapy de Glasser (1975).

**P**ara el manejo de la disciplina se insistió sobre la necesidad de la misma pero planteando técnicas alternativas al castigo físico - time out/ tiempo afuera; ley de la abuela; retirada de privilegios; negación de atenciones y asignar tareas extras.

### **2. Grupos de niños maltratados**

Al concurrir los padres con sus hijos, se integraron 21 niños entre 2 y 13 años. Esto llevó a organizar 2 grupos para trabajar, uno de 2 a 6 años y otro de 7 a 13 años.

Cada grupo estuvo coordinado por 2 profesionales, el de los más pequeños

por una psicopedagoga y una psicóloga; el segundo por una psicopedagoga y un especialista en recreación.

El trabajo con los niños, superó la necesidad de proveer a los padres de un espacio para los mismos mientras ellos participaban del grupo de padres y aportó una modalidad de abordaje muy efectiva.

**L**as reuniones se realizaban - al igual que las de los padres - con una frecuencia semanal de 2 a 2 horas y media durante 4 meses.

Los **Objetivos** planteados fueron los siguientes:

1. Pensar, proponer y recrear alternativas que tiendan a mejorar las relaciones entre los padres y los hijos, en cuanto a la comunicación y patrones de corrección de conductas.
2. Pensar, proponer y crear pautas para el mejoramiento de la convivencia - entre los pares, con la familia y la comunidad -.
3. Fomentar el acrecentamiento del sentimiento de autoestima en los niños.
4. Brindar un espacio donde el niño pueda expresar - verbal, gestual y/ o gráficamente - en un espacio de libertad, canalizando su bagaje de tensión provocado por las circunstancias vividas en el ámbito familiar y extrafamiliar.

5. Aprender a hacer un buen uso del derecho a la libertad reconociendo las limitaciones y el ejercicio de las responsabilidades que esto demanda.
6. Aprender a reconocer los derechos que tiene el niño a no aceptar o poner límites ante hechos o formas de relación que tienden a perturbar su integridad física, emocional y sexual.
7. Aprender a reconocer y evitar peligros que pudieran perpetrarse en el ámbito intra y extrafamiliar.
8. Reducir las secuelas cognitivas, relacionales y afectivas que presenten como consecuencia de las situaciones de maltrato.
9. Promover la desculpabilización de los niños respecto al maltrato.
10. Favorecer la posibilidad de expresar el desacuerdo y las diferencias poniendo palabras a lo que sienten.

**L**a violencia aparecía fuertemente entre los mismos niños como un modelo aprendido para:

- comunicarse con el otro,
- resolver conflictos y,
- lograr objetivos.

### **Técnicas y materiales utilizados**

Las técnicas utilizadas fueron diversas. En el grupo de los más pequeños una batería de pruebas que incluían las de

tipo gráfico y verbales: dibujo libre, familia kinética, figura humana y el CAT A (armado de un cuento colectivamente bajo el estímulo de láminas).

En los mayores se aplicó la hora de juego, la figura humana y la familia kinética, además de actividades expresivas y recreativas, plásticas y corporales.

El trabajo con los niños permitió confirmar la presencia de malos tratos y en 2 casos, de abuso sexual por parte del padrastro.

### 3. Educadores familiares

El modelo trimodal se complementaba con el trabajo domiciliario de las educadoras, cada una de ellas tenía a su cargo 3 familias. Esta tarea estuvo a cargo de una socióloga, una psicóloga y una asistente social, que concurrían una vez por semana al domicilio en un horario acordado previamente - 2 hs -.

Las educadoras cubrieron a las familias por un plazo de 7 a 10 meses según las necesidades del caso. El grupo de padres funcionó de agosto a mediados de diciembre, en los meses de vacaciones - enero y febrero - se realizaron igualmente guardias con las familias y en marzo se retomó la tarea semanal para ir trabajando el cierre. En algunos casos se debió acompañarlas hasta mayo/junio.

#### Funciones del educador familiar

1. La aplicación de cuestionarios e instrumentos de evaluación al inicio de

la intervención y a la finalización del proceso de trabajo - pre y post tratamiento -.

2. El trabajo asistencial personalizado de apoyo a los padres se implementó para articular y poner en práctica en el hogar los aprendizajes y las técnicas desarrolladas en el grupo pedagógico de padres. Ello facilitó la emergencia de temas específicos, no planteados en el grupo de padres y permitiendo plantear los objetivos de trabajo propios de cada familia.

#### Objetivos

1. Promover en los padres una mayor eficacia en la intervención con los hijos, modificando actitudes y comportamientos inadecuados.
2. Promover la construcción de nuevos recursos y habilidades para enfrentar en forma satisfactoria los cambios propios de las etapas evolutivas, los factores estresantes y las situaciones de crisis.
3. Adecuar las expectativas parentales en consonancia con la edad de los niños y el contexto situacional.
4. Fomentar una mayor interacción social de la familia con el afuera, favoreciendo la recuperación de vínculos significativos y el desarrollo de nuevos sistemas de apoyo.

Se trabajó principalmente con la técnica de modelado, insistiendo en los con-

tenidos planteados en el grupo de los padres y adaptándolos a las características de cada familia y sus modos de vida cotidianos.

#### 4. Equipo diagnóstico

Fue seleccionado para realizar las entrevistas a las familias derivadas por la escuela a fin de determinar la presencia de situaciones de maltrato/abandono.

**E**n las entrevistas se debía evaluar en cada familia el grado de conciencia de los problemas familiares y con los hijos y por otra parte la posibilidad real de integración al grupo dadas sus características personales o la presencia de algunos de los criterios de exclusión mencionados anteriormente.

Todos los integrantes del equipo - coordinadores de grupos de padres, grupos de niños y las educadoras familiares - se reunían con una frecuencia semanal de 3 horas previa a los horarios de trabajo en cada una de sus áreas. Se transmitían periódicamente los cambios efectuados por cada familia y los aspectos a reforzar.

#### EVALUACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO

##### A. Materiales de evaluación utilizados:

Los instrumentos de evaluación seleccionados respondían a las variables asociadas al maltrato cuya modificación se quería medir para determinar la eficacia y efectividad del

plan de una manera sistemática y metodológicamente válida.

##### A.1. Medidas de autoinforme

Dentro de las medidas de autoinforme se han utilizado:

a. Cuestionarios, inventarios y escalas: formularios de preguntas o afirmaciones ante las cuales el sujeto responde.

b. Entrevistas: intercambio cara a cara entre dos personas.

##### Instrumentos de evaluación seleccionados

Los instrumentos seleccionados respondían a la medición de las siguientes variables individuales:

– **ANSIEDAD:** Subescala de Ansiedad - Estado del Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo (S.T.A.I.) de C.D. Spielberger, 1970.

– **SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA:** Inventario de Depresión de Beck (B.D.I.), 1967.

– **AJUSTE MARITAL:** Escala de tipo de Likert de 25 ítems, proporcionado por el equipo del País Vasco.

– **APOYO SOCIAL:** Cuestionario de Beck (1987) con agregados y modificaciones de las Escalas de Apoyo Social de Vaux y Harrison (1985).



– **CALIDAD DE LA HISTORIA PERSONAL DE CRIANZA:** Subescala de Entrevista de Historia Materna (M.H.I.) de Altermeier y cols (1979).

– **POTENCIAL PARA EL MALTRATO FISICO:** Child Abuse Potential Inventory CAP, Milner, 1980.

– **PROBLEMAS DE CONDUCTA EN EL NIÑO:** Child Behavior Checklist (C.B.C.L.), Achenbach y Edelbrock (1983).

## A.2. Escalas de observación

Las siguientes escalas funcionaron como guías para las observaciones que las educadoras familiares debían realizar en las visitas domiciliarias:

– **CHILD WELL - BEING SCALES** de Magura y Moses, 1986. Mide el estado de bienestar del niño, en términos de satisfacción de las necesidades físicas, emocionales y sociales del mismo.

– **HOME OBSERVATION FOR THE MEASUREMENT OF THE ENVIRONMENT (H.O.M.E.)** de Caldwell y Bradley, 1984. Mide el potencial de estimulación del niño en su entorno de desarrollo, la calidad y cantidad del apoyo cognitivo, social y emocional de que dispone en el hogar.

– **CHILDHOOD LEVEL OF LIVING SCALES (URBAN SCALE)** de Polansky, Chalmers, Bittenwieser y Williams, 1978.

Focaliza la atención en la adecuación del entorno/vivienda para el niño y la calidad del cuidado recibido en cuanto a infraestructura edilicia.

## B. Evaluación del plan

Se han utilizado 2 sistemas de evaluación: **EVALUACION CLINICA DE CADA FAMILIA** y **EVALUACION GENERAL ESTANDARIZADA**.

### B.1 Evaluación clínica

Se evalúa si se han producido cambios en la familia, de acuerdo con los objetivos planteados al inicio del tratamiento. Permite valorar el progreso realizado por una familia en concreto.

Esta evaluación se acompañó de una serie de recomendaciones y un pronóstico sobre la previsible evolución de la familia.

**P**ara ello se han utilizado pruebas estandarizadas, entrevistas, guías de observación y protocolos.

Un primer nivel de evaluación clínica de cada familia se ha ido presentando en cada uno de los informes de los responsables del Grupo de Padres, Grupos de Chicos Maltratados y las Educadoras Familiares.

Veremos ahora los resultados de la evaluación clínica según los criterios adoptados - por tipo de maltrato y por factores asociados a la ocurrencia del mismo -.

B.1.1 Según tipo de maltrato

El criterio adoptado se refiere a considerar las siguientes situaciones:

- **SIN CAMBIOS:** continúan los episodios de malos tratos y existen indicadores de los mismos.
- **MEJORA:** aparecen episodios aislados de malos tratos, pero más esporádicos y menos graves que los anteriores.
- **MEJORA TOTAL:** dejan de producirse episodios de malos tratos.

1. FAMILIAS CON MALTRATO FISICO Y ABANDONO EMOCIONAL

FAMILIA	SIN CAMBIOS	MEJORA	MEJORA TOTAL
M.		X (los 2)	
B.	X (M.F.)	X (A.E.)	

a. La familia M. presentaba episodios de malos tratos físicos moderados y de abandono emocional más acentuados, sobre todo por ansiedad y depresión materna, desajustes maritales graves y cierto aislamiento social.

En este caso se observa una mejora en la ocurrencia de ambos tipos de maltrato, sobre todo se apuntó a brindar apoyo y orientación a la madre, se observaron cambios en el arreglo personal y la disposición a las relaciones sociales con el grupo.

Se trabajó también las relaciones conyugales en las visitas semanales del educador familiar.

b. La familia B. presentaba problemas de fuerte inmadurez y apatía en la madre y un padre ausente que final-

mente se separó de la familia y se fue a su provincia de origen.

El problema básico era la situación irregular del hijo, que carecía de documentos y en la partida de nacimiento figuraba como hijo de su padre biológico con el que convivía y de su sobrina que aparentemente fue madre adolescente y el tío "la ayudó" en los papeles. Realmente se ignoraba si era o no realmente su padre, había fuertes sospechas de que sí lo era, pero había un ocultamiento del tema.

En este caso se mejoraron los patrones violentos con el hijo, no se mejoraron, en cambio las situaciones de abandono emocional; pese a las insistencias no podía solucionarse el problema de los documentos.

La educadora familiar la acompañó en 2 oportunidades para realizar los trámites en el juzgado a fin de obtener la tutoría del menor y se le pagaron los viáticos cuando adujo no contar con los fondos.

Fue derivada y admitida en tratamiento en el hospital de Niños Pedro Elizalde.

## 2. FAMILIAS CON MALTRATO FISICO/ EMOCIONAL Y ABUSO SEXUAL

FAMILIA	SIN CAMBIOS	MEJORA	MEJORA TOTAL
S.	X (El padre)	X (Madre/Separac. del marido)	
V.	X (El padrastro)/ (Madre biológica fallecida) Se restituye a su padre biológico		

**E**n el primer caso no se lograron cambios con el padre, por otra parte resistente a la intervención, se comprobó el maltrato a la esposa y sus hijos. El padre solía consumir alcohol y drogas. Las sospechas de abuso sexual - sin penetración - en las hijas se comprobó posteriormente. Derivadas al hospital de Niños Pedro Elizalde, éstos dieron intervención judicial en el Tribunal de Menores.

Posteriormente la madre se mudó/ separó del esposo y concurría esporádicamente al tratamiento, siendo ella también golpeadora de los chicos aunque en menor medida y como descarga en momentos de mucha tensión.

En el segundo caso fue imposible obtener modificaciones, había falta de

conciencia del problema, la madre de la menor había fallecido y la misma quedó a cargo del padrastro que tenía 28 años, y sin ningún documento que indicara la tutoría.

**S**e observó consumo de drogas en el hermano mayor y actividades confusas en el mantenimiento del hogar, extrema pobreza, madre del padrastro enferma psiquiátrica, compañías adultas especialmente sospechosas de la menor. Se sospechó incitación a la prostitución en Isla Maciel, que no se concretó y abuso sexual por parte del padrastro.

Debió separársela del hogar y fue reintegrada a su padre biológico, residente en San Nicolás.

3. FAMILIAS CON MALTRATO EMOCIONAL Y ABANDONO FISICO

FAMILIA	SIN CAMBIOS	MEJORA	MEJORA TOTAL
F.	X (A.FISICO)	X (M. EMOCIONAL)	

El caso de la **familia F.** era de extrema pobreza, padre enfermo desocupado y la madre trabajando esporádicamente, varios hijos menores.

Se observa cierto maltrato/ abandono emocional por la crisis atravesada por la familia, sin embargo siempre concu-

rrió bien dispuesta y se lograron cambios importantes como conseguir trabajo la madre.

No se logró modificar en cambio, la situación de abandono físico que era habitual en toda la familia, aunque agravada por la crisis económica.

4. FAMILIAS CON MALTRATO EMOCIONAL

FAMILIA	SIN CAMBIOS	MEJORA	MEJORA TOTAL
A.V.			X
D.			X

La **familia A.V.** presentaba maltrato emocional sobre todo por la confusión respecto a la educación de los hijos y existían otras situaciones como la muerte de un hijo recién nacido que llevaba a mezclar en una dinámica depresiva a los chicos.

Tenían buen pronóstico, y realmente se produjeron cambios muy importantes y duraderos con los chicos.

Las visitas posteriores indicaron una continuidad en los mismos y una saludable armonía familiar.

El **segundo caso** también obtuvo cambios importantes en la relación de la pareja entre sí, con los hijos, y de la madre con su familia original, sobre todo una hermana y su madre.

La madre solicitó terapia individual y continúa el tratamiento. Se trata de una familia con buen pronóstico.

## CUADRO GENERAL DE LAS FAMILIAS TRATADAS

TIPO	SIN CAMBIOS	MEJORA	MEJORA TOTAL.
M.F./ A.S./ M.E.	2	1	0
M.F./ A.E.	1 M.F.	1 A.E. 1 (2)	0
M.E./ A.F./ M.E.	1 A.F.	1 M.E.	2 (2)

Los casos mencionados no presentaban un solo tipo de maltrato sino la conjunción de 2 ó 3 paralelamente, por lo tanto tratamos de indicar en cuál de ellos se produjo la mejora o si se mantenía sin cambios.

**E**n el primer tipo - M.F/ A.S /M.E – los 2 casos no presentaron cambios – se trata de los 2 casos que hubo intervención del equipo. En uno se retiró a la menor de la casa del padrastro y se restituyó al padre biológico.

En el segundo se separó la pareja, yéndose la madre a vivir con sus hijos y entrando el caso en Tribunal de Menores, se modificó la situación frente al padre, aunque siguieron los conflictos - aunque menores con la madre -.

En el segundo tipo - M.F/ A.E. - 1 familia mejoró los 2 tipos de maltrato, la otra mejoró A.E. y sin cambios M.F.

El tercer tipo - M.E./ A.F. - 1 familia no presentó cambios en A.F. y mejoró en M.E., 2 familias manifiestan mejora total.

### B.1.2 Según factores de riesgo asociados

Un segundo nivel de análisis se centraba en tomar en cuenta la valoración de los cambios introducidos en una serie de factores o áreas problemáticas asociadas a la situación de maltrato por la cual fueron incorporadas al plan.

La identificación de los mismos permitió plantear los objetivos a lograr con cada familia. El control de la situaciones de maltrato o concretamente su mejoramiento dependía de las modificaciones de las situaciones de riesgo asociadas.

**S**egún nuestro marco teórico al paliar los factores de riesgo que conllevan a la ocurrencia de los malos tratos, se posibilita la disminución o mejoramiento de los mismos durante el desarrollo del plan y, lo que resulta más importante en el futuro.

Los factores se sitúan en el origen y mantenimiento del problema.

Los problemas detectados en las familias han sido englobados en una serie de áreas asociados al mismo, sin embargo hay otras situaciones que exceden a las explicadas y que se asocian al maltrato.

Los factores asociados o áreas problemáticas son las siguientes:

- **AUSENCIA DE CONCIENCIA DEL PROBLEMA:** tanto de la situación del maltrato como de aquellas situaciones que sería necesario modificar para mejorar la ocurrencia del mismo, por ej. alcoholismo, drogadicción...
- **FALTA DE MOTIVACION PARA EL CAMBIO:** de uno o ambos padres, implicando abandono del plan o ausencias reiteradas o concurrencia con falta de colaboración.
- **PRESENCIA DE ALCOHOLISMO/ADICCIONES:** dependencia a algunos de estos factores.
- **PROBLEMAS SIGNIFICATIVOS EN EL BIENESTAR PSICOLOGICO:** tanto alteraciones mentales, o dificultades menores pero que impedían el ejercicio de un adecuado rol parental.
- **RELACION DE PAREJA CONFLICTIVA:** problemas importantes en los vínculos maritales, o separaciones conflictivas que afectan la relación con los hijos.
- **PROBLEMAS EN RELACION CON LA FAMILIA EXTENSA:** interferencia de otros miembros que afectan el adecuado manejo de la familia y sus hijos.
- **AISLAMIENTO SOCIAL PARENTAL:** falta de una efectiva red social en uno o ambos padres que proporcione relaciones estables y positivas o dificultades personales para establecerlas.
- **VIVIENDA PRECARIA:** problemas de infraestructura y mantenimiento, así como sanitarios y de servicios de importante deficiencia.
- **DESEMPLEO DEL CABEZA DE FAMILIA:** carencia de trabajo remunerado, o subempleo, o necesidades básicas insatisfechas.
- **PROBLEMAS EN EL MANEJO DE LA ECONOMIA FAMILIAR:** por carencia de los recursos necesarios o por la mala administración de los mismos.
- **PRESENCIA DE PROBLEMAS ESPECIFICOS EN LOS NIÑOS:** uno o varios niños presentan dificultades importantes que implican deterioro significativo de su bienestar infantil - ansiedad, depresión, enuresis, encopresis, tartamudez...
- **PRESENCIA DE RELACIONES CONFLICTIVAS PADRES - HIJOS (EXCLUYENDO LA PROBLEMÁTICA DEL MALTRATO):** situaciones negativas con repercusión en los lazos familiares.
- **PRESENCIA DE CONDUCTAS NEGLIGENTES HACIA LOS HIJOS (EXCLUYENDO EL PROBLEMA DEL ABANDONO FISICO):**

situaciones aisladas de negligencia que no conforman un cuadro de abandono físico.

te un adecuado control de la natalidad. (Plan Piloto del País Vasco, 1990).

- **ASUNCION DE ROLES PARENTALES POR PARTE DE LOS HIJOS:** implicando la realización de tareas que corresponderían al adulto o exceden lo posible a ser llevado a cabo por el niño.
- **PRESENCIA DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA PLANIFICACION FAMILIAR:** no exis-

A continuación se presentan los factores problemas mencionados en función de los objetivos:

- **OBJETIVO NO CONSEGUIDO - OBJ.NO**
- **OBJETIVO PARCIALMENTE CONSEGUIDO - OBJ. PARC.**
- **OBJETIVO CONSEGUIDO - OBJ.SI.**

#### VALORACION DE LA INTERVENCION SEGUN FACTORES ASOCIADOS

FACTOR PROBLEMA	Nro.	OBJ. NO	OBJ. PARC.	OBJ.SI
Ausencia de conciencia del problema	5	2	3	-
Falta de motivación para el cambio	3	2	1	-
Presencia de alcohol o adicciones	2	2	-	-
Problemas significat. en el bienestar psic.	5	2	2	1
Relación de pareja conflictiva	4	2	1	1
Problemas en la relac. con la familia extensa	3	1	1	1
Aislamiento social	3	1	2	-
Vivienda precaria	4	3	1	-

FACTOR PROBLEMA	Nro.	OBJ. NO	OBJ. PARC.	OBJ.SI
Desempleo jefe familia	2	1	1	–
Problemas en el manejo de la economía familiar	5	2	3	–
Presencia de problemas específicos en los niños	7	2	3	2
Presencia de relaciones conflictivas padres - hijos (No M.F.)	5	2	2	1
Presencia de conductas negligentes hacia los hijos (No A.F.)	5	2	2	1
Asunción de roles parentales por los hijos	3	1	1	1
Presencia de problemas relacionados con la planificación familiar	1	–	1	–

En una primera evaluación observamos que en las familias que no se han observado cambios presentan las siguientes características:

1. Ausencia de conciencia del problema.
2. Falta de motivación para el cambio.
3. Trastornos de personalidad crónicos.
4. Dificultades económicas.
5. Nivel educativo bajo.

Esto resulta fundamental a la hora de evaluar el plan y sus posibilidades de

generalización, así como determinar exactamente cuál es el tipo de población asimilable al mismo.

## B.2. Resultados de la evaluación estandarizada

En este caso se evalúa la efectividad general del plan, midiendo la evolución de los miembros de la familia en 2 momentos de recogida de datos -pre y post tratamiento -.

Así se registran para el conjunto de las familias si se han producido cambios -



positivos/negativos - debido a la intervención. Esto permite detectar también las áreas en que se produjeron los mismos.

Esta evaluación pretende obtener una cuantificación, que supere a la evaluación clínica efectuada a cada familia.

Para ello se han utilizado una serie de cuestionarios, mencionados en el ítem correspondiente que brindan una mayor objetividad a la evaluación y permiten determinar los cambios producidos en cada familia.

Ambas evaluaciones deben entenderse como complementarias de una misma situación.

La **EVALUACION CLINICA** parte de un conocimiento más personalizado de las familias, de sus conflictos, evoluciones..., pero se ve dificultada por una cierta subjetividad del educador familiar.

La **EVALUACION ESTANDARIZADA** permite una mayor distancia respecto a la familia y la aplicación de criterios homogéneos para la evaluación de las mismas.

Esta última evaluación se hizo sobre el total de las familias - no sobre cada una - en función de las puntuaciones obtenidas en cada variable al inicio y al final del tratamiento.

Debemos aclarar algunas cuestiones:

- Esta evaluación se efectuó sobre las familias que estuvieron todo el tiempo bajo el tratamiento, y finalizaron el mismo - 5 -.
- Aquellas que abandonaron -2- y aquellas que no presentaron cambios y se debió intervenir para la separación de los menores, no realizaron la evaluación final -3-. Total 5.
- Algunos de los instrumentos utilizados han sido aplicados por primera vez en la Argentina, aunque lo fueron en España, por lo cual no se poseen las puntuaciones normativas que permiten establecer por encima o por debajo de cuál puntaje se ubica cada familia.

A continuación se presentan los puntajes obtenidos para cada variable/**FACTOR DE RIESGO** para cada familia:

Familia Cuestionarios	D.	F.	M.	A.V.	B.
CAP	54 - 17	39 - 40	61 - 21	7 - 9	48 - 45
DEPRESION	8 - 13	24 - 21	25 - 5	3 - 2	20 - 18

Familia Cuestionarios	D.	F.	M.	A.V.	B.
ANSIEDAD	25 - 22	33 - 40	33 - 14	22 - 14	30 - 29
SOPORTE SOC.	42 - 49	53 - 37	33 - 51	60 - 62	45 - 50
AJUST. MARITAL	142 - 129	162 - 70	157 - 40	154 - 58	130 - 70
PERCEP. NIÑO	46 - 58	57 - 160	75 - 108	52 - 116	40 - 60
HIST.CRIANZA	- 11	- 17	- 18	9	3

Respecto al puntaje obtenido en el **CAP** en todos los casos se observó una disminución del mismo, lo que indicaría la incorporación de modalidades de relación y sanciones no maltratadoras a sus hijos.

En cuanto a los factores de riesgo asociados podemos comentar lo siguiente:

- En cuanto a **DEPRESION** ha disminuido en todos los casos, salvo en D., que solicitó al finalizar nuestra tarea asistencia psicológica porque deseaba revisar aspectos de su familia de origen -relación con la madre internada y su hermana psicóloga que obstaculizaban su relación personal con su familia -marido e hijos-.
- **ANSIEDAD**, ha disminuido salvo en F. donde han surgido aspectos preocupantes económicos y donde la ansiedad es además un componente de su personalidad.

- **SOPORTE SOCIAL**, también aumentó su puntaje, observándose nuevamente en F. como un factor no modificable.

- **AJUSTE MARITAL** ha resultado un ítem interesante, ya que en estos casos la disminución del puntaje indica menor ajuste. Sin embargo en todos los casos se inició el contacto con un ocultamiento/dificultades para ver los problemas de relación, al finalizar el tratamiento todas expresaron sus profundas diferencias y sus fantasías de separación.

En el caso de B. se concretó - aunque por abandono del marido -.

En M. y F. se planteó como algo posible para el futuro.

- **PERCEPCION DEL NIÑO**, mejoró el puntaje en todos los casos, comprendiendo mejor los proble-

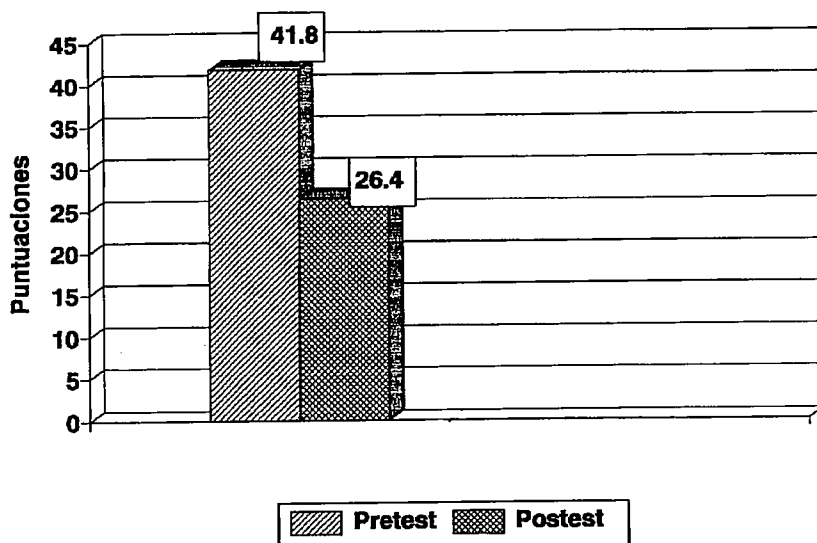
mas de los mismos y no proyectando una visión negativa sobre ellos.

- Respecto a **HISTORIA DE CRIANZA**, se trata de una variable no medida post test ya que evalúa la historia ya ocurrida con su

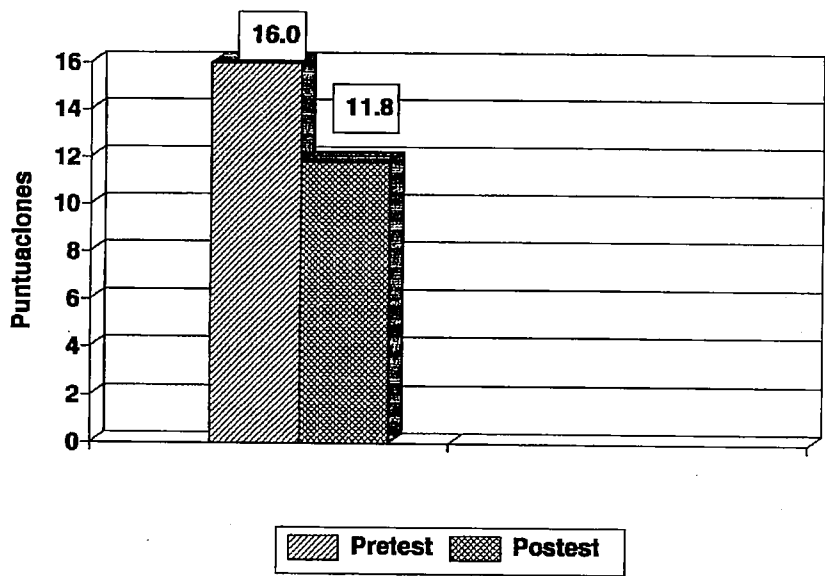
familia de origen, no modificable en el presente.

A continuación se presentan los gráficos que muestran la evaluación estandarizada para el conjunto de las familias según cada factor de riesgo asociado:

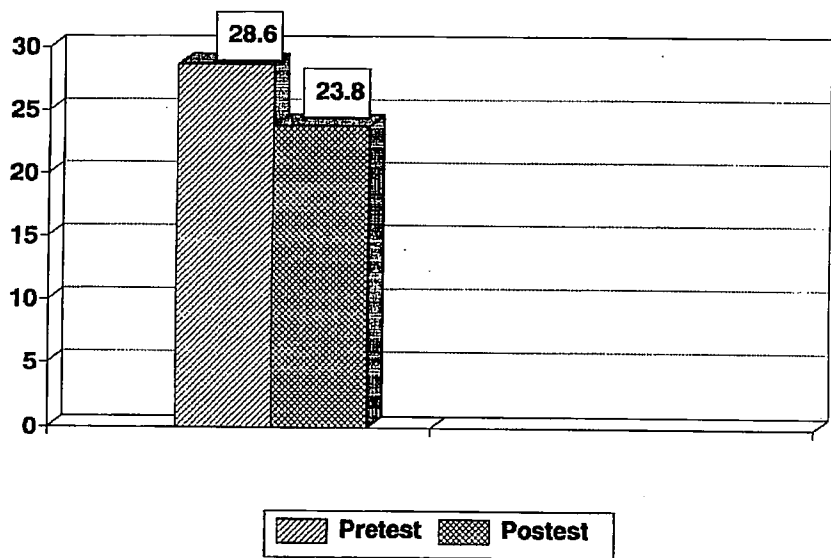
**Cuadro N° 1: Resultado de la Variable  
POTENCIAL PARA EL  
MALTRATO FISICO - CAP**



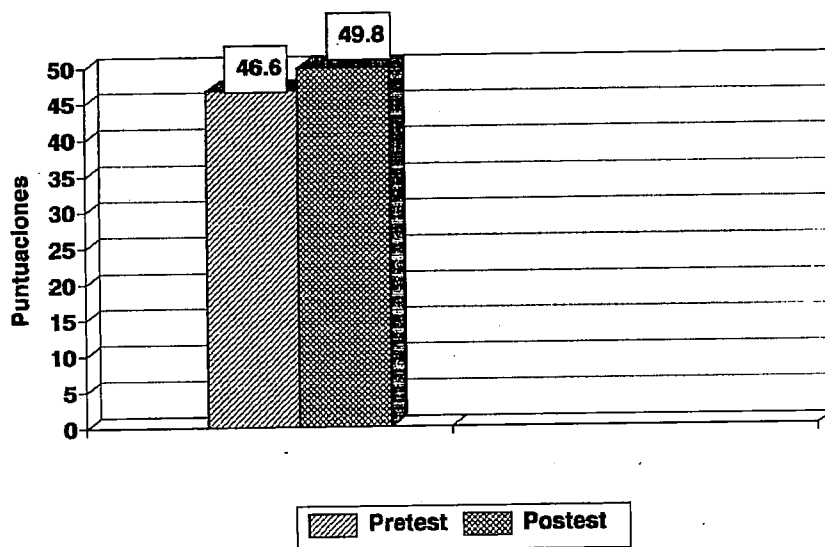
Cuadro N° 2: Resultado de la Variable  
SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA



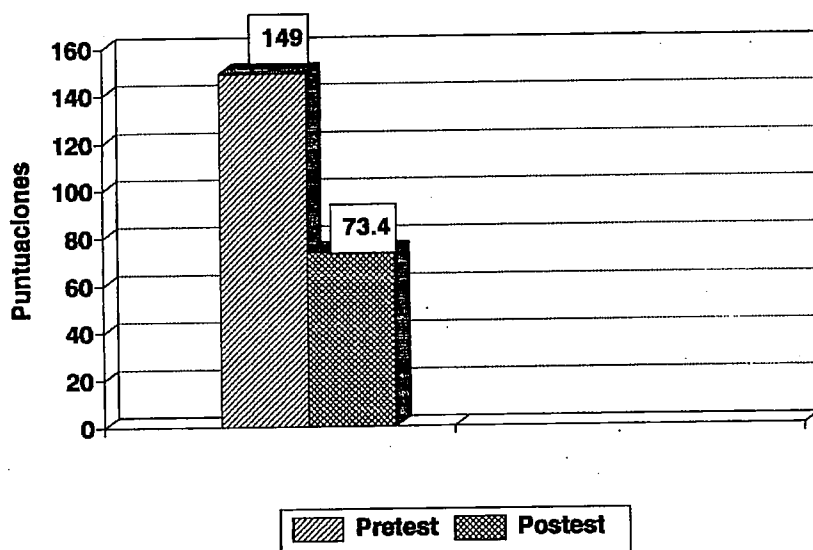
Cuadro N° 3: Resultado de la Variable  
ANSIEDAD



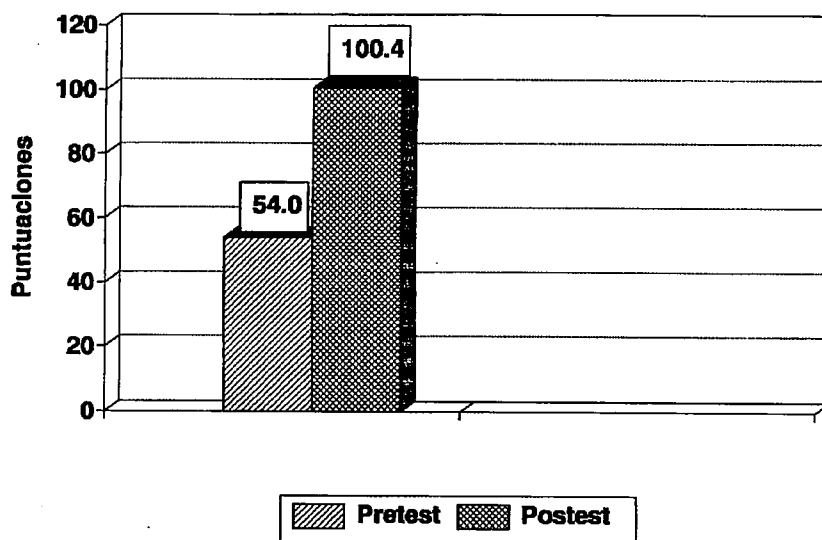
Cuadro N° 4: Resultado de la Variable  
SOPORTE SOCIAL



Cuadro N° 5: Resultado de la Variable  
AJUSTE MARITAL



**Cuadro N° 6: Resultado de la Variable  
PERCEPCION DE PROBLEMAS EN EL NIÑO**



## BIBLIOGRAFIA

BRINGIOTTI, MARIA INES (1994). Investigación epidemiológica en el partido de Avellaneda - UBACYT - 1992/93. *Revista Psicología Iberoamericana* - Universidad Ibero - Americana - México - Vol. 2 - Nro 2 -

BRINGIOTTI, MARIA INES (1992). Maltrato y abandono infantil. Su abordaje desde el campo de la salud pública. *Revista de la Escuela de Salud Pública* - U.N.Córdoba - Volumen III - Nro 2 -

BRINGIOTTI, MARIA INES y BARBI-CH, ALEJANDRA (1993). Adaptación y validación del child abuse potential inventory - CAP - *Anuario de Psicología* N° 3.

CALDWELL, B. M. & BRADLEY, R.H. (1978). Home observation for the mea-

surement of the environment. *Little Rock*. University of Arkansas. Traducción Benito Arias.

*Cartillas para padres: Criar hijos hoy; Buenas formas de criar hijos buenos; Ponga fin al dolor del abuso de niños; An Every Reader Scriptographic Booklet* by Channing L. Bete Co. USA. 1982.

*Cartillas para padres: Cómo disciplinar a sus hijos; Sobre la prevención de los abusos infantiles; Sobre el descuido de los hijos; Idem, USA, 1986.*

De PAUL OCHOTORENA, JOAQUIN (1988). Maltrato y abandono infantil. Identificación de factores de riesgo. *Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco*.

De PAUL OCHOTORENA, J. y EQUIPO (1990/91). Plan piloto de tratamien-

to y rehabilitación de familias con problemas de maltrato y abandono infantil. Informe final.

De PAUL OCHOTORENA, J. y EQUIPO (1990/91). Material para los educadores familiares. Material de la Universidad del País Vasco.

GRACIA FUSTER, E. y MUSITU OCHOA, G. (1993). El maltrato infantil: un análisis ecológico de los factores de riesgo. Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid.

LLOYD DE MAUSE (1982). Historia de la infancia, Alianza Universidad, Madrid.

MILNER JOEL (1986). The child abuse potential inventory manual (2ª Ed), Ppytec, Inc. Webster, New Carolina.

POLANSKY, N.A., CHALMERS, M.A., BUTTENWIESER, E. y WILLIAMS, P. (1978). Assessing adequacy of child caring: an urban scale. *Child Welfare*, LVII (7) 439 - 449.

STEVENSON OLIVE (1992). La atención del niño maltratado, Bs. As., Paidós.

TIERNO, B. (1993). Ser buenos padres, Madrid, Ed. Paulinas.

TIERNO, B. (1993). Los problemas de los hijos, Madrid, Ed. Paulinas.

Video (1983). Hugs 'N'Kids: Parenting your preschooler. San Fernando Valley Child Guidance Clinic - Studio City, California.

---

(1) Integraron el equipo: Directora Lic. María Inés Bringiotti. Coordinadoras del grupo de padres maltratadores: Lic. Susana Romanos y Lic. Ana María Barreiro. Coordinadoras de los grupos de niños: Lic. Nora Capelletti, Lic. Viviana Zimerman, Lic. Andrea Acchinelli y Ariel Kapustiansky. Educadoras familiares: Lic. Beatriz Fontana, Lic. Linda Dwek y Lic. Beatriz Perretti. Entrevistas: Lic. Ruth Teubal. Etapa estadística: Prof. Alejandra Barbich.

(2) Esta investigación se basó en la realizada en la Universidad del País Vasco en 1989/91, coordinada por el Dr. Joaquín De Paúl, quien me asesoró en mis estancias en dicha universidad en 1991 y 1994, y al cual le agradecemos sus valiosos aportes para tratar de introducir elementos cuantitativos serios y confiables a la hora de abordar estas problemáticas.

# ANALISIS DE LOS HALLAZGOS RADIOLOGICOS EN UN CASO RELEVANTE DE MALTRATO INFANTIL

ANALYSIS OF THE RADIOLOGICAL FINDINGS IN A OUSTANDING  
CASE OF CHILD ABUSE

M.J. LIROLA CRUZ (\*), A.M. LOPEZ BARRIO (\*\*), J.M. MALO  
ARAGON (\*) e I. GOMEZ DE TERREROS (\*)

*Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

*(\*) Unidad de Pediatría Social, (\*\*) Servicio de Radiología Pediátrica.*

## RESUMEN

Presentamos los hallazgos radiológicos encontrados en el mapa óseo realizado a un niño de cuatro meses de edad, sospechoso de ser víctima de malos tratos. Básicamente, encontramos fracturas de cráneo y huesos largos en diversos estadios evolutivos, con presencia de pseudoartrosis en miembros superiores y de las típicas fracturas en «esquina metafisaria», acompañadas de reacción subperióstica en «asa de cubeta» en miembros inferiores. Se concluye en la alta especificidad de este tipo de lesiones óseas en el diagnóstico del maltrato infantil.

**Palabras clave:** maltrato infantil, lesiones óseas, hallazgos radiológicos.

## ABSTRACT

We want to present the findings from the x-ray bone map of the body of a four year old. The child was suspected of being a victim of abuse. We found skull and long bone fractures in different stages of healing, pseudoarthrosis

in the arms, and the typical fractures of the metaphysis corners, accompanied by a subperiosteal reaction in the shape of a bucket handle in the legs. We conclude than when there are these specific types of injuries, there has been child abuse.

**Key words:** child abuse, bone injuries, radiological findings.

## INTRODUCCION

Al analizar todos los casos de malos tratos y abandono, la incidencia de lesiones orgánicas es baja (1, 2). En nuestra propia experiencia un 7,5 % de los estudios radiológicos fueron positivos de los cuales, en un 3,7 % de los casos, se encontraron lesiones que ni en la historia clínica ni en la exploración física se habían detectado (3-6).

Dentro de lo que es la radiología convencional, probablemente la exploración de más valor es el «estudio radiológico del esqueleto», que debemos realizar siempre que haya sospecha de malos tratos.



Entre las lesiones esqueléticas consideradas de gran especificidad, destacar aquellas fracturas en la región epifiso-metafisaria en forma de luxación, arrancamiento o desplazamiento epifisario, o adoptando la típica forma de fractura tipo «esquina metafisaria» acompañada de reacción subperióstica en «asa de cubeta», y que tienen su origen en los movimientos bruscos de estiramiento y torsión simultáneas, provocados al coger por las extremidades al niño para balancearlo, golpearlo contra algún objeto o proyectarlo a distancia (7-10).

**L**a «radiografía de cráneo» es fundamental en el diagnóstico del maltrato físico. Además, y posteriormente, la ecografía, la tomografía axial computerizada (T.A.C.) y la resonancia magnética nuclear (R.M.N.) nos permitirán el estudio escalonado y el diagnóstico de la «lesión intracraneal», que tan importante es de detectar en los casos de malos tratos infantiles.

En esta comunicación expondremos uno de los casos de maltrato infantil en el que los hallazgos radiológicos fueron floridos, y pensamos que, sin duda, diagnósticos.

## DESCRIPCION DEL CASO

Se trata de un varón de cuatro meses de edad que nos fue remitido desde su Hospital de zona por sospecha de malos tratos. Adjuntaban copia de un parte judicial de lesiones en el que se describían varias fracturas de miembros en diferentes estadios de consolidación.

Entre los antecedentes familiares destacar:

- La madre fue víctima de malos tratos durante su infancia, motivo por el cual fue institucionalizada. Tres de sus hermanos habían sido dados en adopción por la misma causa.
- El padre daba la sensación de presentar un discreto retraso mental que estaba sin diagnosticar. Maltrataba a su pareja.
- Tiene un único hermano de dieciséis meses que fue declarado en desamparo.

Entre los antecedentes personales:

- Ingresado a las pocas horas de vida, procedente del Hospital Maternal, en el Servicio de Neonatología del Hospital Infantil. Fue producto único de segunda gestación que cursó sin patología aparente; el parto fue con ventosa. Ya en este primer ingreso se puso en conocimiento de las autoridades la situación de riesgo del niño; en ese momento no consideraron la necesidad de declaración en desamparo del mismo. Tras diecinueve días de ingreso fue dado de alta con los diagnósticos:

- Asfisia perinatal. Depresión neurológica.
- Bradicardia sinusal.
- Comunicación interventricular subaórtica con cortocircuito izquierdo-derecha.

- Al mes de vida reingresa por un cuadro de rechazo de las tomas, irritabilidad y fiebre; además sospechábamos una insuficiencia cardiaca. En la exploración no se detectó en ese momento lesiones que delataran un maltrato físico, aunque sí había signos de abandono. A los diagnósticos anteriores se añadió el de insuficiencia cardiaca leve. Los padres, a su alta, aceptaron estar sometidos a un estrecho control por parte de los servicios sociales.

### EXPLORACION A SU INGRESO

- En parietal derecho se palpaba una prominencia dura de unos tres centímetros de diámetro.
- Existía un hematoma en la parte inferior del hemiabdomen derecho.
- Se detectó una disminución de la motilidad del miembro superior izquierdo.
- En la exploración neurológica se objetivó un retraso madurativo, tanto motor (correspondía al de un niño de medio a un mes), como perceptivo-adaptativo (correspondía a un niño de aproximadamente un mes de edad).

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

**L**a analítica general realizada, hemograma, bioquímica, equilibrio ácido-base, sedimento de orina, urocultivo y coprocultivo fueron normales. Se le realizó un electroencefalograma que también fue normal.

### TECNICAS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEN

#### 1.- MAPA OSEO

##### 1.1.- Radiografía de cráneo:

Se aprecia el contorno de un cefalohematoma subperióstico de unos tres centímetros de diámetro que emerge de una amplia fractura estrellada, con un componente horizontal que abarca el hueso parietal y occipital derecho, y un componente perpendicular a la línea de fractura anterior que se extiende dentro del hueso occipital derecho. Existe una dehiscencia en el tercio posterior de la línea de fractura. (Fotografía nº1)

##### 1.2.- Radiografía de tórax:

Clavículas y costillas sin anomalías. Silueta cardiaca en el límite superior de la normalidad con prominencia hiliar bilateral.

##### 1.3.- Columna vertebral:

Sin anomalías.

##### 1.4.- Miembros superiores:

##### – Derecho:

- Húmero normal.
- Fractura de metáfisis proximal de cúbito con ligera desviación del olécranon y presencia de signos de pseudoartrosis.
- Radio mostrando gran formación de hueso subperióstico a nivel de metáfisis proximal, alineación extraarticular de la cabeza. (Fotografía nº 2)



**Fotografía nº 1:** Radiografía lateral de cráneo mostrando una amplia fractura estrellada parieto-occipital derecha sobre la que emerge un cefalohematoma subperióstico.

– Izquierdo:

- Fractura con astillamiento del tercio medio del húmero con abundante formación de hueso subperióstico.
- Fractura con formación de pseudoartrosis en la unión de tercio proximal con tercio medio del radio rodeada de formación de hueso subperióstico. (Fotografía nº 2)

1.5.- Pelvis:

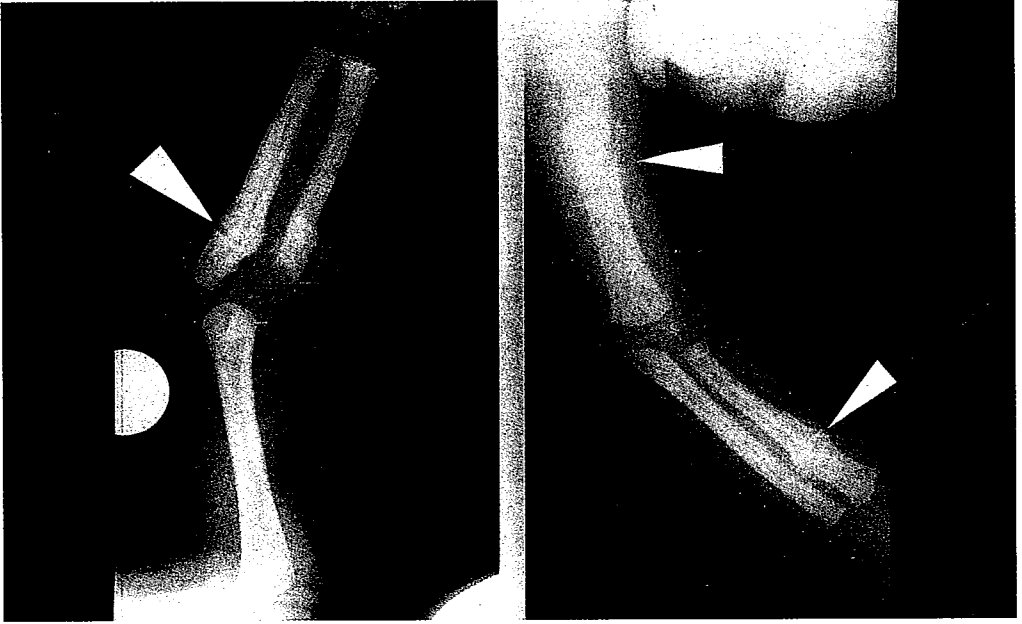
Normal.

1.6.- Miembros inferiores:

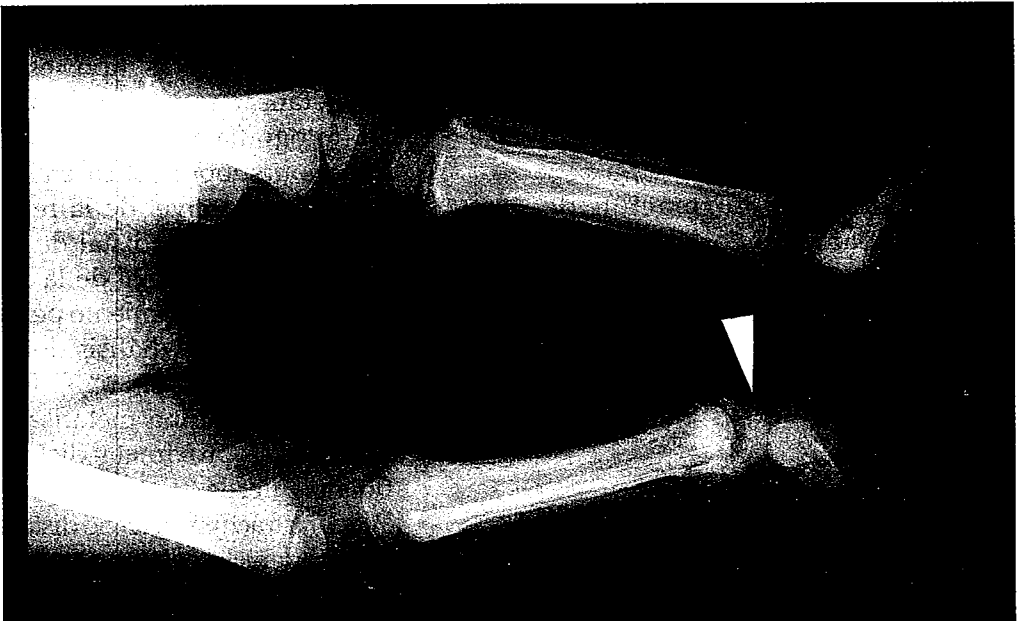
- En fémur derecho levantamiento perióstico visible en el tercio medio externo de su diáfisis (fotografía nº 3).

- En fémur izquierdo existen dos pequeñas fracturas tipo «esquina metafisaria» en metafisis distal (fotografía nº 4).
- Reacción subperióstica en «asa de cubeta» a nivel de la región epifisometafisaria distal de ambas tibias y proximal de la tibia izquierda. Levantamiento perióstico a nivel de la diáfisis de ambas tibias (fotografía nº 3). Fractura tipo «esquina metafisaria» en metafisis proximal y distal de tibia izquierda. (Fotografía nº 4)
- Pequeña fractura en tercio distal de peroné derecho. (Fotografía nº 3)

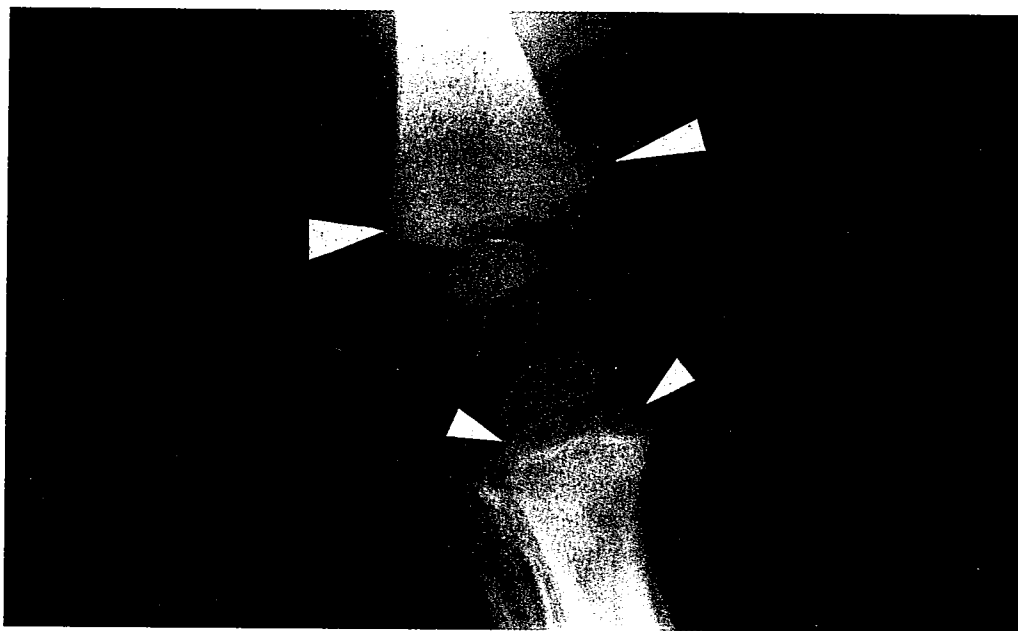
**S**e aprecian unas corticales muy engrosadas con estrechamiento del canal medular en los huesos largos de los cuatro miembros.



**Fotografía n° 2:** Radiografía de miembros superiores en la que se aprecia fractura astillada, con gran formación de hueso subperióstico, en el tercio medio del húmero izquierdo, y fracturas con pseudoartrosis en cúbito derecho y radio izquierdo.



**Fotografía n° 3:** Radiografía de miembros inferiores en la que se aprecian fracturas en «esquina metafisaria» en la metafisis distal de fémur izquierdo y formación de hueso subperióstico en forma de «asa de cubeta» en la metafisis proximal de tibia izquierda y distal de ambas tibias. Se aprecia también engrosamiento cortical en todos los huesos y reacción perióstica en ambas tibias.



**Fotografía nº 4:** Radiografía localizada de la rodilla izquierda en la que se aprecian las fracturas metafisarias «en esquina» en la metáfisis distal del fémur y la reacción subperióstica en «asa de cubeta» de la metáfisis proximal de tibia.

2.- ECOGRAFIA CEREBRAL: Normal.

3.- T.A.C. CRANEAL: Normal.

## DISCUSION

Los hallazgos radiológicos apreciados en el estudio esquelético realizado a nuestro paciente nos parecen merecedores de su publicación dada su singularidad y gran expresividad.

Llama en primer lugar la atención la amplia fractura de cráneo que atraviesa los huesos parietal y occipital del lado derecho, conformando una fractura estrellada sobre cuyo centro se superpone un cefalohematoma subperióstico. A pesar de la aparatosidad de las lesiones del cráneo, en los estudios de neuroimagen realizados, dos ecografías transfon-

tanelares y un T.A.C., no hemos detectado ninguna lesión orgánica cerebral del tipo hematoma subdural o parenquimatoso, ni son evidentes signos de atrofia cerebral, no obstante, y dado que se aprecian signos de retraso psicomotor, está previsto realizar en un futuro una exploración cerebral con resonancia magnética.

Las fracturas óseas metafisarias descritas como «en esquina metafisaria» son muy típicas del maltrato, máxime cuando se le añade la reacción perióstica descrita como en «asa de cubeta» y que en nuestro caso son muy evidentes en varias articulaciones. La posibilidad de que dichas lesiones óseas se puedan producir en un parto traumático o al coger con fuerza un niño que se cae, hacen que

no se puedan considerar patognómicas del maltrato, por lo que ante su descubrimiento en período de lactante hay que descartar dichas posibilidades pero sin interrumpir todos los trámites que la sospecha de un maltrato conlleva. En niños con enfermedades neurológicas que disminuyan la sensibilidad al dolor se pueden encontrar lesiones óseas similares a las descritas en el maltrato. En el síndrome de Menkes, en la Osteogénesis imperfecta o en el Escorbuto, no tenemos referencias de que las fracturas en «esquina metafisaria» con reacción subperióstica en «asa de cubeta», se hayan descrito asociadas.

La existencia, en nuestro caso, de fracturas con presencia de pseudoartrosis en miembros superiores pensamos que está en relación con la ausencia de inmovilización, y seguramente fueron provocadas por traumatismos directos en varias ocasiones.

**C**reemos conveniente acabar este comentario diciendo que ante el descubrimiento en un estudio radiológico de fracturas en «esquina metafisaria» asociadas a reacción subperióstica en «asa de cubeta», máxime cuando esta asociación aparece en diversas fases evolutivas, las posibilidades de estar ante un maltrato son máximas.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS: SECTION ON RADIOLOGY. Diagnóstico por imagen de los malos tratos infantiles. *Pediatrics* (ed. esp.), 1991; 31: 115-117.
- 2.- ELLERSTEIN, N.S.; KIMBERLEY, J.; Norris, B.A. «Valor de la exploración radiográfica del esqueleto en la determinación de los malos tratos a los niños». *Pediatrics* (ed. esp.), 1974; 18: 390-394.
- 3.- GOMEZ DE TERREROS, I.; LOPEZ BARRIO, A.M.; MILLAN, M.L.; y cols. «Diagnóstico por técnicas de imagen en el maltrato infantil. Nuestra experiencia». II Congreso estatal sobre infancia maltratada. Vitoria. Gasteiz, 1991.
- 4.- GOMEZ DE TERREROS, I. «Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil». Ed. Comares. Granada, 1995; 144-151.
- 5.- LOPEZ BARRIO, A.M. «Diagnóstico por la imagen en pediatría». *An Esp Pediatr*, 1986; 25(4): 225-226.
- 6.- MILLAN MIRALLES, L.; LOPEZ BARRIO, A.M.; MALO ARAGON, J.M.; GOMEZ DE TERREROS, I. «Análisis de nuestros hallazgos radiológicos en el maltrato infantil». *Vox Pediátrica* (en prensa).
- 7.- JHONSON, C.F. «Lesión intencional y lesión accidental». *Clínicas pediátricas de Norteamérica*, 1990; 4: 841-864.
- 8.- MERTEN, D.F.; CARPENTER, B.L.M. «Imagen radiográfica de lesión intencional en el síndrome del niño maltratado». *Clin Ped Norteamer* (ed. esp.), 1990; 4: 865-886.
- 9.- SILVERMAN, F.N.; KUHN, J.P. «Caffey-Diagnóstico por imágenes en Pediatría». Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1992; 862-867.
- 10.- THOMAS, S.A.; ROSENFELD, M.S.; LEVENTHAL, J.M.; MARKOWITZ, R.I. «Fracturas de huesos largos en niños de corta edad: diferenciación entre las lesiones accidentales y las debidas a malos tratos». *Pediatrics* (ed. esp.), 1991; 32: 145-151.

# MALTRATO INFANTIL: ETAPAS DE EVOLUCION DEL CONCEPTO Y TECNICAS TERAPEUTICAS EMPLEADAS EN SU TRATAMIENTO<sup>(1)</sup>

CHILD MALTREATMENT: STAGES IN THE EVOLUTION OF THE CONCEPT AND THERAPEUTIC TECHNIQUES USED IN IT'S TREATMENT

**ANA D'OCON GIMENEZ, M<sup>a</sup> JOSE CANTERO LOPEZ**

*Departamento de Psicología Básica, Facultad de Psicología,  
Universidad de Valencia.*

## RESUMEN

La problemática infantil, y en particular el abuso y abandono, constituye, en nuestros días, un fenómeno tanto social como psicológico que es abordado desde una perspectiva multidisciplinar. No obstante, este enfoque es relativamente reciente dado que históricamente se han ido produciendo diversos cambios conceptuales a la hora de estudiar la problemática del maltrato en la infancia. En la década de los 60, y coincidiendo con la publicación en prensa de trágicos casos de maltrato físico infantil, se produce un aumento de la concienciación ciudadana en este campo y una proliferación de estudios sobre el tema. Teniendo en cuenta el enfoque médico predominante en la época, se entiende cómo las primeras aproximaciones al tema se realizan desde una perspectiva difusa y centrada mayoritariamente en el abuso físico. Posteriormente, se produce un cambio de enfoque que incide no sólo en las consecuencias físicas sino también en las secuelas psicológicas. Unido a estas transformaciones conceptuales, es

de esperar cambios en la orientación terapéutica predominante, así como una especialización de las técnicas en función del tipo de abuso al que se dirigen. Este trabajo tiene como objetivo el constatar, a través de una exhaustiva revisión bibliográfica de los últimos veinte años, 1973-1993, la evolución conceptual del abuso infantil y su relación con las técnicas terapéuticas utilizadas en el tratamiento del mismo.

**Palabras clave:** Maltrato infantil, abuso infantil, abandono infantil, tratamiento del maltrato infantil, estudio bibliométrico.

## ABSTRACT

In our times, child's psychopathology and, in particular, child abuse and neglect, constitutes a social and psychological phenomenon whose study is undertaken from many perspectives. Nevertheless, this point of view is relatively recent since, over the years, various conceptual changes have been introduced at the moment of studying the problem of child maltreatment. In

the decade of the 60's, and coinciding with the publication in the press of tragic cases of physical maltreatment of children, an increase in public awareness led to a proliferation of studies on the subject. Taking into account the predominantly medical point of view in these times it is understandable how the early approaches to the problem were carried out from a diffuse perspective and principally focused on physical abuse, later, a change of viewpoint was developed which dwelt not only on the physical consequences but also on the psychological sequelae. United to these conceptual transformations, changes in the predominant therapeutic orientation were to be expected as well as a specialization in techniques according to the subject type of abuse. The objective of the present work is to detail the conceptual evolution of infantile abuse and its relation to the therapeutic techniques used in its treatment according to an exhaustive study of the bibliography of the last 20 years, 1973-1993.

**Key words:** Child maltreatment, child abuse, child neglect, treatment of child maltreatment, bibliometric approach.

## **MALTRATO INFANTIL: ETAPAS DE EVOLUCION DEL CONCEPTO Y TECNICAS TERAPEUTICAS EMPLEADAS EN SU TRATAMIENTO**

El abuso infantil es, sin lugar a dudas, la consecuencia más desafortunada de las interacciones familiares desadaptadas. Se puede considerar el abuso como el producto final del proceso de coer-

ción familiar, proceso que está muy influido por las circunstancias sociales y personales en las que la familia se ve envuelta. Los escasos, aunque severos, episodios de abuso físico en el hogar se constituyen como el síntoma más claro, y desafortunadamente, más peligroso para el niño, de unas relaciones familiares gravemente desadaptadas. De algún modo, son la «punta del iceberg» de un proceso de interacción coercitivo constante (D'Ocon, 1994).

**S**e puede afirmar que el abuso infantil representa una «faceta extrema de problemáticas muy diversas que afectan a las relaciones de los menores y sus familias» (Cerezo, 1990; 1992), representando desviaciones extremas de un continuo de adecuación parental (Ammerman, 1990). Este continuo oscila desde una adecuada y competente paternidad hasta un estilo desviado e incompetente (Wolfe, 1985; Ammerman, 1990; Wolfe, 1991; Cerezo, 1992; Cerezo y D'Ocon, 1994).

El abuso infantil no es un fenómeno unitario, sino que tiene manifestaciones diversas, como abuso físico, emocional, sexual o abandono, con sus características diferenciales; también es un concepto que ha sufrido cambios a través de las épocas y las culturas. Evidentemente, casos de abuso infantil han existido en todas las épocas, sin embargo, la percepción de estos casos como problemáticos es algo propio de este siglo, y de la cultura occidental, coincidiendo con una etapa de evidentes avances técnicos, que producen un cambio radical en el nivel y tipo de



vida, y en la cultura de los hombres y mujeres de este siglo (D'Ocon, 1994). Asimismo, se produce una gran concienciación social sobre estos temas, gracias a la sensibilización desde las instituciones públicas de los países desarrollados (Cerezo, 1992).

Dentro de este contexto de percepción del abuso infantil como un problema social, nos referiremos a las dos definiciones más comúnmente aceptadas. La primera de ellas fue efectuada por Parke y Colloner (1975), quienes afirman que existe abuso infantil cuando «a cualquier niño se le produzcan lesiones físicas no accidentales a consecuencia de actos (u omisiones) realizados por los padres, o sustitutos, que transgreden las normas de la comunidad sobre el trato de los niños» (tomado de Cerezo, 1992, pág. 28). Burgess y Richardson (1984) proponen la siguiente definición de malos tratos: «cualquier lesión no accidental física o psicológica que se le ocasiona a un menor de dieciocho años, que tiene lugar como resultado de acciones de comisión u omisión, físicas, sexuales o emocionales, realizadas por un progenitor o sustituto que amenazan el desarrollo de la competencia del niño» (pag. 240).

Cerezo (1992) efectúa una acertada aclaración terminológica de esta última definición y clasificación de abuso de Burgess y Richardson. Esta autora señala que incluir dentro del concepto de abuso estos cuatro tipos puede llevar a un error de interpretación, y propone el término «malos tratos», dentro de los cuales situaría los

problemas de abandono y los de abuso, incluyendo dentro de este último el abuso físico, el emocional y el sexual. Cerezo (1992) señala que el abuso y el abandono son problemas diferentes, y requieren tipos de intervención terapéutica distintos. Así, el abuso se caracteriza por ser un fenómeno de baja frecuencia, además de ser atípico que los padres abusivos sean unos padres negligentes en el cuidado diario de los niños, por lo que no se da asociado al abandono. Todo lo contrario ocurre en los casos de abandono, que se considera un patrón de comportamiento parental crónico. El abuso es un acto de comisión principalmente, mientras que el abandono es un acto de omisión (Friedman et al., 1981, ctdo. en Cerezo, 1992; Starr, Dubowitz y Bush, 1990). Situándonos dentro del abuso, donde aparecen las subcategorías de abuso físico, emocional y sexual, Cerezo (1992) expone que el abuso emocional es el más amplio de los tres tipos y se produce siempre que ocurre un acto de abuso físico o sexual. A su vez, en el abuso sexual, en una amplia proporción, también implica abuso físico.

La primera definición de maltrato, de Parke y Collomer, es mucho más global, ya que sólo diferencia dos tipos, el abuso (actos de comisión) el abandono (actos de omisión), incluso sólo se refiere al abuso físico, no recogiendo las consecuencias emocionales, ni el abuso de tipo sexual. Sin embargo, la definición de Burgess y Richardson incluye la diferenciación de cuatro tipos de malos tratos: abuso físico, sexual, emocional y abandono de menores. Esta definición

pone de manifiesto que el abuso no es un fenómeno unitario, sino que existen diversas manifestaciones del mismo, manifestaciones que no tiene por qué ser excluyentes, sino que en la mayoría de los casos, ocurren de un modo simultáneo. Vamos a referirnos brevemente a estas cuatro clases de malos tratos.

1. **ABUSO FÍSICO:** Cualquier acción punitiva hacia el niño, incluyendo desde un azote hasta cortes, palizas quemaduras, etc (Cerezo, 1992). Por tanto, esta categoría abarca un continuo de intensidad punitiva (Burgess y Richardson, 1984).
2. **ABUSO SEXUAL:** Utilización del niño con el fin de cualquier gratificación sexual del adulto. Incluye el incesto o la violación de menores (Cerezo, 1992). El abuso sexual puede incluir a miembros de la familia o a adultos ajenos a la familia. Los factores considerados para determinar un acto como abuso sexual son: la edad del que realiza el acto, la naturaleza del acto, el consentimiento del niño, la edad de la víctima, el sexo y relación de la víctima con el que realiza el acto, y las consecuencias del acto para el niño (Finkelhor, 1979, ctdo. en Starr, Dubowitz y Bush, 1990).
3. **ABUSO EMOCIONAL:** Se basa en el persistente rechazo del padre hacia el niño. En estas situaciones es típico que el padre esté menospreciando o castigando casi continuamente la conducta de su hijo. El abuso emocional aparece normalmente junto con cualquier tipo de abuso a

los que hemos hecho referencia, representando así un aspecto del fenómeno del abuso infantil más que uno de los tipos (Cerezo, 1992).

4. **ABANDONO:** Una situación de abandono infantil se da cuando los padres o responsables del cuidado del niño no le facilitan las condiciones mínimas necesarias para poder desarrollar sus capacidades físicas, intelectuales o emocionales. Esta situación puede ocurrir por una desatención o descuido persistente de los cuidados hacia el niño, o bien estar producida de forma deliberada por los padres. Incluye situaciones como no dar suficiente alimento, realizar hábitos higiénicos malsanos con el niño, desatención médica, limitación del espacio y de las personas que se relacionan con el niño, todo ello junto a una limitada o inexistente relación e implicación afectiva con el niño.

Como hemos visto, no es sencillo clasificar este fenómeno denominado malos tratos. Así como el abuso físico y el sexual se caracterizan por ser actos puntuales, fácilmente mensurables por un especialista si se detectan a tiempo, el abuso emocional subyace a estos episodios aislados, y puede mantenerse durante toda la infancia del niño. El daño psicológico en el niño en este caso también es mayor, ya que se ve continuamente sometido a amenazas, rechazado, y humillado por sus padres. Además, en muchas ocasiones, como señalan Starr, Dubowitz y Bush, (1990), es muy difícil diferenciar el abuso psicológico o emocional del abandono infantil.

Nuestro trabajo se centra en el estudio de la evolución de las estrategias de prevención terciaria, que dirigen sus esfuerzos hacia la prevención del abuso y abandono infantil después de que éste haya tenido lugar. Sus objetivos son, de una parte, el diagnóstico de la familia donde se producen los malos tratos; por otra, la intervención terapéutica dirigida a evitar la reincidencia de los episodios abusivos. El estudio de la evolución histórica de las estrategias de prevención primarias y secundarias ha sido abordado recientemente (Cantero y D'Ocon, 1994), poniendo de manifiesto la tendencia actual hacia el abordaje de la problemática del abuso desde estas perspectivas.

El principal objetivo de este artículo es reflejar el cambio en la concepción de lo que se considera abuso infantil, en relación al ámbito terapéutico. Queremos constatar la evolución conceptual del abuso de menores junto con las técnicas terapéuticas utilizadas en el tratamiento del mismo. Para ello nos hemos basado en una exhaustiva revisión bibliográfica de los últimos veinte años (1973-1993). Este objetivo básico se traduce en tres más específicos, relativos al concepto de abuso, a la orientación terapéutica y a la relación entre concepto e intervención:

Estudio de la evolución conceptual del maltrato en el ámbito de la intervención terapéutica.

Estudio de la orientación terapéutica empleada en el tratamiento del maltrato infantil.

Estudio de la relación existente entre tipo de maltrato y orientación terapéutica implicada en su tratamiento.

## METODOLOGIA

Se ha realizado un estudio bibliométrico a través de las bases informatizadas del repertorio de revistas «Psychological Abstracts, Nonevaluative Summaries of the Serial Literature in Psychology and Related Disciplines» y del «Education Resources Information Center. U.S. Department of Education» (ERIC). Se adoptó como criterio de búsqueda la aparición bien en el abstract o en los descriptores de los siguientes términos: TREATMENT PROGRAM, CHILD ABUSE y CHILD NEGLECT.

A partir de esta búsqueda se han obtenido un total de 232 trabajos referentes a PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DEL MALTRATO INFANTIL, en los últimos 20 años. De estos trabajos el 58,90% son publicaciones en revistas, donde destaca la revista *Child Abuse and Neglect* con un 18,84% de las publicaciones; el restante 41,10% de los trabajos corresponden a capítulos de libro o comunicaciones a congresos. En el presente estudio, se ha adoptado como criterio analizar únicamente los trabajos publicados en revistas (N=132).

Al tener como objetivo identificar el tipo de abuso con técnica terapéutica empleada en su tratamiento, y observar que en algunos de los trabajos analizados se incidía en más de un tipo de abuso y la técnica empleada variaba en

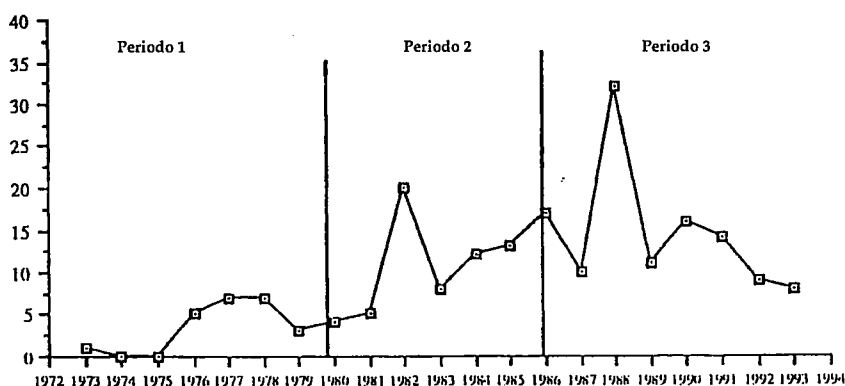
función de éstos, se ha hecho necesario desglosar los trabajos por pares tipo de abuso-técnica. Así, se ha obtenido un total de 202 pares distribuidos en tres períodos temporales:

PERIODO 1: Años 1973-1980

PERIODO 2: Años 1981-1986

PERIODO 3: Años 1987-1993

**Gráfica 1:** Evolución general de los trabajos sobre tratamiento del maltrato infantil (1973-1993).



La gráfica 1 representa la distribución de los pares tipo de abuso-técnica terapéutica analizados. Como se observa en ella, existe una evolución ascendente a lo largo de los años considerados, destacándose dos años clave de mayor producción, el año 1982 y el 1988. Estos dos años caracterizan a los dos últimos períodos temporales. En el primer período se observa una baja productividad en la temática analizada (N=27; 13,37%) sin observarse ningún año clave. La productividad se distribuye entre los dos últimos períodos temporales, el 37,13% (N=75) al 2º período y el restante 49,50% (N=100) al último. Se observa un ligero descenso en la productividad en los últimos años analizados, 1992 y 1993.

## RESULTADOS

### *Estudio 1: Evolución del concepto de maltrato infantil.*

Este estudio se propuso con el objetivo de estudiar la evolución del concepto de maltrato infantil en el ámbito de la intervención terapéutica a lo largo de veinte años (1973-1993), realizando el análisis en función de los tres períodos temporales ya comentados.

Así, hasta la década de los ochenta se observa una escasa incidencia, en la literatura revisada, del concepto de maltrato infantil en relación a programas de tratamiento del mismo. No obstante,

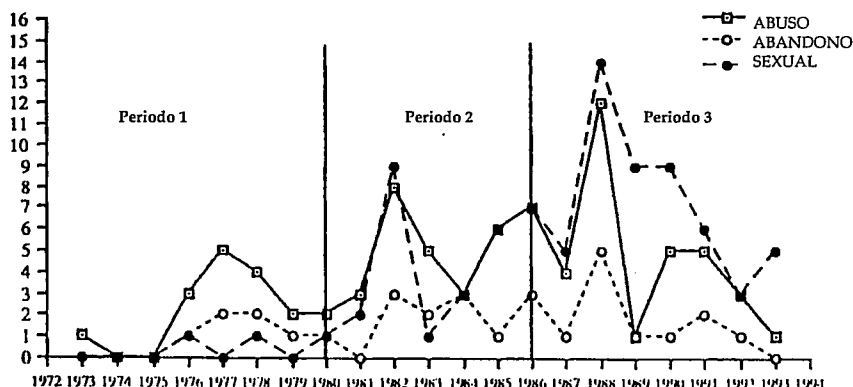
te, y tal y como se esperaba, los escasos estudios existentes se centran sobre todo en el concepto de abuso, dentro de una perspectiva difusa y centrada, aunque sin especificar, en el abuso físico. El concepto de abuso sexual prácticamente no aparece en este período. A partir de los años ochenta, período 2 y 3, aumenta la productividad y se observa una mayor especificidad a la hora de abordar esta proble-

mática. El abuso sexual se convierte progresivamente en el centro de atención prioritario en los programas de tratamiento, aunque el uso genérico del término abuso todavía se manifiesta. Se observan dos años clave de máxima producción literaria, 1982 y 1988. El estudio de los actos de omisión, el abandono, se mantiene relativamente estable a lo largo de todo el período temporal analizado.

**Tabla 1:** Evolución del tipo de maltrato al que se dirigen los artículos analizados (1973-1993).

AÑOS	ABUSO	ABANDONO	A. SEXUAL	A. FISICO	A. EMOCIONAL	TOTAL
1973	1	0	0	0	0	1
1974	0	0	0	0	0	0
1975	0	0	0	0	0	0
1976	3	1	1	0	0	5
1977	5	2	0	0	0	7
1978	4	2	1	0	0	7
1979	2	1	0	0	0	3
1980	2	1	1	0	0	4
1981	3	0	2	0	0	5
1982	8	3	9	0	0	20
1983	5	2	1	0	0	8
1984	3	3	3	2	1	12
1985	6	1	6	0	0	13
1986	7	3	7	0	0	17
1987	4	1	5	0	0	10
1988	12	5	14	1	0	32
1989	1	1	9	0	0	11
1990	5	1	9	1	0	16
1991	5	2	6	1	0	14
1992	3	1	3	2	0	9
1993	1	0	5	1	1	8
TOTAL	80	30	82	8	2	202
%	39,60	14,85	40,59	3,96	0,99	100

**Gráfica 2: Evolución de los programas de tratamiento según el tipo de abuso.**



En resumen, se destacan dos aspectos principales:

- Una baja producción de estudios centrados en el maltrato y su tratamiento en el primer período, y un aumento considerable a partir de los años ochenta.
- Un uso genérico del término «abuso» y una ausencia de especificidad durante el primer período. El auge en la producción lleva implícito una diferenciación conceptual, donde los distintos subtipos de abuso emergen, en el ámbito terapéutico, especialmente el abuso sexual, que en el último período equivale al 51 por ciento de la producción total de éste.

**Estudio 2: Evolución de la orientación terapéutica relativa al maltrato infantil.**

El objetivo en esta segunda fase se centró en el estudio de la evolución en la orientación terapéutica empleada para el tratamiento del maltrato infantil, en

el período que va desde 1973 a 1993, también centrándose en las tres etapas anteriormente definidas.

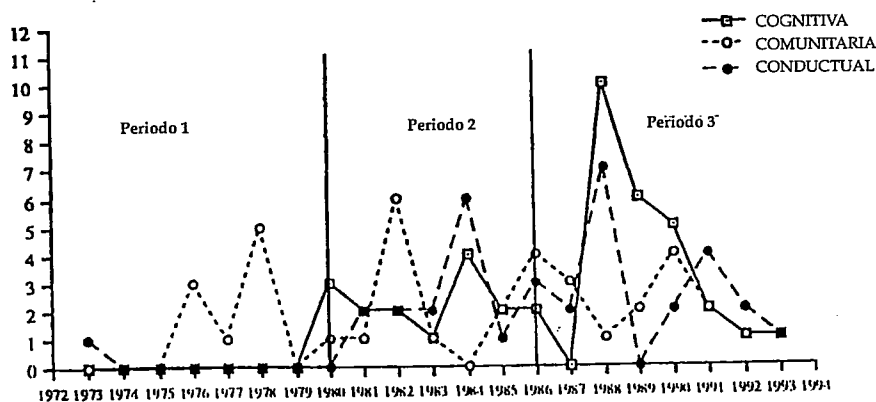
El enfoque comunitario es la orientación terapéutica dominante a la hora de abordar el tratamiento del maltrato infantil hasta los años ochenta. No obstante, conforme aumenta el interés sobre el tema y con ello, el diseño de programas de tratamiento que aborden este problema, se observa una diversificación en los enfoques terapéuticos empleados. Concretamente, durante el segundo período temporal estudiado, junto al enfoque comunitario dominante hasta el momento, aflora el uso de otras aproximaciones terapéuticas, siendo las cognitivas y conductuales las más utilizadas. Asimismo, se produce una proliferación de técnicas de tratamiento de carácter diverso que se centran en aspectos o consecuencias más concretas del abuso. El último período (1986-93) se caracteriza, a diferencia de los anteriores, por un predominio de la orientación cognitiva frente a las otras dos orientaciones mencionadas.

**Tabla 2:** Evolución de las técnicas de tratamiento del maltrato infantil (1973-1993).

AÑOS	COGNITIVA	COMUNITARIA	CONDUCTUAL	OTRAS*	NO SE ESPECIFICA	TOTAL
1973	0	0	1	0	0	1
1974	0	0	0	0	0	0
1975	0	0	0	0	0	0
1976	0	3	0	1	1	5
1977	0	1	0	5	1	7
1978	0	5	0	1	1	7
1979	0	0	0	0	3	3
1980	3	1	0	0	0	4
1981	2	1	2	0	0	5
1982	2	6	2	8	2	20
1983	1	1	2	0	4	8
1984	4	0	6	0	2	12
1985	2	2	1	3	5	13
1986	2	4	3	5	3	17
1987	0	3	2	3	2	10
1988	10	1	7	6	8	32
1989	6	2	0	1	2	11
1990	5	4	2	3	2	16
1991	2	2	4	3	3	14
1992	1	1	2	3	2	9
1993	1	1	1	4	1	8
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>38</b>	<b>35</b>	<b>46</b>	<b>42</b>	<b>202</b>
<b>%</b>	<b>20,30</b>	<b>18,81</b>	<b>17,33</b>	<b>22,77</b>	<b>20,79</b>	<b>100</b>

\*Las diversas técnicas que componen la categoría "OTRAS" se listan en la tabla 3.

**Gráfica 3:** Evolución del enfoque de los programas de tratamiento.



Cabe señalar, dentro de la gran diversidad de aproximaciones terapéuticas aplicas al tratamiento del abuso, enfoques de aplicación minoritaria tan variados como: psicoanálisis, terapia sis-

témica, tratamientos médico-psiquiátricos, tratamientos más específicos para el abuso sexual, tratamiento de padres con dependencia química y aproximaciones multidisciplinares.

**Tabla 3:** Listado de técnicas denominadas «otras» en los tres periodos analizados.

OTRAS TECNICAS	1973-80	1981-86	1987-93	TOTAL	%
Tratamiento de la dependencia química	2	0	4	6	13,04
Tratamiento específico del abuso sexual	1	2	3	6	13,04
Tratamiento médico-psiquiátrico	0	2	2	4	8,70
Aproximación multidisciplinar	0	4	3	7	15,22
Psicoanálisis	2	1	2	5	10,90
Terapia sistémica	0	2	2	4	8,70
Varios	2	5	7	14	30,43
TOTAL	7	16	23	46	100
%	15,22	34,78	50,00	100	

En resumen, se evoluciona desde una orientación predominantemente comunitaria durante el primer período, a una diversificación de enfoques, donde el enfoque cognitivo y el conductual van aplicándose progresivamente en mayor medida hasta dominar el panorama terapéutico en los últimos años estudiados, a pesar de la gran diversidad existente.

**Estudio 3:** *Relación entre tipo de maltrato infantil y técnica terapéutica aplicada*

Finalmente, al estudiar la relación existente entre las variables mencio-

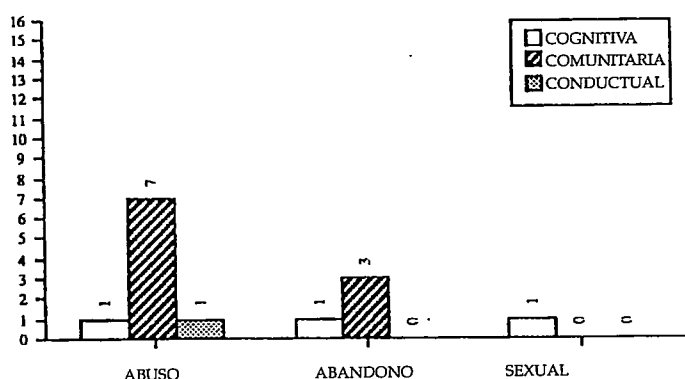
nadas en los estudios 1 y 2, tipos de abuso y tipos de enfoques terapéuticos relativos al tratamiento del abuso, se perfilan mucho más claramente las características diferenciales de los períodos temporales estudiados. Así, el primer período, aún teniendo en cuenta la baja producción general mencionada, se centra claramente en el abuso como término genérico tratado desde una perspectiva predominantemente comunitaria. La misma situación se reproduce en el caso del abandono infantil, aunque en menor medida.



**Tabla 4:** Distribución de las técnicas de tratamiento en función del tipo de maltrato al que se dirigen (período 1º: 1973-1980).

TECNICA/TIPO	Abuso	Abandono	A. Sexual	A. Físico	A. Emocional	Total	%
Cognitiva	1	1	1	0	0	3	11,11
Comunitaria	7	3	0	0	0	10	37,04
Conductual	1	0	0	0	0	1	3,70
Otras	3	2	2	0	0	7	25,93
No se especifica	5	1	0	0	0	6	22,22
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>27</b>	<b>100</b>
<b>%</b>	<b>62,96</b>	<b>25,93</b>	<b>11,11</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>100</b>	

**Gráfica 4:** Período 1 (1973-1980). Distribución de las técnicas de tratamiento en función del tipo de maltrato.



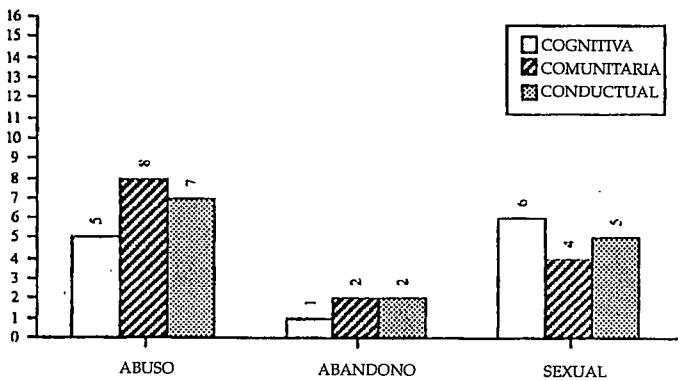
Es a partir de los años ochenta cuando se da una mayor diversidad conceptual y con ello una especificidad de las técnicas terapéuticas asociadas. Concretamente, en el segundo período destaca el tratamiento del abuso infantil con respecto a otros tipos de maltrato, aunque ya no se aborda sólo

desde una perspectiva comunitaria, sino que aumentan los enfoques cognitivos y conductuales. A diferencia del período anterior, aparecen diseños de programas de tratamiento que inciden exclusivamente en el abuso sexual, enfocados desde diversas orientaciones terapéuticas.

**Tabla 5:** Distribución de las técnicas de tratamiento en función del tipo de maltrato al que se dirigen (período 2º: 1981-1986).

TECNICA/TIPO	Abuso	Abandono	A. Sexual	A. Físico	A. Emocional	Total	%
Cognitiva	5	1	6	1	0	13	17,33
Comunitaria	8	2	4	0	0	14	18,67
Conductual	7	2	5	1	1	16	21,33
Otras	8	3	5	0	0	16	21,33
No se especifica	4	4	8	0	0	16	21,33
Total	32	12	28	2	1	75	100
%	42,67	16,00	37,33	2,67	1,33	100	

**Gráfica 5:** Período 2 (1981-1986). Distribución de las técnicas de tratamiento en función del tipo de maltrato.



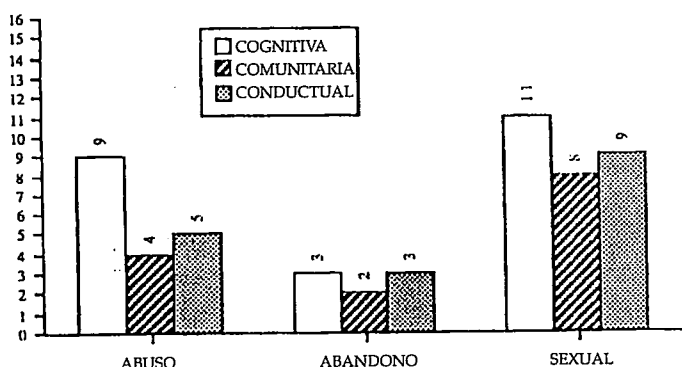
Finalmente, el último período se caracteriza por un importante cambio de enfoque, tanto en relación al tipo de abuso tratado, principalmente sexual (51%), como en el tipo de orientación terapéutica predominante. La orientación cognitiva domina el tratamiento tanto del abuso, como término genérico, como el tratamiento específico del abuso sexual. Cabe mencionar el declive del

enfoque comunitario en relación al tratamiento del maltrato infantil a favor de la orientación cognitiva. Asimismo, y aunque en menos medida que el enfoque cognitivo, la aplicación de técnicas de tratamiento de carácter conductual ha pasado de no tener apenas representación en el primero de los períodos estudiados a un crecimiento en el número de trabajos que las utilizan.

**Tabla 6:** Distribución de las técnicas de tratamiento en función del tipo de maltrato al que se dirigen (período 3º: 1987-1993).

TECNICA/TIPO	Abuso	Abandono	A. Sexual	A. Físico	A. Emocional	Total	%
Cognitiva	9	3	11	2	0	25	25,00
Comunitaria	4	2	8	0	0	14	14,00
Conductual	5	3	9	2	0	19	19,00
Otras	3	0	17	2	1	23	23,00
No se especifica	10	3	6	1	0	20	20,00
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>11</b>	<b>51</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>%</b>	<b>31,00</b>	<b>11,00</b>	<b>51,00</b>	<b>6,00</b>	<b>1,00</b>	<b>100</b>	

**Gráfica 6:** Período 3 (1987-1993). Distribución de las técnicas de tratamiento en función del tipo de maltrato.



## DISCUSION Y CONCLUSIONES

A través de estos tres estudios, se ha pretendido perfilar cuál es el panorama actual del tratamiento de los malos tratos infantiles, desde una perspectiva histórica. Así, desde el año 1973 hasta la actualidad, 1993, se han producido unos cambios sustanciales, tanto en relación a la definición del concepto de abuso, como referidos a las técnicas terapéuticas empleadas por psicólogos y trabajadores sociales. En nuestra opinión, dichos cambios merecen una consideración aparte.

**E**n primer lugar, el ámbito terapéutico se hace eco de esta compleja problemática social sólo a partir de la década de los 80. Durante los primeros años de esta década, aún está abierta la polémica en torno a la definición del problema (Parke y Collomer, 1975, ctdo. en Cerezo, 1992; Burgess y Richardson, 1984), así como a la tipología que comprende. En países como Estados Unidos, durante este primer período, se está haciendo un trabajo de identificación de casos, respondiendo a una primera pregunta obvia relativa a la toma de contacto con un determi-

nado problema social: ¿cuál es su incidencia? Así, en este período, la mayoría de las aproximaciones terapéuticas al problema son de corte comunitario, a un nivel de servicios sociales, que cubre todos los aspectos: identificación del caso, intervención social e individual, aspectos legales, etc.

**P**osteriormente, y a consecuencia de la limitación del concepto de maltrato, que añade un mayor detalle a la definición, incluyendo varios tipos de maltrato, físico, sexual, etc., se produce una mayor especialización de las técnicas de tratamiento dirigidas de una forma específica a cada caso. Como se ha comentado, emergen en el panorama de la intervención las técnicas cognitivas, junto con las conductuales que, a menudo, se combinan. Los datos indican una tendencia hacia planteamientos multidisciplinarios sobre el problema del abuso infantil. Asimismo, el análisis efectuado refleja un mayor interés, cada vez más acusado, del abuso sexual y su tratamiento.

Finalmente, se observa una tendencia a la disminución de trabajos en los últimos años. Esto se debe, como indica el estudio de Cantero y D'Ocon (1994), a un mayor interés en los últimos años por estudios centrados en la prevención del abuso, más que en el tratamiento. Desde nuestro punto de vista, esto refleja una mayor madurez de este campo de estudio. En la actualidad, ya es un hecho la enorme sensibilización social que provoca el mundo de la infancia maltratada. Esta sensibilización, iniciada en los 80, comienza hoy a re-

coger sus frutos, de modo que, prácticamente en la mayoría de los países occidentales, el problema es abordado institucionalmente, a la vez que se cuenta con personal humano cualificado. En definitiva, se ha ido conformando y consolidando una clara infraestructura de intervención en torno a la problemática del maltrato infantil. En nuestra opinión, la tendencia se dirige hacia técnicas multidisciplinarias, que se sirven de la combinación de varios enfoques terapéuticos, así como profesionales, debido a la complejidad que el problema del abuso comporta.

**U**na limitación de este trabajo se relaciona con las fuentes empleadas para la obtención de los datos. Las bases informatizadas empleadas, «Psychological Abstracts» (PA) y «Education Resources Information Center» (ERIC), facilitan información de las publicaciones realizadas en lengua inglesa y publicadas en las revistas seleccionadas por estos repertorios de información. Por esto, las conclusiones extraídas aquí se limitan al campo de investigación de países con esta lengua, principalmente Estados Unidos. Además, el estudio se ha centrado exclusivamente en artículos publicados en revistas, por la mayor accesibilidad que tienen, desde estas bases de datos informatizadas. De todos es sabido que la información recogida en revistas no refleja el campo más actual, ya que desde que se efectúa una investigación, hasta que ésta se plasma en un artículo, o varios, transcurre un período de tiempo no inferior a un año, dependiendo de la revista.

La fuente más dinámica de información son los congresos; sin embargo, es difícil el acceso inmediato a la información que en ellos se transmite. Un síntoma de la vitalidad de este campo de trabajo, el abuso infantil, es la cada vez más numerosa asistencia a los congresos sobre infancia maltratada de profesionales de distintos campos, psicología, servicios sociales, pediatría, jurisprudencia, etc. Actualmente, es posible asistir, por lo menos una vez al año, a reuniones de este tipo de carácter internacional o europeo. La enorme riqueza que en la actualidad existe en este campo de investigación, se refleja en los congresos internacionales sobre abuso y abandono infantil, que se vienen celebrando cada dos años desde 1974, siendo los dos últimos los celebrados en Chicago (1992) y Malasia (1994); y las conferencias europeas, también con carácter bi-anual desde 1987 (París, 1987; Amsterdam, 1989; Praga, 1991; Padua, 1993, y el próximo a celebrar en Oslo, en Mayo de 1995).

**E**l panorama en España también refleja una gran vitalidad. Efectivamente, en nuestro país existen diversos grupos de investigadores, principalmente dentro del ámbito universitario (Universidad del País Vasco, Universidad de Sevilla y Universidad de Valencia), que investigan en este campo. Sus trabajos se centran en la aplicación, en su mayoría dentro del contexto de Servicios Sociales, de programas de prevención y tratamiento del abuso infantil. Sin embargo, nos situamos en un proceso de construc-

ción, que ya empieza a dar algunos frutos. La infraestructura aún no es la suficiente, aunque se están realizando considerables esfuerzos por parte de Asociaciones sobre Infancia Maltratada de diversas Comunidades Autónomas, y por los profesionales del campo. Asimismo, la organización de congresos monográficos sobre este tema a un nivel estatal (Barcelona, 1989; San Sebastián, 1991; Madrid, 1993 y Sevilla, a celebrar en Noviembre de 1995) refleja el creciente interés en la investigación sobre infancia maltratada en nuestro país.

## BIBLIOGRAFIA

- AMMERMAN, R.T. (1990): «*Etiological models of child maltreatment*». A behavioral perspective. *Behavior Modification*, 14, pp. 230-254.
- BURGESS, R.L. y RICHARDSON, R.A. (1984): «*Coercive interpersonal contingencies as a determinant of child abuse: Implication for treatment and prevention*». En M.F. Dangel y M.A. Poster (Eds.) *Behavioral Parent Training*. NY Guilford, pp. 239-259.
- CANTERO, M.J. y D'OCON, A. (1994): Intervención comunitaria en la prevención del maltrato infantil: estrategias primarias y secundarias. En G. Musitu *Intervención Comunitaria*. Unidad 2. Cap. 5, pp. 85-96. Editorial Set i Set. Valencia.
- CEREZO, M.A. (1990): «*Programa de asistencia psicológica a familias con problemas de relación y abuso infantil. Memoria anual*». Generalitat Valenciana. Con-

sellería de Treball y Seguretat Social.  
Direcció General de Serveis Socials.

CEREZO, M.A. y D'OCON, A. (en prensa): «*Maternal Inconsistent Socialization: an interactional pattern in Maltreated Children*». *Child abuse review*, 4, nº 1.

CEREZO, M.A. (1992): «*Programa de Asistencia Psicológica a Familias con Problemas de Relación y Abuso Infantil*». Generalitat Valenciana.

D'OCON, A. (1994): Factores en el mantenimiento de las relaciones coercitivas madre-hijo en familias con proble-

mas de abuso infantil. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.

STARR, R.H., DUBOWIT, H. y BUSH, B.A. (1990): «*The epidemiology of child maltreatment*». En R.T. Ammerman y M. Hersen (Eds.). *Treatment of family violence. A sourcebook*. Wiley-interscience publication.

WOLFE, D.A. (1985): Child-abusive parents: an empirical review and analysis. *Psychological Bulletin*, 97, pp. 462-482.

WOLFE, D.A. (1991): *Preventing physical and emotional abuse of children*. Guilford Press.

---

<sup>(1)</sup> Este trabajo ha sido realizado gracias a la beca nº PS91-0132 perteneciente al «Plan Nacional de Investigación» DGYCIT del Ministerio de Educación y Ciencia.

# LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO EDUCATIVO EN RESIDENCIAS INFANTILES: ANALISIS DE UNA EXPERIENCIA

EDUCATIVE TREATMENT PROGRAMMES FOR CHILDREN IN RESIDENTIAL CARE. AN EXPERIENCE ANALYSIS

**PILAR LAPETRA CODERQUE**

*Pedagoga. Servicio de Infancia. Diputación Provincial de Sevilla.*

## RESUMEN

En este artículo explicamos la metodología empleada para el diseño de la intervención educativa en residencias de protección a la infancia. Se detalla la herramienta básica, constituida por los Programas de Tratamiento Educativo, especificando su finalidad, características, áreas y apartados (objetivos, estrategias y evaluación). Se hace una breve referencia a su evolución en nuestro Servicio y se describe la situación actual, incluyendo algunos resultados. Se recogen las ventajas de esta forma de trabajo y las dificultades encontradas en su puesta en práctica.

## ABSTRACT

In this article, we explain our methodology for designing the educative intervention with children in protective residences. We detail the basic instrument: Educative Treatment Programmes, writing about the goals, characteristics, areas and parts (objectives, strategies and way of valuation). Short history of them in our Children Protecti-

ve Service. We describe the present situation, including some results. We relate the advantages and the difficulties we have found in our practise.

## INTRODUCCION

**E**l Servicio de Infancia de la Diputación Provincial de Sevilla es un recurso de atención para niños maltratados. Cuenta con 6 pequeñas residencias denominadas Comunidades Infantiles con capacidad para 12 niños (de 6 a 18 años) cada una y un Centro de Acogida para 20 niños (de 0 a 6 años) como máximo. Las Comunidades actualmente recogen una gran parte de niños/as preadolescentes y adolescentes. En el tiempo que los niños están en las casas, y tras un período de observación, se elabora un Programa de Tratamiento Educativo Individual que se revisa anualmente (excluyendo al Centro de Acogida donde la estancia es corta y transitoria). Llevamos seis años consecutivos realizando estos programas.

Una manera de garantizar la coherencia educativa es centrarse en aspectos

concretos de la intervención. El trabajo educativo en residencias no está actualmente reglado o definido como lo está en las escuelas, entre otras razones porque los contenidos de aprendizaje instrumental y académico de la escuela la ayudan a organizar los niveles mínimos y a definir objetivos, establecer actividades, temporalizar los contenidos y a seleccionar modos de evaluación; mientras que en las residencias, carecer de contenidos «materializados» dificulta el enfoque y la precisión de la intervención.

En las residencias, lugares donde viven los niños, la intervención toma toda la amplitud de la vida cotidiana. Por tanto, nos enfrentamos a la difícil tarea de «educar» en el sentido más extenso de la palabra. Abarcamos múltiples campos, pero, dado que estamos abordando el trato con sujetos emocionalmente dañados, zarandeados por las condiciones de vida en las que se han desarrollado, carentes de un soporte social acogedor, limitados en su desarrollo, dolidos hacia las personas y recelosos hacia el ambiente que les rodea, esta tarea educativa incluye una importante carga rehabilitadora, terapéutica; este trato se convierte en «tratamiento», empleando las posibilidades de la educación para ayudar al niño/a a adquirir las habilidades sociales necesarias para enfrentar la realidad de su vida y prepararlo para un futuro diverso en función de los distintos parámetros de cada situación. En este sentido lo reconoce Quintana Cabanas cuando afirma «el niño es sujeto de un planteamiento de educación especial no docente, sino

compensatoria, que incluye elementos terapéuticos» (1). Por otro lado Gaudin expone: «El cuidado terapéutico de los niños requiere, a través de valoraciones individuales, identificar problemas específicos de tipo cognitivo, físico, emocional y comportamental, así como la intensidad de los mismos, de igual manera requiere el contacto diario entre los niños y el personal a su cuidado para llevar a cabo las actividades terapéuticas planificadas y alcanzar los objetivos específicos para cada niño»(2).

**T**odos reconocemos como prioritario desarrollar actuaciones (que pretendemos eficaces) para la consecución de metas con los niños, pero hasta hace bastante poco no se empieza a hablar de la concreción, en cuanto a acciones, de la intervención. Hay cuestiones muy básicas, y, clásicamente definidas (sobre todo las referidas a aspectos materiales de más fácil visualización y control) que están en la mente y, normalmente, en el trabajo de todos, pero hay una gran cantidad de necesidades y opciones de mayor complejidad que presentan una gran dificultad para el abordaje. En la literatura del educador social, nos hemos movido sobre premisas y definiciones genéricas, más de tipo filosófico y de declaraciones de principios que sobre un terreno realmente operativo de actuación. Es aquí donde nosotros comenzamos a trabajar en el año 90, cuando reconocemos la necesidad de especificar cómo vamos a materializar ese «buen trato» que pretendemos proporcionarle al niño y cómo vamos a «desarrollar sus potencialidades». Nuestra manera de hacerlo va a ser la



sistematización en la elaboración de los Programas de Tratamiento Educativo (PTEs).

## FINALIDAD DE LOS PROGRAMAS

Definir la intervención educativa con cada niño/a: recogiendo los objetivos, estrategias y modo de evaluación. Se pretende ayudar al niño en su desarrollo, constituyendo para él un punto de referencia estable y procurando homogeneizar las pautas de actuación de los distintos adultos que tratan con él en la residencia (3).

**L**os programas están referidos al trabajo interno con el niño/a en la casa, al tratamiento educativo que recibe de los educadores que conviven con él. Aparte, y complementándose mutuamente, existen programas de trabajo socio-familiar y tratamientos específicos: psicológicos, psiquiátricos, médicos, logopédicos, etc., en función del diagnóstico inicial y de las características particulares de cada caso. Todo esto se planifica coordinadamente.

## CARACTERISTICAS DE LOS PROGRAMAS

El Programa de Tratamiento Educativo ha de ser:

- 1) **Global.** Atendiendo a la totalidad de las necesidades educativas del niño.
- 2) **Coherente.** De manera que los objetivos que se persiguen estén armonizados.

- 3) **Flexible.** Permitiendo contemplar posibles incidencias en su aplicación sin alterar lo esencial del programa.
- 4) **Preciso.** Enunciando con exactitud lo que se pretende determinar.
- 5) **Realista.** Señalando metas y objetivos susceptibles de cumplirse en la realidad.
- 6) **Claro.** Siendo comprensible para todas las personas que lo manejen.
- 7) **Cambiante.** Posibilitando nuevos planteamientos sobre la base de ejecuciones anteriores, sometiéndose a revisión periódica en un proceso de análisis, reflexión y ajuste continuo.
- 8) **Formativo.** Favoreciendo la búsqueda de nuevas estrategias que mejoren la calidad de la intervención.
- 9) **Evaluable.** Posibilitando la valoración de los resultados y actuando en consecuencia con los mismos.

## AREAS DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO EDUCATIVO

**D**espués de revisar y analizar las distintas posibilidades de clasificación por áreas, elegimos la siguiente categorización (4). Lo interesante del trabajo que hacemos es que una vez identificadas las áreas comenzamos a definir objetivos concretos para cada una de ellas, incorporándolos a un listado que, poco a poco, vamos construyendo (5). Sucede a veces que, dada la

dificultad de compartimentalizar la vida cotidiana, objetivos pertenecientes a dos áreas diferentes están muy próximos.

1. **HABITOS BASICOS.** Están contenidos aquí todos los hábitos personales de autocuidado, diferenciamos varias subáreas, agrupadas en función del hábito básico que potencian. Tiene actualmente definidos 134 objetivos, distribuidos como sigue:
  - 1.1. Aseo personal. (45 objetivos)
  - 1.2. Higiene de la boca. (7 objetivos)
  - 1.3. Comportamiento en la mesa. (15 objetivos)
  - 1.4. Aspecto externo. (13 objetivos)
  - 1.5. Sueño. (10 objetivos)
  - 1.6. Cuidado y orden de objetos de uso personal. (25 objetivos)
  - 1.7. Tareas de la casa. (19 objetivos)
2. **RELACIONAL.** Hace referencia a la capacidad para establecer contactos con las personas de su entorno social en la esfera de lo afectivo interpersonal. Los sujetos de la relación lo constituyen: los hermanos (si los hay), los compañeros del colegio, los amigos, los educadores y otros adultos que lo rodeen. Cuenta actualmente con 39 objetivos.
3. **EMOCIONAL.** Incluye todo lo relativo a los afectos y al comportamiento. La intervención en este apartado pretende conseguir la adquisición de un buen equilibrio emocional, a través de una adecuada manifestación de los sentimientos y la posibilidad de expresar el mundo interno propio, ajustándose a las normas sociales establecidas. Tiene definidos 45 objetivos.
4. **ESCOLAR.** Aquí se recogen los objetivos planteados con respecto a la evolución académico-escolar de cada niño/a. Motivación, programas, técnicas de estudio, apoyo o refuerzo escolar, etc. A veces la sustituimos por una denominada académico-laboral, debido a las edades de los niños y a sus expectativas de tipo formativo-profesional. En este momento se trabaja con 54 objetivos diferentes.
5. **EXPANSION.** Se aborda todo lo relativo al uso del tiempo libre, incluyendo las diversas actividades: deportivas, lúdicas, organizadas, de ocio, personal preferencia y libre elección. Hay especificados 43 objetivos distintos.
6. **ATENCIONES ESPECIALES.** Aquí se relacionan cuestiones de importancia y, a su vez, específicas que no caben en las áreas anteriores. Están identificadas 25 cuestiones en la actualidad.

El número total de objetivos identificados y definidos hasta la fecha asciende a 387.

Dentro de cada área se relacionan tres apartados, tal como se enunció en la finalidad de los Programas: los objetivos, las estrategias asignadas a cada uno de ellos y la manera en que se evaluarán los mismos. En realidad las

estrategias son el punto central de los programas, el aspecto más delicado, el más útil y, quizás, el más interesante (por el esfuerzo metodológico realizado). Actualmente hay especificadas 790 estrategias, directamente asignadas a los diversos objetivos definidos. En cuanto a la evaluación, hay relacionadas siete fórmulas, aunque suelen usarse habitualmente dos de ellas.

## EVOLUCION DE LOS PROGRAMAS

En el primer acercamiento que hicimos a la elaboración de los PTEs, en 1990, una vez determinadas las áreas y definidos sus posibles contenidos, cada tutor expresó los objetivos que le parecían podían ir incluidos en dichos apartados. Esto planteó un primer problema: no todo lo recogido eran objetivos, ni estaban formulados como tales. Cuando estas dificultades podían estar salvadas, nos encontramos con el serio problema de la unificación, es decir, se usan distintas palabras, frases o expresiones para referirse a una misma cosa o a algo parecido.

Justo a continuación, elaboramos una relación formulando muchos de los objetivos que se podían perseguir en la intervención con los niños, algunos de ellos habían sido empleados con anterioridad, aunque expresados en términos distintos, y muchos de ellos fueron pensados en función de las áreas y definidos por primera vez. Esto se hizo como un trabajo previo para la elaboración de los programas al curso siguiente. Se tuvieron en cuenta los objetivos ya recogidos y se incluyeron

otros muchos en este listado de objetivos que, en relación con las áreas, se consideraban susceptibles de ser necesitados.

**E**l trabajo sobre las estrategias es más arduo. En realidad las estrategias son orientaciones pedagógicas para la intervención, recogen la acción del adulto que guiará los pasos del niño. Cada objetivo usado hasta la fecha se corresponde con un buen número de estrategias posibles para la intervención. Se emplea la misma formulación para estrategias idénticas. Se ha ido elaborando, al igual que con los objetivos, un listado de estrategias (6), de las cuales absolutamente todas han sido usadas. Es un instrumento dinámico que va aumentando paulatinamente en función de nuestras necesidades.

Por otro lado, a lo largo del tiempo hemos ido denominando a estos programas de distinta manera: PTI (Programa de Trabajo Individual), PTEI (Programa de Trabajo Educativo Individual), ya que creíamos necesario incluir la calificación de «educativo» en el encabezamiento del programa. Actualmente estamos considerándolos como PTE (Programa de Tratamiento Educativo), por parecernos más cercana esta formulación al tipo de tareas realizadas y por ser la palabra «trabajo» sumamente amplia y nada específica.

## METODOLOGIA PARA SU ELABORACION

Cada programa lo diseña la pedagoga junto con dos educadores pertenecien-

tes a la Comunidad Infantil donde vive el niño, uno de estos educadores es el coordinador del equipo educativo, de manera que pueda garantizarse el conocimiento y puesta en práctica del programa por parte de todos los adultos que están en contacto con el niño. Los pasos son los siguientes:

- 1º) En una primera sesión de trabajo revisamos la situación del niño/a, elaborando un informe estructurado bajo las mismas áreas que el PTE. Contamos con el PTE anterior y, si se tiene, con el registro de seguimiento de los objetivos definidos en ese programa. Se maneja además el listado de objetivos convenientemente actualizado. Con todo esto se elabora el programa actual, seleccionando aproximadamente 10 objetivos en total. Si hubiera que definir objetivos nuevos, éstos se incorporan, una vez que se les ha dado forma, en el listado correspondiente, numerados y registrados en el área apropiada. La formulación es única por objetivo, una vez éste está definido engrosa el listado, de manera que puede ser empleado cuando convenga.
- 2º) El paso siguiente, fundamental para la consecución de los objetivos y para guiar los pasos de los educadores en el trato con el niño, es la elaboración de las estrategias. Habitualmente este paso necesita una nueva sesión. Cada objetivo se acompaña en el programa de aquellas acciones que deberá poner en práctica el adulto para alcanzar las metas previstas. Actualmente sólo tienen estrategias definidas los objetivos que han sido seleccionados al menos una vez. Hay objetivos que, en función de su dificultad de consecución, o de su múltiple elección para niños/as de edades diferentes, tienen adjudicadas una larga relación de estrategias. Se adjudican 2 ó 3 estrategias por objetivo en cada programa.
- 3º) El tercer paso es seleccionar, relacionándolos, los instrumentos para la evaluación de los objetivos seleccionados. Esta fase es la que actualmente menos desarrollada se encuentra.
- 4º) El programa se escribe y se somete al formato correspondiente. Hay que destacar que para trabajar con esta metodología es absolutamente imprescindible el uso del soporte informático conveniente. Sería impensable el manejo de los datos, listados, objetivos, estrategias y programas sin la facilidad que la tecnología informática nos proporciona hoy en día.
- 5º) A continuación el programa se expone al conjunto de educadores del equipo y se comienza a llevar a cabo.
- 6º) En último lugar, el seguimiento por parte del Equipo Educativo que está llevando a cabo el programa y la revisión con la Pedagoga, para modificarlo, renovarlo o continuarlo.

## Observaciones:

1ª) La existencia de un programa y la concreción de la intervención en el mismo no significa que no se incida en los multiplísimos aspectos que engloba la vida cotidiana. Hay todo un conjunto de cuestiones que nunca pueden ser olvidadas. Pero el programa favorece la focalización de la atención educativa en aquellos apartados que son resistentes a la actuación «global» y que requieren una concentración de esfuerzos para su consecución.

2ª) Todos los programas se han hecho, lógicamente, para niños/as concretos. Las estrategias se han pensado, definido y elaborado sobre personas «reales», existentes, con caras, características y circunstancias de vida particulares.

## SITUACION ACTUAL

Con respecto a la formulación y elecciones de objetivos y estrategias, en este momento, nos encontramos con que, en las distintas áreas explicitadas más arriba, el nivel de elaboración de los listados se encuentra de la siguiente manera (7):

### 1. HABITOS BASICOS. Relacionados por subáreas.

1.1. Aseo personal.  
Elegidos 15 objetivos sobre 45.  
Formuladas 70 estrategias.

1.2. Higiene bucal.  
Elegidos 1 objetivo sobre 7.  
Formuladas 4 estrategias.

1.3. Comportamiento en la mesa.  
Elegidos 9 objetivos sobre 15.  
Formuladas 51 estrategias.

1.4. Aspecto externo.  
Elegidos 5 objetivos sobre 13.  
Formuladas 20 estrategias.

1.5. Sueño.  
Elegidos 4 objetivos sobre 10.  
Formuladas 10 estrategias.

1.6. Cuidado y orden de objetos de uso personal.  
Elegidos 14 objetivos sobre 25.  
Formuladas 72 estrategias.

1.7. Tareas de la casa.  
Elegidos 8 objetivos sobre 19.  
Formuladas 39 estrategias.

1. HABITOS BASICOS: 56 objetivos elegidos sobre 134. Formuladas 266 estrategias.

2. RELACIONAL: 29 objetivos elegidos sobre 38. Formuladas 125 estrategias.

3. EMOCIONAL: 25 objetivos elegidos sobre 45. Formuladas 129 estrategias.

4. ESCOLAR: 25 objetivos elegidos sobre 54. Formuladas 126 estrategias.

5. EXPANSION: 26 objetivos elegidos sobre 43. Formuladas 114 estrategias.

6. ATENCIONES ESPECIALES: 7 objetivos elegidos de 26. Formuladas 27 estrategias.

## Resumen:

**E**n total han sido elegidos para trabajar educativamente con los niños 168 objetivos diferentes de un total de 387 definidos, lo cual supone el 43,5% del total, es decir, casi la mitad de los objetivos recogidos han sido utilizados en alguna ocasión. Para estos 168 objetivos seleccionados se han desarrollado 790 estrategias, correspondiendo a una media de 4/5 estrategias por cada objetivo. En el caso de las estrategias, todas han sido usadas, pues se definen una vez elegido el objetivo. Puede haber objetivos sin seleccionar, debido a que se construyó un listado inicial bastante amplio, pero nunca puede pasarle esto a las estrategias, ya que éstas se han ido desarrollando posteriormente, emergiendo tras la asignación de los objetivos.

## RESULTADOS

Gracias a la sistematización que hemos diseñado y que estamos intentando generalizar en nuestra práctica, es posible hacer algunos estudios y valoraciones de los distintos apartados que componen los programas, preguntándonos acerca de: ¿Qué objetivos más preocupan?, ¿Qué comportamientos pretenden modificar?, ¿Qué manera de abordarlos seleccionamos?, ¿Es eficaz la intervención?

Son algunas de las cuestiones a las que respondemos a través de esta forma de abordar el tratamiento. Podemos reflejar algunos resultados. En referencia a los objetivos que más preocupan, la si-

tuación está como sigue. (Seleccionamos las cuatro Comunidades que más tiempo llevan trabajando con esta sistemática).

1. Con respecto a los hábitos básicos, los objetivos más veces seleccionados para trabajar con ellos son los siguientes.

a.3. Ordenar, al menos una vez a la semana, sus enseres personales (ropa, libros, juguetes).

Comunidad A: 13 elecciones en 24 programas.

Comunidad B: 18 elecciones en 43 programas.

Comunidad C: 18 elecciones en 19 programas.

Comunidad D: 02 elecciones en 02 programas.

**TOTAL 51 ELECCIONES EN 88 PROGRAMAS**

b.20 Lavarse los dientes.

Comunidad A: 01 elecciones en 24 programas.

Comunidad B: 10 elecciones en 43 programas.

Comunidad C: 10 elecciones en 19 programas.

Comunidad D: 00 elecciones en 02 programas.

**TOTAL 21 ELECCIONES EN 88 PROGRAMAS**

c.8. Mantener en la mesa las normas de educación.

Comunidad A: 02 elecciones en 24 programas.

Comunidad B: 06 elecciones en 43 programas.

Comunidad C: 04 elecciones en 19 programas.

Comunidad D: 00 elecciones en 02 programas.

**TOTAL 12 ELECCIONES EN 88 PROGRAMAS**

2. Con respecto al ámbito relacional el objetivo más veces seleccionado ha sido:

**B.1. Traer amigos a casa.**

Comunidad A: 01 elecciones en 24 programas.

Comunidad B: 10 elecciones en 43 programas.

Comunidad C: 02 elecciones en 19 programas.

Comunidad D: 01 elecciones en 02 programas.

**TOTAL 14 ELECCIONES EN 88 PROGRAMAS**

3. En el terreno emocional:

**C.13. Tratar sin agresión, verbal o física, a sus compañeros, amigos o educadores.**

Comunidad A: 08 elecciones en 24 programas.

Comunidad B: 05 elecciones en 43 programas.

Comunidad C: 10 elecciones en 19 programas.

Comunidad D: 00 elecciones en 02 programas.

**TOTAL 23 ELECCIONES EN 88 PROGRAMAS**

4. Con respecto al área académico-escolar, se elige prioritariamente:

**D.3. Leer todos los días, con objeto de mejorar su velocidad y su comprensión lectora.**

Comunidad A: 13 elecciones en 24 programas.

Comunidad B: 18 elecciones en 43 programas.

Comunidad C: 18 elecciones en 19 programas.

Comunidad D: 02 elecciones en 02 programas.

**TOTAL 51 ELECCIONES EN 88 PROGRAMAS**

5. En el ámbito del tiempo libre:

**E.10. Mantener contactos periódicos con niños/as de su edad.**

Comunidad A: 06 elecciones en 24 programas.

Comunidad B: 06 elecciones en 43 programas.

Comunidad C: 06 elecciones en 19 programas.

Comunidad D: 01 elecciones en 02 programas.

**TOTAL 19 ELECCIONES EN 88 PROGRAMAS**

6. Correspondientes a atenciones especiales:

**F.3. Psicoterapia.**

Comunidad A: 00 elecciones en 24 programas.

Comunidad B: 01 elecciones en 43 programas.

Comunidad C: 02 elecciones en 19 programas.

Comunidad D: 00 elecciones en 02 programas.

**TOTAL 03 ELECCIONES EN 88 PROGRAMAS**

**CONSIDERACIONES EN TORNO A LA ATENCION EDUCATIVA EN RESIDENCIAS**

Este modo de trabajar, que puede parecer obvio una vez que nos introducimos en él, no es igualmente considerado ni compartido por diferentes recursos de atención residencial en el extranjero, y por los profesionales que se encargan de ellos. Así, por ejemplo, hay servicios que consideran que el tratamiento rehabilitador es proporcionado

en exclusiva por el terapeuta que atiende al niño y, por tanto, el trabajo a realizar en la residencia es simplemente de acogimiento y soporte emocional, sin entrar en más especificidad de cómo hacer esto, es decir, no desarrollan PTEs por considerarlos innecesarios.

**E**xisten otros centros especializados que, por el contrario, entienden que son las personas que conviven con los niños/as las que abordan los difíciles comportamientos que éstos exhiben. Estos centros, aunque dotados de terapeutas responsables de cada caso, se dedican muy especialmente al tratamiento rehabilitador-terapéutico de tipo educativo. El educador responsable de cada niño trabaja estrechamente unido al terapeuta, compartiendo y analizando ambos los sucesos de la vida cotidiana de cada niño/a en cuestión. En este caso sí se definen objetivos concretos de la intervención educativa que son incluso compartidos con el niño para, juntos, luchar por la consecución de éstos. Este tipo de centros llegan, incluso, a estar oficialmente regulados, incluyendo en la reglamentación la obligatoriedad de la planificación individual, seguimiento y evaluación de cada caso como un requisito mínimo de calidad (8) y (9).

## VENTAJAS

Creemos que la utilidad de asumir esta sistemática de trabajo viene dada porque:

1. Centramos el trabajo en aspectos concretos de cada niño, lo cual nos

ayuda a visualizar el progreso (o, en su caso, el fracaso), sabiendo realmente cuáles han sido los avances del niño y, por añadidura, los efectos de nuestra intervención.

2. Los objetivos van siendo trabajados y homogeneizados para toda la población. Es decir, aunque el listado es amplísimo y está permanentemente abierto a nuevos objetivos en función de las necesidades, aquellos que están definidos le dan cuerpo a los programas. No homogeneizamos el trato con los niños, homogeneizamos y nos esforzamos por determinar la secuencia escrita de la intervención, tanto a nivel de metas (objetivos) como a nivel de actuaciones que las posibiliten (estrategias).
3. Analizamos con anterioridad a la ejecución del programa cómo tendremos que hacer para conseguir el objetivo, es decir, planificamos y prevemos la actuación. Esto constituye el diseño de la intervención; una vez pensado y compartido es llevado a cabo por el grupo con la mayor coherencia posible, salvando las diferencias individuales.
4. Establecemos la manera de observar cómo evoluciona el objetivo en el tiempo. Para ello usamos diversos registros elaborados al efecto.
5. Temporalizamos la intervención.
6. Revisamos la situación de cada niño/a, reflexionando sobre la for-



ma más adecuada de aproximarnos a sus dificultades y buscando la mejor manera de desarrollar sus potencialidades.

7. Podemos obtener resultados, establecer conclusiones y hacer estudios diversos.
8. Utilizamos una metodología sistemática y científica en un ámbito donde tradicionalmente ésta no se ha venido usando.
9. Nos estimulamos en nuestro trabajo puesto que se establece un antes y un después, hay resultados, es una metodología automotivadora.

## DIFICULTADES

1. La implantación definitiva de esta forma de funcionamiento. Comenzamos a trabajar en ella hace seis años, y, aunque actualmente está bastante avanzada, la sistemática no está todavía completamente afianzada en el Servicio.
2. La lentitud que, inicialmente, lleva todo el proceso. Hemos ido diseñando fórmulas de hacer las cosas, hemos probado, hemos visto sus dificultades, hemos ido ajustándonos más a lo real. El listado de estrategias hemos tenido que escribirlo una a una por cada objetivo de los 88 programas realizados. Acostumbrarnos todos a trabajar con metodología. Creer en ello...
3. La complejidad de la intervención.

4. La asimilación y ejecución del proceso de evaluación.

5. La no comprensión por parte de miembros de la organización de la conveniencia de funcionar así, lo cual se traduce en falta de apoyos y en la no elaboración de los programas para todos los niños.
6. La imposible homogeneización del tratamiento de los diversas personas que intervienen. Hay demasiados adultos relacionándose con los niños.

## CONCLUSIONES

**P**ensamos que este es el camino, la única manera de ir garantizando una mayor calidad educativa, no sólo intencional, sino actuacional, en la atención a la infancia dentro de las residencias. Profesionalizar realmente el servicio prestado. Materializar, a través de documentos escritos, lo pensado, diseñado y actuado, así como sus resultados. Identificar qué acciones están contraindicadas y posibilitar su erradicación. Contar con múltiples posibilidades de trato ante las muchas veces complicadas situaciones que nos presentan los niños.

**D**e esta manera vamos construyendo, entre todos los profesionales que abordamos este complejo trabajo, una especie de vademécum pedagógico específico, pensado para nuestra especial, y tantas veces gratificante, población. Hay que destacar especialmente la necesidad de trabajar constituyen-

do un equipo cohesionado que crea en esta metodología y se esfuerce día a día en vencer las dificultades que se encuentran en el camino. Asimismo, el hecho de integrarse en un grupo es una buena forma de obtener el estímulo necesario para trabajar con alegría. No es fácil, pero podemos hacer muchas cosas desde nosotros mismos.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) QUINTANA CABANAS, J.M.: «Pedagogía Social». Editorial DYKINSON. Madrid, 1984. Pág. 380.
- (2) GAUDIN, J.M.: «Child Neglect: A Guide for Intervention». NCCAN National Center on Child Abuse and Neglect. Department of Health and Human Services. Washington DC, 1993. Pág. 42.
- (3) LAPETRA CODERQUE, P.: «Comunidades Infantiles: Marco teórico de intervención». Servicio de Infancia. Diputación de Sevilla. Area de Asuntos Sociales. Documento interno de trabajo. Octubre de 1990.
- (4) LAPETRA CODERQUE, P.: «Los Programas de Trabajo Individual: Definición, características y áreas». Servicio de Infancia. Diputación de Sevilla. Area de Asuntos Sociales. Documento interno de trabajo. Noviembre de 1990.
- (5) LAPETRA CODERQUE, P.: «Programas de Trabajo Educativo Individual: Listado de objetivos». Servicio de Infancia. Diputación de Sevilla. Area de Asuntos Sociales. Documento interno de trabajo. 1ª Elaboración Septiembre de 1991. Última revisión diciembre 1995.
- (6) LAPETRA CODERQUE, P.: «Listado de estrategias. Material para la elaboración de los P.T.E.I.». Servicio de Infancia. Diputación de Sevilla. Area de Asuntos Sociales. Documento interno de trabajo. 1ª Elaboración Noviembre de 1992. Última revisión diciembre 1995.
- (7) 88 Programas individuales de tratamiento educativo realizados hasta la fecha.
- (8) Residential Child Care Facilities. Issued by: The Office of Child Care Services. The Colorado Department of Social Services. Denver, Colorado, 1983. Artículo 7.705.1.
- (9) Minimum Rules and Regulations for Specialized Group Facilities. Issued by: The Office of Child Care Services. The Colorado Department of Social Services. Denver, Colorado, 1984. Artículo 7.709.24.

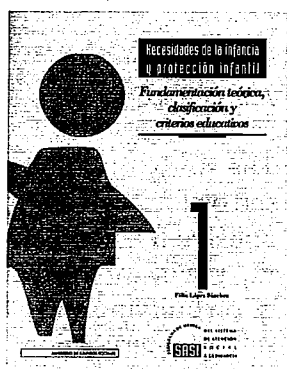
# Publicaciones del Programa de Mejora del Sistema de Atención Social a la Infancia



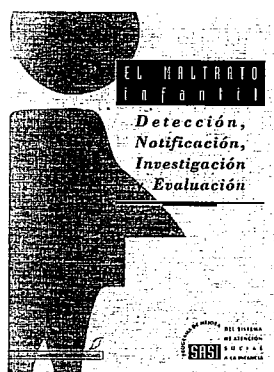
MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES

Dirección General del Menor y la Familia

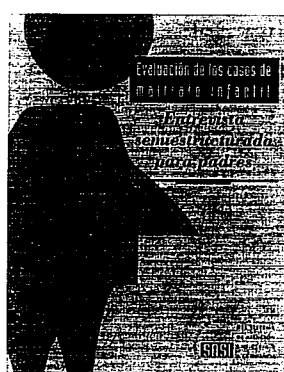
PROGRAMA DE MEJORA  
DEL SISTEMA  
DE ATENCIÓN  
SOCIAL  
A LA INFANCIA  
**SASI**



VOL. 1 y 2 P.V.P. 950 ptas.



P.V.P. 1.818 ptas.



P.V.P. 1.413 ptas.



P.V.P. 2.827 ptas.

Información y venta al público: Librería Centro de Publicaciones del Ministerio de  
Asuntos Sociales. Plaza San Amaro, 5 - Madrid - Teléfono (91) 570 73 00

# ESTUDIO Y MODELO DE INTERVENCION DE LA VIOLENCIA INTERPERSONAL EN CENTROS EDUCATIVOS

ANALYSIS AND INTERVENTION MODEL OF BULLYING AT SPANISH SCHOOLS

**ISABEL FERNANDEZ GARCIA**

*Profesora IFP Pradolongo*

## RESUMEN

El análisis de la violencia interpersonal dentro de la escuela se centra en las relaciones intimidatorias, agresivas y de maltratos que se dan entre alumnos. Se revisa el marco teórico de conocimiento sobre dicho fenómeno y se propone un modelo de intervención basada en tres niveles: sensibilización y toma de conciencia por parte de la comunidad educativa que debiera quedar plasmado en el PEC, introducción curricular y métodos de participación activa del alumnado, y por último atención directa a los agentes en conflicto. Se proponen estrategias específicas a cada nivel flexibles y ajustadas al contexto educativo matizando sus debilidades y dificultades para su puesta en práctica.

**Palabras clave:** violencia interpersonal, educación, intervención educativa, maltrato entre compañeros, modelos de intervención educativa.

## ABSTRACT

The study of bullying at school is based on the aggressive, intimidating and abusive relation between peers. There is a review of the theoretical knowledge on bullying and a three level proposal for intervention; social awareness of the problem at the school level which should be portrayed in the PEC (School policy Program), curricular development and participatory student methods, and specific attention to bullies and victims. Various strategies for intervention are explained for the different levels taking in consideration the difficulties and drawbacks of their applicability in the educational realm.

## INTRODUCCION

Cuando un chico inicia su andadura en un centro escolar se sumerge en un mundo nuevo, habitado por compañeros, iguales con quienes ha de con-

---

Este trabajo se ha realizado dentro del proyecto de investigación: (SF-095-06-59) del Plan Nacional I+D, "Estudio de los problemas de violencia interpersonal entre escolares de primaria y secundaria".

## LA VIOLENCIA ESCOLAR DENTRO DEL SISTEMA EDUCATIVO

La reforma del sistema educativo, que se ha concretado en la nueva Ley de Educación y en un nuevo diseño curricular prescriptivo para la educación obligatoria, incluye en sus contenidos, como áreas transversales, la educación para la convivencia y el desarrollo sociopersonal, la educación en los valores democráticos y en el respeto a las diferencias, la educación para la paz y la coeducación. Para que estos ámbitos educativos se desarrollen adecuadamente es necesario profundizar en el estudio de la dinámica escolar que crea el clima en el que el aprendizaje se lleva a cabo.

La violencia es parte de la dinámica escolar y usualmente ha sido tratada desde la perspectiva de conducta disruptiva o problema de disciplina. Sin embargo, los actos violentos están sujetos a un extenso sistema de relaciones interpersonales donde las emociones, los sentimientos y los aspectos cognitivos están presentes y configuran parte del quehacer educativo. Todo esto forma un entramado que, ligado a las situaciones familiares de cada alumno y al ámbito social de la escuela, describe un escenario no falto de complejidad.

Cuando los comportamientos de los alumnos no encajan con los valores, motivaciones u objetivos del proceso educativo, a menudo surgen los actos disruptivos dentro del aula o en diferentes dependencias de la es-

vivir y con los que ha de aprender sobre su identidad y la del otro. Las relaciones que surgen en dichas circunstancias se convierten en cruciales para la vida social del joven y del niño de temprana edad. El otro, el igual no sólo es compañero de juegos sino confidente, aliado y fuente de apoyo en situaciones de estrés, vínculo relacional de la amistad. Los compañeros escolares son por ello una fuerza socializadora fundamental tanto en el desarrollo personal como emocional del niño y el adolescente.

**S**in embargo, para algunos de ellos estas relaciones se convierten en problemáticas. Son aquellas situaciones donde se sienten rechazados, ignorados o maltratados por sus propios compañeros y que pueden constituir causa de gran infelicidad y fuente de problemas de personalidad.

Las relaciones interpersonales en el medio escolar están siendo objeto de un creciente interés en los trabajos de la psicología de la educación, que ponen el acento en la influencia de los factores de convivencia entre iguales como agentes socializadores esenciales para el desarrollo personal, y como fuente de interpretación de gran número de conductas y actitudes de los jóvenes.

La siguiente reflexión es un estudio de las relaciones interpersonales negativas dentro del marco escolar, y muy especialmente el de la violencia interpersonal entre alumnos.

cuela. Si además se infringe daño físico, verbal o psicológico a otro miembro de la comunidad, ya sea adulto o de «entre sus iguales», se considera violento. La violencia puede ser indirecta, o no dirigida hacia una persona, sino hacia enseres u objetos dentro de la institución, y en este último puede acabar en vandalismo o destrozo. En última instancia, estos actos de destrozo no son más que un síntoma, la afloración de un desajuste entre norma y acto.

Es quizás por esto, que cualquier incidencia que implique conflicto con tonalidades de agresión, se interprete comúnmente como indisciplina y se proceda a su encuadramiento dentro del engranaje tradicional de faltas contra las Normas de Convivencia del Centro. Al actuar sistemáticamente en las escuelas siguiendo este único modelo preceptivo, nos encontramos que no afloran los conflictos interpersonales como elemento de negociación y entendimiento, y a menudo, no se indaga en las relaciones que provocaron el altercado. Este continuo actuar de forma puntual provoca desazón en el profesorado que observa cómo el clima de clase, se convierte en un lugar de enredos y tensiones sin saber cómo llegar a la raíz del problema y desplazarlo. Las motivaciones y sentimientos negativos que ocasionaron la agresión no es fácil que afloren y por ello se mantienen en el anonimato. Así lo más corriente es que perdure el conflicto, pues aunque se resuelva el incidente, no se ha llegado hasta sus causas.

Esta continua repetición de actos disruptivos y agresiones que, a menudo, se dan en las escuelas es producto de muchos factores, ajenos incluso al propio sistema escolar. Así se apunta a factores sociales, desestructuración familiar, falta de salidas profesionales, violencia en los medios de comunicación, etc. Estas consideraciones, sin embargo, no inhiben de la necesidad de obtener una respuesta dentro del marco escolar. Sólo en aquellos casos en que los problemas de agresiones sobrepasen las posibilidades de actuación de la propia institución escolar sería necesario ponerse en contacto con agentes exteriores tales como: asistentes sociales, policía, centro de salud, etc.

**L**a complejidad de los comportamientos disruptivos dentro del aula, junto con la lentitud de cambio de actitudes de los agentes en conflicto, desalientan a los profesionales de la enseñanza y proporcionan un marco idóneo para la repetición del modelo preceptivo: **Agresión-tutor-jefe de estudios-Reglamento de Régimen Interno-Consejo Escolar- Castigo.**

Este modelo, aunque ineficaz en muchos casos, es el único modelo válido puesto que arbitra unos pasos concretos que implican una norma. Además está apoyado por la fuerza de la ley, pues ha sido prescrito por BOE en el Real Decreto del 2 de Junio de 1995 que establece los Derechos y Deberes de los alumnos y tiene carácter homologador en cuanto que sirve de interpretación para todo el territorio MEC. Pero en ningún caso contempla estrategias con-

cretas de prevención, métodos alternativos de negociación o tratamiento individualizado de los agentes en conflicto.

**E**l complejo sistema de relaciones que rodea al hecho violento abarca a todos los agentes que participan en la acción educativa: alumnos, padres, profesores y personal no docente, aunque aquellas situaciones denominadas «conflictivas» suelen detectarse en la relación alumno-profesor o alumno-alumno. Es precisamente en esta última díada donde centramos el análisis y cuya indagación teórica nos sirve de modelo de interpretación del entramado de relaciones interpersonales dentro del contexto educativo.

## LA VIOLENCIA INTERPERSONAL ENTRE ALUMNOS

Las agresiones y violencia entre alumnos adquieren distintas formas: Algunas son más exteriores o físicas, otras pueden manifestarse más soterradamente y sólo mostrarse de forma verbal. En muchas ocasiones se nutre de presiones y juegos psicológicos que en último término acaban por coaccionar y minar al más débil de la relación. Abarcan una amplia gama de conductas que pueden concluir en maltrato personal entre compañeros, en rechazo social de algún chico y/o en intimidación psicológica.

Se trata de situaciones en las cuales uno o varios escolares toman como objeto de su actuación injustamente agresiva, a otro/a compañero/a y lo someten,

por tiempo prolongado, a agresiones físicas, burlas, hostigamiento, amenazas, aislamiento, etc., aprovechándose de su inseguridad, miedo y dificultades personales para pedir ayuda o defenderse. Este comportamiento es llamado «**bullying**» en el mundo anglosajón y «**mobbing**» en el mundo escandinavo. Es difícil una traducción acurada de estos vocablos ya que son términos coloquiales que se refieren a una amplia gama de conductas.

Las consecuencias de este tipo de situación son complejas y multifacéticas. Se involucran no ya sólo aquellos que desarrollan el proceso de intimidación, humillaciones, agresiones, sino todos los demás agentes que al no participar o bien consienten el acto (compañeros) o bien desconocen (padres, profesores) y en ambos casos refuerzan la acción intimidatoria, no participando o consintiendo.

**D**an Olweus de la Universidad de Bergen desarrolló los primeros criterios para detectar el problema de forma específica y clara (Olweus, 1978), permitiendo diferenciarlo de otras posibles interpretaciones como: juego turbulento, acto disruptivo, incidente puntual o bromas y relaciones de jugueteo entre iguales propias del proceso de maduración del individuo.

La violencia interpersonal, o «**bullying**», se refiere a una acción en la que un individuo es agredido, intimidado por otro/otros individuos convirtiéndose en víctima incapacitada para defenderse por sí misma.

Para que una agresión se considere «**bullying**» ha de cumplir los siguientes requisitos:

- a) La acción tiene que ser repetida, ha de haber ocurrido durante un tiempo prolongado.
- b) Existe una relación de desequilibrio de poder, de indefensión. Víctima-agresor. No puede referirse a una pelea puntual entre dos individuos en igualdad de condiciones, en equilibrio social, psicológico.
- c) La agresión puede ser física, verbal o psicológica.

Física referida a agresiones del cuerpo, verbal referida a insultos, motes, burlas, etc., y psicológicas referidas a aislamientos, rechazos, chantajes, etc.

El espectro de tipos de bullying es muy amplio y variopinto. La mayoría de los autores (Smith & Thompson, 1989, Olweus, 1978, Tattum & Lane, 1989) lo identifican con acciones intimidatorias donde se dan una serie de combinaciones de agresiones físicas, verbales y psicológicas. Autores como Besag (1989) añaden el «aspecto moral de intención», de difícil cuantificación, aunque elemento importante en cuanto a la modificación de comportamiento y cambio de actitud.

Hasta el momento, los trabajos de investigación sobre este tema se han centrado más en estudios descriptivos que en aportaciones explicativas de inter-

pretación teórica. La urgencia en detener dichos actos y la necesidad de desarrollar un entramado de intervenciones para paliar y prevenir estos hechos ha estimulado la elaboración de diseños donde se agrupan la exploración, la descripción y la intervención educativa.

## NATURALEZA Y ORIGEN DE LA VIOLENCIA INTERPERSONAL

Las consecuencias de este tipo de violencia interpersonal pueden ser altamente nocivas para los agentes involucrados. Para la víctima, puede convertirse en motivo de fracaso escolar, trauma psicológico, riesgo físico, causa de profunda ansiedad, infelicidad, problemas de personalidad y en definitiva un sinfín de insatisfacciones y riesgos innecesarios y lesivos para el desarrollo de cualquier individuo. Para el agresor puede ser la antesala de una futura conducta delictiva, una interpretación de la obtención del poder a base de la agresión que se perpetúa en su vida adulta, una supra valoración del hecho violento como socialmente aceptable y con recompensa; y para los compañeros observadores, una actitud pasiva y complaciente ante la injusticia y un modelado equivocado de la valía personal.

Olweus (1979) describe al agresor como un muchacho con temperamento agresivo e impulsivo, y a las víctimas de temperamento débil y tímido. De lo que se recoge que los agresores suelen tener deficiencias en habilidades sociales para comunicar y negociar sus de-



seos, y las víctimas acusan falta de autoestima y asertividad. Igualmente, (Olweus, 1980), encontró que existía una correlación entre los agresores y la procedencia de hogares con un alto nivel de agresiones y violencia entre los miembros de la familia.

Este aspecto intrafamiliar ha sido estudiado extensamente en la psicología de maltratos y agresiones en las familias en U.S.A. (Harris & Reid, 1981) que explican cómo niños coartados y expuestos a ambientes agresivos en sus casas actuarán de forma parecida en el patio de colegio. Igualmente (Patterson, DeBarryshe & Ramsay, 1989) sugieren que los factores familiares que predisponen para un alto nivel de agresión son: falta de cariño entre los padres o en la familia, el uso de la violencia física dentro de la familia y falta de normas de conducta claras y constantes. Otra interpretación mantiene que los padres de niños socialmente agresivos emplean técnicas inadecuadas para su control.

Las actitudes racistas son también causa de agresiones entre alumnos, como ejemplo el caso en Inglaterra del niño pakistaní que falleció en un patio de colegio (Burnage Case). Y dada la creciente oleada de jóvenes rapados de tendencias intolerantes y con manifiesta animadversión hacia gentes de origen diferente, no es difícil que nos encontremos con una creciente orientación en este sentido. Igualmente, habrá que valorar la incidencia de casos de violencia interpersonal contra niños, compañeros de integración, que debido a su condición de minusvalías físi-

cas o psíquicas presentan mucha mayor probabilidad de convertirse en objeto de burlas y agresiones por parte de sus propios compañeros.

En cuanto al género en los casos de violencia interpersonal, se ha observado de forma repetida en los diferentes estudios (Ortega, 1994) (Olweus, 1978), que el agresor es varón en la mayoría de los casos. Sin embargo (Smith, 1994) plantea la hipótesis de que dado que las niñas tienden a utilizar elementos psicológicos para sus intimidaciones, y debido a la dificultad de ejemplificar y explicitar dichas agresiones, sutiles y poco evidentes, puede que la violencia interpersonal, por parte de ellas, haya sido menospreciada o ignorada. Cabe pues la posibilidad de que futuras investigaciones aclaren los niveles de agresividad por parte de las niñas. La víctima puede ser tanto chico como chica repartiéndose en un 50%-50%.

Muchos otros factores han sido incluidos en el estudio de la violencia interpersonal como: lugar, curso del agresor, de la víctima, actitud de los observadores, etc., que deben ser valorados en cada escuela en particular, ya sea de primaria o de secundaria y teniendo en cuenta su ubicación geográfica.

## FACTORES ESCOLARES

La escuela y sus normas juegan un papel decisivo en casos de actos de violencia y también en los actos disruptivos. Es esencial el mantenimiento de un código conocido por los alumnos y unas pautas de actuación concisas.

La violencia, como ya hemos mencionado, frecuentemente se vive en situaciones de actos disruptivos en el aula. La disrupción dentro del aula atiende a una necesidad de replanteamiento metodológico por parte del profesor. La disrupción, a diferencia de la violencia interpersonal es tema prioritario para el profesorado aunque no lo es tanto para el alumnado. Sin embargo, en ambos casos, las consecuencias recaen directamente sobre el alumnado. En el caso de la disrupción, el fracaso escolar y dificultad en el aprendizaje son características habituales en las aulas con un alto nivel de disrupción, y en el caso de la violencia interpersonal, los actos agresivos incuban un clima de maltrato psicológico, verbal e incluso físico, que en algunos casos genera un mar de fondo que tarde o temprano aflora en la marcha del proceso escolar.

**E**n ambos casos, desde el grupo clase y desde las normas escolares se puede actuar con sistematización para contrarrestar la situación. De ahí la importancia de responsabilizar y concienciar al alumnado sobre su propia dinámica como grupo y sobre su capacidad de decisión en casos de agresiones. En algunos casos, estudiantes especialmente problemáticos pueden generar un deterioro tal del clima de clase que se haga necesaria su separación, u otra medida de atención individualizada. Sin embargo, el agente que mayor fuerza tiene en la creación de un ambiente de comunicación que propicie el aprendizaje y las relaciones positivas, es sin duda el gran grupo de alumnos, que o bien no participa acti-

vamente, o apoya de forma intermitente a los alumnos especialmente disruptivos. Es, en estos casos, donde el profesorado se siente más impotente y frustrado. Importa recalcar la fuerza de los otros, de los que no son agentes protagonistas, puesto que, dependiendo de la actitud que adopten frente a los actos de disrupción y de agresión dentro del aula, se podrá mantener un clima adecuado o no.

Para favorecer la comunicación entre profesores-alumnos y alumnos-alumnos, posiblemente, el factor más influyente sea la creación de un contexto educativo donde el alumno pueda expresar sus miedos y dificultades a través de canales de comunicación abiertos para todo el alumnado, tales como sistemas de mediación o la creación de un grupo de alumnos o profesores dispuestos a escuchar las quejas e incertidumbres. El miedo y la dificultad de encontrar la persona adecuada a quien comunicar las situaciones de conflicto o de riesgo inciden en una escalada de agresiones y ocultamientos que conducen a un empeoramiento de la situación de agresión.

**L**os factores dentro de la escuela que inciden negativamente en el control y prevención de las agresiones pueden resumirse en:

- Poca o escasa supervisión de los recreos. (Especialmente primaria).
- Falta de respuesta de apoyo a la víctima por parte de los alumnos que no están implicados directamente en las agresiones.

- Falta de reglas precisas sobre hechos de esta índole.
- Comunicación pobre o escasa entre alumnos y profesores.
- Falta de cohesión y coordinación entre los profesores.
- Ausencia de participación por parte de los profesores y alumnos en la toma de decisiones.
- Disciplina laxa y/o ambigua, o por lo contrario extremadamente rígida y temida.

### **¿QUE HACER DENTRO DEL MUNDO ESCOLAR PARA PREVENIR Y CONTRARRESTAR LA VIOLENCIA INTERPERSONAL?**

**E**l modelo que a continuación se propone se basa en generar un proceso de internalización de la necesidad de actuar en estos casos, tanto por su evidente daño para la víctima implicada, como por la necesidad de propiciar un estado de bienestar y seguridad dentro del marco escolar que promueva las relaciones interpersonales positivas entre los diferentes miembros de la comunidad escolar. Creemos que el proceso de toma de conciencia del problema, discusión y análisis de posibles soluciones y el diseño de un proyecto de convivencia son las piezas claves para un eficaz declive de los niveles de agresión dentro de un centro escolar.

El modelo tiene tres elementos clave:

- a) Toma de conciencia.
- b) Desarrollo curricular.

- c) Tratamiento a los agentes involucrados en casos de violencia interpersonal.

### **A) TOMA DE CONCIENCIA**

En esta primera fase habrá que evidenciar la necesidad de intervenir en casos de violencia interpersonal puesto que se pueden detectar, a pesar de su carácter oculto. Hasta el momento la fórmula más eficaz ha sido el pase de un cuestionario anónimo al alumnado en el que se indaga sobre sus relaciones con sus compañeros y la multitud de circunstancias que rodean esas relaciones.

**L**a toma de conciencia supone una reflexión por parte del profesorado de su rol y modelo de comportamiento ante los alumnos. La promoción de actitudes, comportamientos y normas de participación, comunicación y respeto entre los alumnos exige que se faciliten formas de participar, métodos de comunicación y una revisión de los modos y formas sobre las que sustentamos nuestras relaciones dentro del centro escolar.

Uno de los mayores dilemas en esta fase es llegar a un consenso sobre qué es, y qué no es permisible. Trazar la línea de lo socialmente aceptable y de aquello que trasgrede la norma. Las normas se traducen en reglas, los colegios son organizaciones gobernadas por reglas. Sin embargo, las reglas son fabricadas en el seno de la vida escolar. Están implícitas en todas las relaciones sociales y son instrumentos ex-

plícitos de autoridad y control. Una de las funciones de las reglas es dar estructura a la interacción social, y sirven para reducir incertidumbre, confusión y ambigüedad. Intentan regularizar la justicia y asegurar un trato justo, pero no hemos de olvidar, que las reglas no son fijas e inmutables, están abiertas a la interpretación, negociación y modificación. De ahí la necesidad de elaborarlas a través de un proceso.

**E**ste proceso de toma de conciencia implica el desarrollo de unos principios éticos, una filosofía de base que ha de sustentar tanto al contenido como al proceso. El contenido se refiere tanto a la organización estructural, los roles, las normas, los valores, la agrupación de los alumnos por aula clase o como se considere más oportuno, y la metodología ha de favorecer la convivencia, el aprendizaje y el contenido curricular. El proceso se refiere al estilo y naturaleza de las relaciones, y también a la dinámica de información que se propicie dentro de la escuela. La transformación, si se ha de dar, necesita ir acompañada de un cambio de actitudes y comportamientos por parte del profesorado y del alumnado, y no sólo de los proyectos escritos en una hoja de papel o de cambios en los modelos organizativos del colegio.

Lo idóneo es involucrar a los alumnos, a los profesores, personal no docente y padres en esta reflexión, o toma de conciencia. De las experiencias llevadas a cabo en el contexto educativo español no dejamos de considerar la dificultad

que supone la baja participación de los padres en los centros escolares.

En esta fase se ha de promover la revisión, o, en su caso, la redacción de un Reglamento de Régimen Interno donde se contemple la existencia de la violencia interpersonal y sus modos de tratamiento. Hasta la fecha habrá que remitirse al BOE del 2 de junio, 1995 que regula los Derechos y Deberes de los alumnos y donde se incluyen aspectos interesantes con respecto al tratamiento de la violencia interpersonal.

En dicho Decreto se proponen los siguientes aspectos:

- **Introducción.** Un marco de convivencia y autorresponsabilidad que haga prácticamente innecesaria la adopción de medidas disciplinarias.
- **Artículo 6.** La comisión de convivencia deberá resolver y mediar en los conflictos, adoptando medidas preventivas (Art 7).
- **Artículo 43.** Apartado 1. Las correcciones tendrán un carácter educativo y recuperador además de garantizar el respeto a los derechos del resto de los alumnos y 16 procurarán la mejora de las relaciones de todos los miembros de la comunidad educativa.
- **Artículo 12.** Los centros establecerán planes de acción positiva para garantizar la plena integración de todos los alumnos del centro.

El desarrollo del RRI dentro del PEC tendrá un carácter reeducador y debería contemplar un plan alternativo al de sanciones y ajustar adecuadamente

a las condiciones especiales de cada centro. Aquí se deberán examinar los siguientes aspectos:

- Definir lo que se considera como violencia interpersonal.
- Plantear métodos de prevención.
- Razones para intervenir.
- Los efectos de la violencia en los alumnos y profesores.
- Objetivos del programa que se pretende llevar a cabo.
- Estadísticas generales de la violencia en la escuela.
- Información sobre posibles estrategias para la intervención.
- Mecanismos de puesta en práctica de dichas estrategias.
- Posibles cambios organizativos, si los hubiera.
- Fórmulas de participación de padres en apoyo del programa.
- Evaluación de los resultados.
- Aspectos del hecho violento que no pueden ser trabajados dentro del marco escolar. Dónde y Cómo desviarlos a otros organismos.
- Contactos con otras entidades de apoyo; Centros de Salud, Policía, Asistentes sociales, Casa Hogar, etc.

Abarcar todos estos aspectos sólo puede hacerse penetrando en las siguientes fases de la intervención, que suponen una ayuda para promover métodos alternativos de intervención.

## B) TRATAMIENTO CURRICULAR

**E**l entramado de las relaciones interpersonales dentro de las escuelas queda bajo el paraguas al currículum oculto. Las habilidades sociales necesarias para abordar de forma comunicativa y clara las relaciones con el otro, son entendidas a través del vivir cotidiano. Es por ello inferible que la amistad, los sentimientos y su expresión, los conflictos entre compañeros, y el respeto al otro no tengan un espacio curricular, y muy especialmente en el caso de enseñanzas secundarias. No es menos evidente que muchos de nuestros alumnos tienen serias deficiencias en unas relaciones fluidas con sus compañeros, desde la dificultad de hacer amistades leales, hasta el continuo recurso del abuso de poder dentro de las relaciones.

El tratamiento curricular de dicha temática presenta varias características:

- 1º Hay que enclavarlas dentro de unas áreas y no de otras. Así por ejemplo lengua, sociales, plástica y tutoría son claramente más cercanas a la temática.
- 2º Se trata no sólo de plasmarlo en Unidades Didácticas, lo cual es posible, Fernández (1991), sino en utilizar procedimientos que provoquen la

necesidad de pedir y recibir ayuda, de comunicar, de compartir y de sin- cerarse con el compañero.

3º No hay tradición de incluir estos contenidos dentro del currículum por parte del profesorado.

4º Se debe abordar desde una perspec- tiva de transversalidad enraizada en Educación para la Paz, o Educación para el Desarrollo Socio-personal.

En el nivel de contenidos se puede abarcar desde el análisis de conflictos en movimientos sociales hasta la inti- midad de los sentimientos, o el apren- der a escuchar y ser escuchado.

Otro aspecto importante es la creación de un banco de recursos basados en li- teratura infantil y juvenil y/o vídeos referidos a conflictos de violencia in- terpersonal como modelos para iniciar el diálogo.

**E**l programa de acción tutorial de los centros debería contemplar la violencia interpersonal entre alumnos como tema para ser abordado cada año escolar hasta cuarto de la ESO. A par- tir de entonces el nivel de riesgo del alumnado decrece significativamente. La revisión periódica de las normas de relaciones es fundamental para que no queden sumergidas en el olvido y vuel- van a darse persistentes rebrotes de intimidaciones entre alumnos. Los es- tudios efectuados hasta la fecha (Smi- th & Sharp, 94; Olweus, 89) aconsejan una revitalización periódica del tema, pues aunque la violencia interpersonal

no puede eliminarse totalmente como elemento relacional, sí puede reducir- se sustancialmente el grado y tiempo de la intimidación, al crearse un am- biente de atención y priorización sobre ella.

**L**as estrategias procedimentales basadas en técnicas cooperativas de enseñanza también pueden ser com- partidas en muchas áreas. Los métodos cooperativos de enseñanza, además de ofrecer ventajas a nivel académico y cognitivo para los alumnos: aprenden con sus iguales y consolidan sus cono- cimientos al interpretar para el otro y con el otro los contenidos que se han de discutir, también traen consigo unos beneficios en cuanto a equiparar al gru- po y atribuir un valor a cada miembro, sin premiar de forma sobresaliente las mejores cualidades de ninguno de sus miembros.

En los colegios de primaria y primer ci- clo de secundaria donde los recreos son recintos cerrados. En estos espacios los niños/niñas no salen al exterior y por ello constituyen lugares de máxima atención para prevenir los casos de vio- lencia interpersonal. El recreo es el ám- bito donde ocurre el mayor número de agresiones según los estudios efectua- dos hasta la fecha. Entre un 50% y un 75% de las agresiones se producen en horas de recreo y/o comedor, es decir horas de juego libre, no estructurado, y en muchos casos con escasa supervisión. Las experiencias efectuadas hasta la fe- cha para su mejora (Sharp & Smith, 94) muestran la necesidad de observar los movimientos de los alumnos dentro del

recinto reservado al recreo y ajustar los cambios a los intereses de los propios alumnos, determinar los lugares de mayor riesgo o de difícil acceso para su supervisión y redistribuir actividades variadas para dar cabida a los diversos intereses de los alumnos.

**E**l dilema que se presenta al promover una intervención activa es la idea que el «juego» de los niños crecería en calidad, como experiencia personal si los adultos intervienen. Se entiende por ello que toda intervención tendrá que tomar como objetivo el promover un juego rico en componentes personales donde el niño, y el adolescente se desarrollen con plenitud. El modelo de intervención más generalizado es el propuesto por Blatchford, P (1994, pág. 117) que propone considerar:

- a) El medio ambiente de recreo, es decir la ordenación arquitectónica, la decoración, el hábitat y su distribución y organización espacial y temporal.
- b) Las relaciones interpersonales: la amistad, las agrupaciones, las peleas, las relaciones adulto-alumno, los líderes y las relaciones de poder.
- c) La supervisión, la cantidad y calidad de personas supervisando los recreos, la formación, la intervención en conflictos y la actitud de dicha intervención.

Como simple ejemplo citaremos unas cuantas variaciones que se pueden incluir:

- Incorporar bancos, lugares para sentarse.
- Creación de espacios para la tertulia, actividad tranquila.
- Preguntar a los propios alumnos qué transformaciones querrían incorporar.
- Distribuir las actividades de juego físico de pelota en zonas no centrales.
- Incorporar una zona de juegos cooperativos a los que pueda incorporarse todo tipo de alumnado.
- Proporcionar instrucción formal sobre técnicas de control de peleas o conflictos al personal que supervisa, especialmente en la diferenciación entre juego turbulento y pelea desleal.
- Crear espacios contruidos o diseñados por los propios alumnos como elementos de creatividad. Ej: jardín oloroso y táctil (trabajado en el área de naturales), espacio musical con colgantes sonoros (trabajado en el área de plástica), etc.
- Distribuir horarios para los juegos de equipos.
- Revisar el lugar de recreo para posibles peligros físicos con objetos extraños y/o peligrosos.
- Dibujar o pintar zonas desangeladas o carentes de interés.
- Rentabilizar el espacio y no priorizar actividades como fútbol, baloncesto que exigen mucho espacio para el uso de pocos individuos.
- Distribuir los recreos de diferentes clases en diferentes momentos.

Otra técnica curricular utilizada para el análisis de la violencia interpersonal por parte de los alumnos ha sido la de

**Círculos de Calidad**, donde se indaga sobre las condiciones y problemas que plantean los casos de violencia interpersonal, se analiza un aspecto del problema, se propone una solución, se presenta a la dirección y se incluye, una vez revisada, dentro de la dinámica de la escuela (Sharp & Smith, 1994). Basada en la idea de Calidad Total de la industria y con un marcado carácter democrático y de estima personal y valor grupal desarrolla en los alumnos una capacidad de toma de decisiones tras identificar y priorizar los problemas. Además, permite la expresión de sus sentimientos y opiniones con claridad dentro del Círculo y promueve el desarrollo de la autoestima y del valor de pertenencia a un grupo en igualdad de condiciones.

**S**in embargo, el método que más rápidamente se impone en las escuelas en U.S.A. e Inglaterra es el denominado **Método de Mediación**. Se puede dar en diferentes formatos pero se basa en unos principios claros:

- a) El conflicto es parte integrante de las relaciones entre seres humanos, lo importante es canalizarlo y resolverlo.
- b) Son los propios estudiantes quienes pueden ayudarse entre sí, previo entrenamiento en las habilidades para solucionar eficazmente dichos conflictos.

Se trata de crear una cadena de personas dentro de la escuela, especialistas en casos de conflictos, o simplemente, capaces de escuchar y orientar a otra

persona. Se identifica como cadena puesto que primero se necesita un experto: un profesor, el orientador que haya sido formado en las técnicas de la mediación y que entrene a su vez a otro número de profesores que a su vez entrenen a alumnos mayores, y estos a su vez a alumnos más pequeños.

Podemos concretar resumiendo los cuatro modelos que se dan más corrientemente en las escuelas:

»**Peer counselor**» En el que una serie de alumnos de forma voluntaria se presta a ser consejero de otros compañeros con necesidad de ser oídos. Estos actúan como oyentes de los problemas o necesidades de comunicación de otros compañeros. Se les proporcionan unas pautas claras sobre cuándo contar a los profesores, valorando la gravedad de los hechos comunicados. Se hace hincapié en la escucha activa y nunca prometen confidencialidad aunque sí respetan en todo caso la información personal.

»**Mediadores**» Un grupo de alumnos y/o profesores se hace experto en técnicas de mediación en casos de conflictos. Los alumnos involucrados en disputas, e incluso en el caso de encontronazos entre bandas, pueden recurrir al método de mediación para llegar a un acuerdo. Es un método alternativo al sistema de sanciones y las partes en conflicto deben acceder a pasar por el proceso de mediación. Los mediadores de nuevo son voluntarios que a su vez



pueden entrenar a alumnos más pequeños en esas técnicas. Las partes en conflicto han de llegar a un acuerdo pactado y rubricado con su firma, tras unas sesiones donde se clarifican los hechos y los sentimientos de las partes y se analizan las consecuencias acaecidas.

»**Ayudantes de recreo**» Hasta el primer ciclo de secundaria el recreo es el lugar de mayor riesgo y donde se produce el mayor número de incidentes de violencia entre compañeros. En este caso un grupo de alumnos de cursos superiores es entrenado para mediar en casos de peleas, riñas o conflictos serios. Así, se les enseña a distinguir entre juego turbulento y pelea desleal. Aprenden a comunicar el mensaje de paz y entendimiento a sus otros compañeros. También en otros casos pueden servir como instructores u organizadores de actividades. Vienen participando en el desarrollo de juegos de patio donde pueden confluir niños y niñas de diversos intereses. Ej: el pañuelo, el avión, etc. Se crea de este modo una diversidad de espacios de recreo donde se da cabida a actividades para chicos y chicas que no necesariamente participan en juegos de equipos de pelota: fútbol, baloncesto.

»**Hermano mayor**» Un alumno de un curso superior se encarga de ayudar a alumnos recién llegados al Instituto. Este modelo es especialmente apropiado para la transición de escuelas de primaria a secundaria y, los mayores, debidamente entrena-

dos, pueden servir de guías para esos alumnos recién llegados y con menor edad que estadísticamente muestran un alto nivel de ansiedad y miedo a la llegada al nuevo centro escolar. También puede servir de parapeto para la creciente práctica de novatadas que incluso quedan reflejadas en el Art 45 de los RD de los Derechos y Deberes de los alumnos como causa de sanción.

**E**l mayor problema del sistema de Mediación dentro de las escuelas reside en la necesidad de una formación inicial por parte de uno o dos profesores del claustro y el posterior desarrollo de un sistema de voluntariado. No por su dificultad hemos de determinar su nulidad ya que los niveles de participación en la gestión y dinámica escolar deberían tender a incrementarse con la entrada en la ESO. En última instancia, deberíamos generar un sistema de participación real de los alumnos donde ellos se involucrarán en la detección y solución de los problemas de violencia interpersonal.

### C) TRATAMIENTO DIRECTO DE LOS AGENTES EN CONFLICTO

Cualquier alumno que persistentemente se vea involucrado en casos de violencia interpersonal, tanto como agresor o como víctima y a pesar de la intervención del sistema escolar necesitará de ayuda específica para resolver su disposición o situación de riesgo.

En el caso de la víctima y dado su marcado carácter de indefensión y falta de

autoestima se aconseja entrenamiento en técnicas asertivas. En algunos casos (Sharp & Smith, 1994) se han realizado pequeños grupos de alumnos que extraídos del grupo clase eran instruidos en técnicas básicas de asertividad. Estas apuntan no sólo al aprendizaje a través del role playing de situaciones de riesgo y su fórmula de respuesta, tales como, decir no, dar a conocer su punto de vista, despistar al agresor, sino también técnicas de defensa personal y de fuga. En todo caso se acenúa la necesidad de ser practicadas y utilizadas en condiciones reales de su vida cotidiana y que no quedan simplemente en modos de hacer. Los resultados obtenidos con estos pequeños grupos de alumnos han sido altamente satisfactorios, en escuelas de primaria y de secundaria donde se han llevado a cabo.

Lo que no se debe olvidar es que la víctima necesitará ayudarse a sí misma, aprender a defenderse por sí misma, y aquí es donde el contexto escolar debe favorecer su inserción en el grupo clase con un margen de normalidad. Por tanto el uso de procedimientos grupales y refuerzo positivo por parte del profesorado hacia el individuo victimizado debería simultanearse con el tratamiento individualizado.

El caso del agresor es mucho más complejo. A menudo se ha observado que sus rasgos más significativos son la falta de empatía hacia el sentir de la víctima y la falta de sentimiento de culpabilidad. Además la falta de control de la ira y el nivel alto de los sesgos de

hostilidad que caracterizan al agresor contribuyen a que éste interprete sus relaciones con los otros como fuente de conflicto y de agresión hacia su propia persona. Se configura así un cuadro bastante complejo para abordar.

La técnica más aconsejada es la versión de role-play en la que se intenta que el agresor perciba los sentimientos de la víctima dramatizando situaciones en las que actúa como víctima. Sin embargo no todos los agresores mejoran en su conducta a través de estas técnicas, en cuyo caso se propone el sistema de méritos en el que se cree un sistema de recompensas basadas en buenos comportamientos. Esto se puede articular en contratos personales donde según se van alcanzando mejores niveles de convivencia se van pactando nuevos premios hasta que lentamente se retire el refuerzo y se llegue a una normalidad de conducta. Este sistema puede ser apoyado por un sistema de méritos dentro del colegio donde semanal o mensualmente se otorgan premios a los alumnos que hayan actuado mejor con los demás compañeros o en su comportamiento en general. La definición de buenos actos tendría que ser debatido por alumnos y profesores para llegar a acuerdos de qué se quiere considerar como prosocial. En algunos otros casos, el castigo es el único mediador posible y se tendrá que actuar con ajuste a las prescripciones del Real Decreto de Derechos y Deberes.

Por último, mencionar el **Método Pikas**, desarrollado por el Profesor

Anatole Pikas (1989), ampliamente utilizado para disuadir a una banda de agresores en su ataque hacia un compañero. Se trata de una serie de entrevistas con los agresores y víctima de forma individual en la que se intenta crear un campo de preocupación mutua o compartida y donde se acuerdan estrategias individuales de ayuda a la víctima.

**E**n todo caso el tratamiento individualizado debe correr a cargo del orientador o profesor altamente entrenado en estas técnicas. Los cambios de actitudes y conductas son lentos y sus resultados no se mostrarán hasta pasados meses e incluso años. En ningún caso estos tratamientos deberían estar desvinculados de una acción conjunta curricular y de la filosofía general de centro. El tratamiento que los diferentes individuos vayan recibiendo debería ser apoyado por los profesores que les imparten clase que aunarán esfuerzos para unos mejores resultados.

## CONCLUSIONES

La violencia interpersonal entre alumnos se produce en todo centro escolar con mayor o menor grado. La falta de información y de sensibilización hacia los hechos violentos impiden que salgan a la luz como sería aconsejable. El tratamiento y proceso de intervención se debería incluir dentro de la filosofía de convivencia de los centros escolares, y por ende dentro del PEC y a su vez en el Reglamento de Régimen Interno. Las relaciones interpersonales, y muy especialmente las ne-

gativas o conflictivas, pueden ser tratadas como elementos transversales dentro del área transversal del desarrollo socio-personal.

Son importantes y aconsejables las medidas preventivas que todo centro escolar puede adoptar para mejorar la incidencia de intimidaciones o maltratos entre alumnos. Estas pasan por cambios curriculares introduciendo nuevos temas conceptuales donde tengan cabida los sentimientos y las emociones. Asimismo, los procedimientos metodológicos con el trabajo en pequeños grupos, y las técnicas cooperativas, donde se favorezca el respeto al otro -como compañero- y al esfuerzo común, son instrumentos adecuados para el fomento de los valores del respeto a la diferencia y la solidaridad con el otro.

La comprensión de la complejidad del fenómeno de violencia interpersonal ha de favorecer no tanto un sistema de castigos, sino sistemas de negociación y mediación del conflicto, en los que todos los miembros involucrados, incluida la mayoría silenciosa que consiente, se hagan cargo de su responsabilidad de no favorecer ni permitir que dichos conflictos se prolonguen. La creación de canales de comunicación dentro del marco escolar a través de los que toda persona en situación de riesgo pueda comunicar sus incertidumbres a otra persona de la comunidad -sea alumno o profesor-, y la obtención de la certeza de que será escuchado y de que se actuará para solventar la situación.

Cada vez se apunta más a tratamientos sistémicos donde actuando desde una filosofía de base dentro del PEC, un tratamiento curricular, tanto en contenidos como en procedimientos, y una atención individualizada a los agentes

## BIBLIOGRAFIA

BESAG, V. (1989): *Bullies and Victims in Schools*. London Open University Press. pág. 4

FERNANDEZ, I. y OTROS (1991): *Violencia en la escuela y en el entorno social. Una aproximación didáctica*. Madrid. Ed. CEP de Villaverde.

HARRIS, A. y REID, J.B. (1981): *The consistency of a class of coercive child behaviors across school settings for individual subjects*. Journal of Personality and Social Psychology, 9, 219-227.

OLWEUS, D. (1978): *Agression in the schools: Bullies and whipping boys*. Washington, D.C. Hemisphere.

OLWEUS, D. (1979): *Stability of aggressive reaction patterns in males: A review*. Psychological Bulletin, 86, 852-875.

ORTEGA, R (1994): *Violencia interpersonal en los centros educativos de enseñanza secundaria. Un estudio sobre el maltrato e intimidación entre compañeros*. Revista de Educación. MEC, 304, 253-280.

en conflicto, confluyan para promover las actitudes de respeto al otro, convivencia pacífica y comunicación activa dentro del marco educativo renovado y puesto al día.

PATTERSON, G.R, DEBARYSHE, B. D. y RAMSAY, E. (1989): *A developmental perspective on antisocial behavior*. American Psychologist, 44, págs, 329-355.

PIKAS, A (1989): *The common concern method for the treatment of mobbing*. En Roland, E & Munthe, E (Eds) *Bullying: An International Perspective*. London. Favid Fulton. págs., 91-105.

SHARPE, S. y SMITH, P.K. (1994): *Tackling Bullying in your school*. Routledge. London.

SMITH, P.K. y THOMPSON, D. (1991): *Practical Approaches to Bullying*. London. David Fulton Publishers, págs., 1-12.

SMITH, P.K. y SHARPE, S. (1994): *School Bullying. Insights and perspectives*. Routeledge. London.

TATTUM, D.P. y LANE, D.A. (1989): *Bullying in schools*. Stoke-on -Trent: Trentham Books, págs., 7-19.

## DOCUMENTACION - CRITICA DE LIBROS

### MANUAL DE PROTECCION INFANTIL

*Autores:* JOAQUIN DE PAUL OCHOTORENA,  
M<sup>a</sup> IGNACIA ARRUABARRENA

*Editorial:* MASSON, 1996

**E. M. SANCHEZ ESPINOSA**

El avance en nuestro país del conocimiento e interés por los temas relacionados con la protección infantil comienza a dar sus frutos. Un magnífico exponente de este progreso lo constituye, sin lugar a dudas la publicación de **Manual de Protección Infantil**.

**L**os autores de este volumen han sido pioneros del estudio, la investigación y la divulgación del Maltrato Infantil en nuestro país. Los colaboradores que abordan los diferentes capítulos son asimismo un buen ejemplo de cómo el campo de la protección infantil se enriquece con la visión de profesionales, investigadores y expertos de diferentes disciplinas y ámbitos.

El libro presenta cualidades que los lectores sabrán reconocer, entre ellas es preciso destacar en primer lugar su **oportunidad**. Este manual viene a responder a una necesidad constatada del ámbito de los profesionales de la protección infantil. Gracias a este texto, los profesionales pueden disponer de una herramienta de trabajo que les ayudará a esclarecer conceptos, estructurar funciones y a operativizar soluciones.

Los contenidos están tratados con la **rigurosidad** y la **exhaustividad** de los buenos investigadores y de minuciosos profesionales que han trabajado en su elaboración. La **claridad** y la **estructuración** del texto es de agradecer a todos ellos.

Otra cualidad importante es la **contextualización**. El manual se inserta fácilmente en nuestra realidad profesional, pero a la vez que está cercano, nos ofrece posibilidades que trascienden la tarea inmediata y apuntan logros y caminos de eficacia a conseguir.

**E**l manual trata los aspectos esenciales de la intervención profesional en el campo de la protección infantil. Está compuesto de cinco partes integradas a su vez de varios capítulos.

En la primera, *Situaciones de Desprotección Infantil: Descripción y Etiología*, se abordan las definiciones de diferentes situaciones de desprotección. Los dos capítulos que la componen proporcionan una buena base comprensiva de los factores etiológicos y de las tipologías de maltrato. Los contenidos están convenientemente actualizados y dan al profesional el marco

conceptual necesario, que debe conocer antes de plantearse cualquier intervención en este campo.

**E**n la segunda, *Marco Jurídico de la Protección Infantil en el Estado Español y en las diferentes Comunidades Autónomas*, se presenta una detallada revisión del marco legal estatal y autonómico, expuesto en modo muy asequible al lector no familiarizado con los términos jurídicos.

En la tercera, *Detección, Valoración y Toma de Decisiones en las diferentes situaciones de Desprotección Infantil*, se describen y analizan las etapas de la detección, la investigación y la toma de decisión. Particularmente interesantes son las cuestiones referidas a la detección, que aparecen por primera vez en la bibliografía española de maltrato, tratadas de un modo tan pormenorizado y sugerente. En el capítulo dedicado a la toma de decisión, el profesional encuentra una recopilación muy amplia de criterios en los que fundamentar sus decisiones. Las diferentes opciones y sugerencias que se ofrecen dan oportunidad al lector de manejar diferentes soluciones ante la complejidad de situaciones con las que se enfrenta en su trabajo diario. La planificación y secuencialización de la intervención propuesta en este capítulo, servirá de orientación y guía al práctico. Será difícil que pase por alto, con su ayuda, informaciones o cuestiones relevantes en la toma de decisión.

En la cuarta, *Diferentes Alternativas de Intervención Terapéutica y Preventiva*, se presentan las propuestas de intervención con las familias, así como las cuestiones relativas a la prevención. El capítulo de-

dicado a la prevención, por su aplicabilidad y claridad de exposición, es de enorme interés para los servicios de atención primaria y será una referencia obligada para todos aquellos que aspiren a poner en marcha programas preventivos.

La quinta parte del Manual, *Recursos de Intervención en Protección Infantil*, ofrece en cada uno de sus capítulos, auténticas revisiones monográficas, muy actualizadas, que conjugan la riqueza de contenido con los procedimientos y estrategias para construir programas de intervención sobre las diferentes alternativas de atención al niño que se exponen (servicios residenciales, acogimiento, adopción).

En conjunto, el Manual sin ser exhaustivo, plantea las cuestiones cruciales que los profesionales de los servicios de protección infantil abordan diariamente, a la vez que va proponiendo un número elevado de estrategias que pueden ser adaptadas a distintas realidades organizativas.

**E**n definitiva, podemos felicitarlos y felicitar a los autores y colaboradores por poder contar en nuestra bibliografía con este manual, que en breve plazo se convertirá en uno de los instrumentos más utilizados por los profesionales del campo de la Protección a la Infancia.

Por último, añadir que el Manual de Protección Infantil será de gran valor no sólo para los profesionales, sino también para todos aquellos que comiencen su formación en el campo de la protección infantil.

## DOCUMENTACION – CRITICA DE LIBROS

### MALTRATO INFANTIL Y MINUSVALIA

*Autores: M.A. VERDUGO, B. GUTIERREZ BERMEJO,  
J. FUERTES ZURITA, JUAN ANTONIO ELICES SIMON*

*Edita: Ministerio de Asuntos Sociales*

**DEMETRIO CASADO PEREZ**

*Secretario Ejecutivo del Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía*

El libro "*Maltrato infantil y minusvalía*" contiene la memoria de una investigación sobre el abuso y abandono de niños y adolescentes con discapacidad. Fue su ámbito poblacional el de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, llevándose a cabo en 1991 y 1992. Lo realizó un equipo de la Universidad de Salamanca dirigido por el profesor Miguel Angel Verdugo Alonso, asiduo y competente estudioso del área de la discapacidad, especialmente en retardo mental. Subvencionó la investigación el INSERSO, que publicó los resultados de la misma en su colección de Documentos Técnicos. La primera edición está fechada en 1993, y me consta que ha tenido una buena acogida de público, así como que ha estimulado la realización de otros trabajos.

**P**or encima de cualquier otra cosa quiero resaltar la relevancia social del fenómeno objeto de estudio. Los niños y adolescentes con discapacidad son un colectivo vulnerable por su edad y por sus deficiencias; sujetos, por ende, amenazados de grave riesgo social, incluido el maltrato. Esta circunstancia es

motivo suficiente para que el asunto en cuestión merezca la máxima atención, tanto desde el punto de vista del conocimiento, como desde el de la acción; pero no ocurre así. Al igual que en otros fenómenos de problemática y marginalidad plural, la coincidencia de más de una privación, estigma o factor de orillamiento, parece dar lugar a un alejamiento de la observación científica y de la atención social. Tal vez ocurra esto por la complejidad acrecida de tales problemas, o por la escasa prevalencia de los casos complejos o, tal vez, por un mecanismo de defensa emocional —discapacidad y maltrato forman un compuesto ciertamente inquietante—.

El hecho es que la investigación sobre el asunto es escasa y vacilante, en métodos y resultados, así como que en España el trabajo dirigido por Verdugo es pionero, según se nos informa en la primera parte del libro. La misma ofrece una revisión sistemática del estado de la investigación en relación a tres enfoques: la discapacidad como causa del maltrato —causa o factor, sería mejor decir—; la discapacidad como

consecuencia del maltrato; la discapacidad en los padres como factor de riesgo del maltrato de sus hijos. Entre el enfoque monocausal y el multicausal, se aprecian las mejores posibilidades de conocimiento de este último, llegando a establecer la hipótesis de que la perpetración del maltrato vinculada a factores individuales se relaciona también con situaciones sociales. Es objeto de especial ponderación en esta primera parte una forma particular de maltrato, el abuso sexual, para el que parecen presentar gran riesgo las personas afectadas por retraso mental.

**L**a segunda parte del libro contiene la memoria de la investigación realizada. Merece destacarse el trabajo conceptual y metodológico. Mediante aquél se ha construido una tipología bien cuidada del maltrato en sus vertientes pasiva (abandono) y activa (abuso), desarrollándose las versiones operativizadas para la observación—pueden verse en el anexo III de la publicación—. En cuanto al método de investigación, se ha llevado a cabo la comparación de afectados por maltrato con dos grupos de control. La toma de datos se realizó con el concurso de profesionales de centros de atención a las poblaciones estudiadas, las cuales se han captado en dos ámbitos distintos, que seguidamente se mencionan.

Por una parte se ha estudiado una submuestra de menores en régimen de tutela administrativa. Los casos de discapacidad incluidos en la misma eran todos derivados de deficiencia mental. Se obtuvo otra submuestra de la pobla-

ción usuaria de centros educativos y asistenciales. De ella forman parte distintas clases de deficiencias, predominando las de carácter mental. La memoria de la investigación señala limitaciones del diseño muestral, las cuales merecen ser superadas en posteriores investigaciones, que se beneficiarán de los buenos cimientos provistos por la que comento.

**E**l hecho más general observado —convergente en ambas submuestras— es la muy superior prevalencia del maltrato entre los niños y adolescentes con discapacidad. Se nos ofrece información sobre la distribución de las distintas formas de maltrato, apreciándose que son más frecuentes las menos ostensibles, como son las de abandono. Se han estudiado igualmente los factores de tipo personal y social asociados al maltrato. De la amplia información que se nos ofrece, apunto que esta investigación aporta una confirmación de la hipótesis según la cual las formas más leves de deficiencia dan lugar a más casos de maltrato, presumiblemente porque la propia levedad de la limitación propicia que se imputen a los afectados sus déficits de rendimiento y peculiaridades de conducta. Es de advertir, no obstante, que la citada correlación inversa no se produce en los defectos del lenguaje, en los que la mayor gravedad, atraería mayor agresividad. En cuanto a los factores sociales quiero señalar la asociación entre los bajos niveles socioculturales de los padres y la mayor prevalencia de maltrato. En mi opinión, sería interesante indagar si los factores propiciatorios del fenómeno



son la menor renta y/o la menor instrucción o, más bien, las limitaciones personales, las deficiencias y la inadaptación social, las cuales habrían sido observadas indirectamente mediante los citados indicadores. Estoy señalando a la marginación social como posible factor básico.

La tercera parte del libro tiene carácter aplicado, en concreto versa sobre evolución e intervención. Aunque en forma sintética, ofrece una buena exposición sistemática de estas cuatro líneas de acción: detección e intervención temprana, apoyo a las familias, mejora de la interacción entre padres e hijos y apoyo social. Después de esto, se expone el procedimiento a seguir en las situaciones detectadas de maltrato.

Esta parte del libro es de carácter normativo, es decir, se exponen los modos ideales de acción. Pero no dejan de entreverse importantes condicionamientos derivados de la organización y modos operacionales de los servicios, lo cual me incita a llevar mi comentario más allá del libro, hacia un terreno que me interesa especialmente.

Es muy importante, por ejemplo, el riesgo de invisibilidad de los casos de maltrato en familias marginales cuando los servicios actúan a la demanda, esto es, recibiendo aquellos usuarios que en virtud de las informaciones recibidas se dirigen a ellos. La alternativa obvia es la prospección sobre el terreno y lo que pudiéramos llamar la oferta a domicilio. Ya sé que es más fácil decirlo que hacerlo.

Se plantea también la obvia necesidad de convergencia de servicios de distintas especialidades, entre otras circunstancias por la diversidad de factores causales y mediadores que intervienen en el problema del maltrato. De hecho contamos con esa pluralidad de servicios: para familias, infancia, discapacidad e incluso para acción social comunitaria. Pero es también un hecho la desconexión y aún el corporativismo de los servicios especializados. Cabría poner muchos ejemplos, pero tal vez sea el de más actualidad la dificultad que se está registrando en algunas comunidades autónomas para la correcta articulación de los servicios creados por las mismas, en virtud de sus competencias plenas, con los recibidos mediante transferencias del INSERSO.

Sea como fuere, a mí me parece que el problema estudiado por el equipo de Miguel Angel Verdugo y las recomendaciones prácticas que nos ofrecen merece un contraste con las fórmulas organizativas de los servicios sociales que se vienen adoptando en las distintas comunidades autónomas. Personalmente soy partidario de que el nivel de atención primaria —o general— sea objeto de un desarrollo fuerte, amplio y polivalente. Las exigencias de la prevención y de la atención a las personas discapacitadas en riesgo o víctimas de maltrato me confirman en dicha idea. Sólo mediante servicios muy capilarizados, en contacto directo con la población, y abiertos a sus distintas demandas pueden ser útiles para llegar a tiempo y llevar a cabo la gestión e intervención globalizadora que el problema en cuestión requiere.

## COMUNICACIONES BREVES

### IV CONGRESO ESTATAL SOBRE INFANCIA MALTRATADA

**IGNACIO GOMEZ DE TERREROS (\*),  
ROSARIO VALDECANTOS (\*\*), JESUS PALACIOS (\*\*\*)**

(\*) (*Hospital Universitario Virgen del Rocío*)

(\*\*) (*ADIMA*)

(\*\*\*) (*Universidad de Sevilla*)

El IV Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada se celebró en Sevilla entre el 8 y el 11 de Noviembre de 1995. El Congreso daba continuidad a la cadena iniciada en Barcelona en 1989 y seguida luego en Vitoria (1991) y Madrid (1993). Todos estos congresos forman parte de las actividades promovidas por la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI), que es quien encarga a la asociación correspondiente la organización de cada Congreso. En el caso del de Sevilla, el encargo se hizo a la Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato (ADIMA).

A partir de ese encargo, se puso en marcha un complejo, largo y laborioso proceso que culminó en Sevilla el 11 de Noviembre. Este artículo expone los pasos seguidos en todo el proceso de organización, así como algunos aspectos especialmente relevantes del Congreso en sí mismo (contenidos, asistentes, conclusiones...). Al final, se realizan algunas reflexiones de futuro hechas desde la experiencia del Congreso de Sevilla.

La satisfactoria marcha del Congreso, la elevada participación en todas las sesiones, la calidad de los trabajos presentados, el buen ambiente entre los participantes, dejaron en todos -participantes y organizadores- un muy grato recuerdo. Nos parece de justicia, antes de adentrarnos en el contenido de este artículo, dejar constancia de la gratitud a todos los participantes y a todos los que contribuyeron en la organización y desarrollo del Congreso.

#### UN LARGO PROCESO DE ORGANIZACION

Una vez recibido el encargo de la FAPMI para la organización del Congreso, ADIMA puso en marcha el largo, laborioso y complejo proceso que habría de culminar en noviembre del 95 en Sevilla. La Junta Directiva de ADIMA, cuya presidenta es la segunda autora de este artículo, nombró a un Comité Organizador al frente del cual puso al primer autor de este artículo. Ese Comité Organizador estaba compuesto por media docena de personas que aportaban diferentes perspectivas y experiencias profesio-

nales en el ámbito del maltrato infantil. Desde la primera reunión, se hizo evidente que era preciso definir dos ámbitos de actuación claramente diferentes, aunque necesariamente coordinados entre sí: por una parte, lo relacionado con la organización misma del Congreso; por otra, lo relacionado con los contenidos científicos del mismo. Surgió así el Comité Científico, presidido por el tercer autor de este texto y formado por seis personas más que representaban a la vez a diferentes áreas geográficas de España, a diferentes colectivos profesionales y a diferentes mentalidades en el ámbito del maltrato infantil.

Una vez constituidos estos dos comités, el organizador y el científico, ambos fueron trabajando en paralelo. El hecho de que dos personas pertenecieran tanto al comité organizador como al científico sin duda alguna facilitó la coordinación entre ambos, coordinación que resulta de todo punto necesaria en la puesta en marcha de un proceso tan complejo como éste. Por otra parte, las decisiones fundamentales del Comité Científico eran trasladadas al Comité Organizador, que frecuentemente las enriquecía con otras aportaciones. En el mismo sentido, el Comité Científico hizo sugerencias organizativas que resultaron de gran utilidad al otro grupo. Finalmente, desde ADIMA y su junta directiva llegaron también un buen número de valiosas sugerencias.

## EL COMITE ORGANIZADOR

El Comité Organizador (compuesto, además del primer y el tercer autor por

Manuel Cañas, Lourdes Prats, Rafael Muriel, Encarna M.<sup>a</sup> Sánchez y Concepción Fernández de la Puente) asumió desde el principio el liderazgo de toda la maquinaria del Congreso. Son muchas las decisiones y responsabilidades que competen a un Comité de este tipo: fechas y lugar de celebración, decisiones sobre el proceso de inscripción, sobre el funcionamiento y desarrollo del Congreso, actividades para allegar fondos económicos para el Congreso, elaboración de circulares, boletines, etc.

Por si esos cometidos fueran pocos, el Comité Organizador del Congreso de Sevilla se inventó algunos más. El más destacado de ellos tenía que ver con el deseo de que alrededor del Congreso hubiera actividades de participación social que permitieran difundir actitudes e información en relación con el maltrato infantil. Fue así como surgió la idea de una campaña de participación escolar puesta en marcha en paralelo con la organización del Congreso y que habría de finalizar con un concurso entre escolares, con una marcha hasta el Parlamento de Andalucía y con la presencia infantil en el acto de inauguración del Congreso.

Mientras todo este trabajo se llevaba adelante, apareció otro añadido al que el Comité Organizador tenía también que prestar atención: la *International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN)* estaba interesada en mantener la reunión anual de su Comité Ejecutivo (más de veinte miembros) en Sevilla, aprovechando la celebración del Congreso. Afortunadamen-

te, buena parte del trabajo relacionado con la organización de esta reunión corrió a cargo del profesor Joaquín de Paúl, de la Universidad del País Vasco, miembro del citado Comité Ejecutivo.

El Comité Organizador mantuvo reuniones periódicas cuya frecuencia variaba según lo hacía la acumulación de trabajo a lo largo de las distintas fases de la preparación del Congreso. La buena coordinación de este Comité y su estrecha asociación con ADIMA resultaron cruciales para facilitar la organización.

**E**l activismo de las personas que compusieron este Comité Organizador logró que se materializaran una serie de colaboraciones y ayudas económicas que permitieron contar con recursos suficientes para poder ofrecer a los participantes cuotas de inscripción semejantes a las del Congreso celebrado en Madrid dos años antes. Entidades públicas y privadas a las que se hace mención expresa en el programa del Congreso contribuyeron con la generosidad que sus fondos respectivos permitieron, aportando recursos que hicieron además posible una mejor organización. Buena muestra de la eficacia del activismo antes mencionado la encontraron los congresistas en la bolsa que se les dio al llegar al mostrador de acreditaciones, bolsa cargada de una documentación que por sí misma ya constituía un magnífico precedente de la abundancia que luego encontrarían durante el Congreso.

Por lo demás, buena parte del trabajo logístico quedó en manos de una agen-

cia de viajes. La secretaría de ADIMA aportó también una colaboración inestimable y lo hizo además con tanta simpatía como profesionalidad y eficacia.

## EL COMITE CIENTIFICO

Además de por el tercer autor, el Comité Científico estuvo compuesto por Cio Barjau, Miguel Costa, Joaquín de Paúl, Jesús Fuertes, Luis Martín y Encarna M.<sup>a</sup> Sánchez. La primera actividad que realizó el Comité Científico tras su constitución fue el análisis de los programas de los tres congresos anteriores. Ese análisis puso de manifiesto que cada Congreso había tenido una estructura diferente, fruto sin duda del momento y las circunstancias de su realización. Se optó entonces por acomodarse a lo que suele ser la organización más habitual de este tipo de congresos, estructurando cinco tipos de sesiones: conferencias plenarias, simposios, mesas redondas, talleres y comunicaciones individuales (presentadas oralmente o en forma de póster).

**D**e acuerdo con el análisis de situación realizado por el Comité, los congresos anteriores habían tenido la virtud de alentar a los profesionales que trabajaban en temas relacionados con el maltrato, darles un foro de encuentro y comunicación, transmitirles conocimientos e instrumentos, a la vez que se contribuía al asentamiento y disseminación de la conciencia social en relación con la infancia maltratada. Sevilla debía continuar esa tradición y no debería ofrecer menos que los congresos anteriores. Pero parecía que era pre-

ciso dar un paso más, centrando la temática del Congreso en torno a actuaciones profesionales que estuvieran marcadas por la calidad y la eficacia. Surgió así el lema del Congreso (Calidad y eficacia como metas), que trataba simplemente de subrayar ese compromiso con una profesionalidad cada vez más competente.

El siguiente paso era proceder a la identificación de temas, a la asignación de esos temas a cada una de las modalidades de sesión del Congreso y a la identificación de las personas que pudieran responsabilizarse tanto de la organización de cada una de las sesiones, como de la presentación de trabajos. Se confeccionó así un programa provisional en el que para cada sesión se identificaba un responsable de organización y una serie de ponentes. Una vez que el responsable de cada sesión aceptaba el encargo, se le enviaba la propuesta de ponentes para que la confirmara o modificara, y se le pedía que hiciera las oportunas gestiones con cada uno de los participantes. Merece la pena destacar que no se produjo prácticamente ninguna negativa a participar por parte de las aproximadamente 150 personas que fueron invitadas a presentar trabajos.

A todos estos ponentes nacionales fue posible sumar algunos de los nombres de más relevancia internacional en el ámbito del maltrato al producirse la feliz circunstancia de su estancia en Sevilla como miembros del Comité Ejecutivo de la ISPCAN.

## CONTENIDOS DEL CONGRESO

Aunque todos ellos inspirados en el lema del Congreso, los contenidos presentes a lo largo de las sesiones representaron toda la gama de variados temas sobre el maltrato infantil, desde la conceptualización hasta la descripción y cuantificación, la prevención, el tratamiento, la instrumentación, la formación de profesionales, etc. El programa del Congreso contenía 4 conferencias plenarias, 14 simposios, 14 mesas redondas, 16 talleres, 28 comunicaciones orales y 40 pósters.

Probablemente, lo que más llama la atención del programa del Congreso es la enorme variedad de temas abordados y el hecho de que la inmensa mayoría de ellos fueran presentados por españoles. Ello significa que son muchos los profesionales que trabajan entre nosotros en el ámbito del maltrato que además de realizar su labor cotidiana, encuentran el tiempo y la motivación para sistematizar sus datos y observaciones, reflexionar sobre ellos, etc.

El rasgo que atrae inmediatamente después la atención es la variedad de perspectivas profesionales presentes en los temas y en los ponentes. Trabajadores sociales, investigadores, policías, educadores, psicólogos, sanitarios, terapeutas, etc., estuvieron presentes entre los ponentes, presentando así una multiplicidad de ángulos de enfoque que una vez más sirve sobre todo para resaltar la necesidad de perspectivas interprofesionales en el ámbito del maltrato.

## CONCLUSIONES DEL CONGRESO

Un Congreso de este tipo no tiene conclusiones. O, mejor dicho, no tiene conclusiones ni formalizadas ni resumibles. Porque cada trabajo presentado tiene sus propias conclusiones y porque la enorme variedad de trabajos presentados a que ya se ha aludido haría imposible el resumen.

No obstante lo anterior, es posible realizar un esfuerzo de abstracción y destacar algunas líneas generales que pueden derivarse de buena parte del conjunto de cosas que en Sevilla se dijeron por parte de los ponentes. En este sentido, se puede decir que los trabajos presentados en el Congreso permitieron avanzar en tres líneas complementarias: cómo realizar una mejor y mayor detección de las situaciones que requieren medidas de protección; cómo llevar a cabo de forma más ágil los procesos de toma de decisión; y cómo tratar a aquellos que están afectados por estas situaciones. Detección, toma de decisiones y tratamiento, por tanto. Tres ámbitos que implican el desarrollo y puesta a punto de metodologías de trabajo, de instrumentos y herramientas de actuación.

Para llevar a cabo esta triple acción hacen falta medidas de prevención y que las redes de apoyo y de servicios estén lo más próximas posible a las circunstancias en que se producen los problemas: además de la prevención, la mejor protección es la atención cercana y rápida por parte de los equipos de intervención. En este sentido, una

de las más claras conclusiones fue que las redes de servicios deben mantenerse e incrementarse, pero en ningún caso disminuir. Y lo mismo puede decirse con respecto a todas las medidas de prevención del maltrato y abuso sobre niños y niñas.

Esas redes requieren unos equipos que deben ser claramente intersectoriales y multidisciplinarios; que deben tener una adecuada y actualizada formación en temas específicos de maltrato y protección a la infancia; y que deben tener también los mecanismos que les garanticen la cobertura que protege del agotamiento y el "queme" profesional.

La importancia del asociacionismo y de la formación de profesionales fue, sin duda, otra de las más claras conclusiones, resaltándose que buena parte de la clave de la calidad y la eficacia radica en la acción coordinada de profesionales y en una adecuada preparación de estos profesionales para hacer frente a los múltiples problemas que sus respectivos trabajos les plantean.

## MIRANDO AL FUTURO

Se ha dicho más arriba que las salas en las que se desarrolló el Congreso estuvieron llenas de 8 de la mañana a 8 de la noche. La razón de este hecho nos parece doble: por una parte, el interés del programa y de los ponentes; por otra, la avidez de los participantes, dispuestos a no perderse una sola posibilidad de recibir información, documentación, etc.

Nos parece, por tanto, que el Congreso puso de manifiesto una importante demanda de contactos profesionales y de formación. De hecho, estas suelen ser las dos finalidades fundamentales de los congresos, de los que uno sale con más conocidos y con más conocimientos de los que tenía al llegar. La serie de congresos de la que Sevilla fue el cuarto eslabón debe, por tanto, continuar, como de hecho está previsto. El V Congreso se celebrará en 1997 en Barcelona, coincidiendo en este caso (coja Dios confesados a los organizadores) el congreso estatal con el europeo.

**P**ero nos parece también que la demanda de formación existente en España, unida a la proliferación de profesionales bien cualificados, reclama además otros foros de formación que en la actualidad o no existen, o son es-

casos o están poco coordinados. Probablemente, además de mantener los congresos bianuales, se hace ya necesario organizar actividades de formación más focalizadas, con muchos menos participantes, muy tendentes a la profesionalización, que aborden temas muy concretos con una profundidad de tratamiento que en un Congreso es sencillamente imposible. De hecho, algunas de las asociaciones federadas en la FAPMI realizan ya actividades anuales de ese tipo. Pero tales actividades, que tienen sin duda muchas virtudes, adolecen a veces del defecto de ser minicongresos a los que asisten 200 personas en vez de 700. Creemos que la FAPMI y cada una de las asociaciones que la integran deben abrir en su seno un debate sobre la formación de profesionales y deben articular una oferta formativa que los profesionales reclaman y necesitan.



### COMUNICADO DE ADIMA ANTE LA RED DE EXPLOTACION SEXUAL DE MENORES DESCUBIERTA EN SEVILLA

**E**n los últimos días han salido a la luz una serie de hechos lamentables relacionados con la explotación sexual de menores y la prostitución infantil. Ante tales hechos, ADIMA (Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato) quiere expresar su más enérgica repulsa y hacer las siguientes consideraciones:

1. Lo lamentable de los hechos ahora desvelados no es la notoriedad de los adultos implicados, sino las dramáticas vejaciones a que han sido sometidos menores cuyas circunstancias les impide ejercer su derecho a la libertad. La mayor preocupación de ADIMA en estos momentos es la situación de los menores afectados, e instamos a las instituciones competentes a que aseguren y proporcionen a todos ellos el apoyo, la ayuda y la atención que sin duda necesitan, así como un seguimiento que les permita superar la terrible experiencia por la que han pasado.
2. Hacemos también un llamamiento a los medios de comunicación para que sean respetuosos con los derechos de estos menores, no identificándolos y evitando cualquier tentación de sensacionalismo o morbosidad que pudiera dañar la imagen personal y los sentimientos de los afectados.
3. Los hechos ahora conocidos deben servir para llamar la atención de toda la sociedad sobre la prostitución y corrupción de menores, tipo de maltrato desgraciadamente cada vez más extendido. Si en esta ocasión los afectados eran varones, no debe olvidarse que este delito afecta incluso con más frecuencia a niñas. Instamos a las instituciones públicas que tienen a su cargo la protección de menores (servicios sociales, policía, fiscales y jueces) a ejercer rigurosamente sus obligaciones, pero también llamamos la atención de ciudadanos y ciudadanas sobre la obligación que todos tenemos de denunciar cualquier hecho de esta naturaleza que conozcamos o del que tengamos sospecha.
4. Igualmente, esperamos que la justicia actúe con todo el peso de la ley de forma rápida, contundente y ejemplarizante sobre aquellas personas que han utilizado a estos menores con fines tan criminales.



## COMUNICACIONES BREVES

### DIA UNIVERSAL DE LA INFANCIA

JOSE A. DIAZ HUERTAS

La Unión Internacional de Protección a la Infancia recomendó en 1952 a las Naciones Unidas establecer un día anual dedicado a los niños.

Más tarde, el 14 de diciembre de 1954, la Asamblea General de la ONU en su novena sesión aprobó una resolución (836/IX) estableciendo la celebración cada año del «*Día Universal del Niño*» en el que invitaba a participar activamente a las organizaciones culturales, profesionales, sindicales y de trabajadores y solicitaba del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) informes anuales sobre su observación mundial

**L**a celebración del Día Universal de la Infancia se llevaba a cabo, indistintamente, según convenía a cada país. En España, el día 7 de noviembre.

Cinco años más tarde de la declaración del *Día Universal de la Infancia*, la XIV Sesión Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrada el 20 de noviembre de 1959, votaba - con 78 votos, sin oposición - una resolución (1386/XIV)

proclamando la **Declaración Universal de los Derechos del Niño** que contiene 10 principios.

La Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada el 20 de noviembre de 1989 en su resolución 44/25 adoptó la **Convención de los Derechos de los Niños** que establece en 45 artículos los derechos de los niños

La Convención supuso un hito destacado en el reconocimiento y la protección de los derechos de los niños y fue ratificada por España en 1990 (BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1990).

UNICEF, en octubre de 1992, aprobó una propuesta presentada por las delegaciones de 12 países, entre ellos España, que invitaba a todos los Estados a celebrar anualmente, a partir de 1993, en la fecha del 20 de noviembre, aniversario de la adopción de la Convención de los Derechos del Niño, el Día Universal de la Infancia.

En España en las distintas Comunidades Autónomas se celebraron diferen-

tes actividades con motivo de este día. Algunas asociaciones de infancia de ámbito estatal, establecidas en Plataforma de Asociaciones de Infancia, acordaron elaborar un manifiesto conjunto con motivo de este Día Universal de la Infancia. Además se realizaron distintas actividades conjuntamente como el Pleno Infantil por los Derechos de los Ni-

ños en el Senado de España con la asistencia, entre otras autoridades, del Presidente del Senado (Juan José Laborda), Defensor del Pueblo (Fernando Álvarez de Miranda) y la Ministra de Asuntos Sociales (Cristina Alberdi) y la participación en un poster editado por la Dirección General del Menor y la Familia del Ministerio de Asuntos Sociales.

20 de noviembre

# día universal de la INFANCIA

## POR LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

Plataforma de Asociaciones de la Infancia: Aldeas Infantiles SOS • Asociación Educación Democrática • Asociación Mensajeros de la Paz • Asociación Nuevo Futuro • Caritas • Centro de Investigaciones Pedagógicas de Infancia, Adolescencia y Juventud • Consejo de la Juventud de España • Cruz Roja Juventud • DNI España • Federación de Asociaciones de Scouts de España (ASDE) • Federación Prevención Maltrato Infantil • Fundación ANAR • Fundación Cooperación y Educación (FUNCOE) • Fundación FONAT • Liga Española de la Educación y la Cultura Popular • Movimiento Junior A.C. • UNICEF



MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES

Dirección General del Medio y la Familia

## MANIFIESTO DE ASOCIACIONES DE INFANCIA ANTE EL 20 DE NOVIEMBRE

### ANTE EL DIA UNIVERSAL DE LA INFANCIA

#### Por los derechos de los niños y las niñas

**L**as ONGs españolas, abajo firmantes, dedicadas a la protección y promoción de los *Derechos de la Infancia* reconocidos en 1989 por la Convención de la ONU y aprobada por el Parlamento español en 1990 nos dirigimos a la opinión pública este día 20 de noviembre de 1995, **DIA UNIVERSAL DE LA INFANCIA**, para **MANIFESTAR** lo siguiente:

Las fuertes desigualdades socioeconómicas que caracterizan las relaciones Norte-Sur, alimentan las situaciones de pobreza y marginación actuales y afectan con mayor gravedad a la infancia, conduciendo a las siguientes situaciones:

- Elevadas tasas de mortalidad infantil y de enfermedades ligadas a las condiciones económicas y a la falta de recursos comunitarios.

- Bajo nivel de escolarización, agravado por la discriminación de niños y niñas.
- Conflictos bélicos en los que los niños y las niñas son los ciudadanos que más sufren las consecuencias.
- \* Explotación laboral de la infancia, que se manifiesta por mendicidad, absentismo escolar, prostitución infantil, etc.
- \* Deterioro ecológico, como generador de nuevas situaciones de riesgo en las que la Infancia aparece como grupo social especialmente vulnerable.

**E**stos hechos de carácter universal no deben hacernos olvidar los problemas derivados del no cumplimiento de los Derechos individuales y sociales de la Infancia en el Estado Español, relacionándose con otras dificultades socio-familiares que conducen a situaciones de marginación y exclusión social como:

- Los malos tratos físicos y psicológicos, dentro y fuera de la familia.
- Los malos tratos institucionales ante los insuficientes recursos humanos

y materiales destinados a la Infancia, especialmente en programas de Acogida y Reforma, en la atención a problemas de Salud Mental Infanto-Juvenil, unidades infantiles de hospitales, centros de juego, ludotecas,...

- El fracaso y absentismo escolar agravado por la falta de atención socio-educativa, especialmente dirigida a la primera infancia (0-6 años) y adolescencia.
- La utilización de la Infancia en los Medios de Comunicación Social, como reclamo para el consumo y para un excesivo e inadecuado protagonismo informativo, junto con el bombardeo de imágenes violentas del que es objeto el público infantil.
- Las situaciones ilegales de adopción, tanto nacional como internacional, en las que predominan los intereses de los adultos sobre las necesidades de la Infancia.
- La violencia racista y xenófoba ejercida sobre los niños/as por su pertenencia a grupos étnicos y/o sociales (gitanos, inmigrantes, etc.)
- Falta de esfuerzos para garantizar las libertades fundamentales, como la libertad de expresión, de asociación, de juego creativo y educativo, etc.; en definitiva, la participación activa en los asuntos que les conciernen.
- Insuficientes recursos de apoyo a las familias.

Por todo ello, **PROPONEMOS** que:

- Se promueva la participación cada vez más activa de las niñas y los niños en la familia, en las escuelas, en la vida social y comunitaria, y en su vida cotidiana, como la forma más eficaz de proteger y defender sus derechos.
- Se garantice la participación de todos los agentes sociales y políticos en el proceso de desarrollo legislativo de los derechos de la Infancia en los niveles estatal, autonómico y local.
- Se desarrollen políticas Integrales de Infancia y Familia (Servicios Sociales, Educación, Salud, Medio Ambiente, etc.) en las que las necesidades de los/as niños/as primen sobre los intereses políticos y profesionales.

Las ONGs firmantes nos **COMPROMETEMOS** a:

1. Intensificar la defensa de los derechos de la Niña y el Niño y su difusión tanto en la población adulta como infantil
2. Colaborar en la elaboración de alternativas en la legislación y en la provisión de servicios para la Infancia de forma coordinada, para mejorar la calidad de vida.
3. Denunciar las situaciones de desprotección y marginación que conculquen los derechos de la Infancia
4. Potenciar los cauces reales de participación infantil en las acciones cotidianas.

**ONGs firmantes:**

**ADAI** (*Asociación de Adopción Internacional*)

**AED** (*Asociación para la Educación Democrática*)

**ALDEAS INFANTILES SOS DE ESPAÑA**

**ASDE** (*Federación de Asociaciones de Scouts de España*)

**ASOCIACION MENSAJEROS DE LA PAZ**

**CARITAS ESPAÑOLA**

**CENTRO DE INVESTIGACIONES PEDAGOGICAS DE INFANCIA, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD**

**CRUZ ROJA JUVENTUD**

**DNI ESPAÑA** (*Defensa de Niños y Niñas Internacional*)

**FAPMI** (*Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil*)

**FUNCOE** (*Fundación Cooperación y Educación*)

**FONAT** (*Fundación Ocio y Naturaleza*)

**HOGARES ANAR**

**LIGA PARA LA EDUCACION Y LA CULTURA POPULAR**

**MOVIMIENTO JUNIOR DE ACCION CATOLICA**

**NUEVO FUTURO**

**PRODENI ESPAÑA**

**UNICEF ESPAÑA**

*Madrid, 20 de Noviembre de 1995*

## COMUNICACIONES BREVES

### TRABAJO SOCIAL Y MALTRATO: ¿CONTROL O AYUDA?

**JOSEFA GARCIA SERRANO (\*), SUSANA TOMAS ASENSI (\*\*)**

*Trabajadoras Sociales del Servicio del Menor ISSDRM  
Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia*

*El ejercicio del trabajo social en cualquier ámbito y especialmente en las áreas de atención a la infancia pasa por resolver el conflicto entre la función de control y la de ayuda*

**L**a práctica del Trabajo Social en relación con la atención a la infancia se produce en la dicotomía control-ayuda.

Incluso la imagen pública de la profesión está afectada por esta situación, lo que supone que en películas o series de televisión nos aparecen dos personajes extremos: el trabajador social "policía", personaje bastante antipático, investido de poder para tomar decisiones sobre la vida de las personas en base a hechos puntuales, casi anecdóticos, que desencadena por ello dramas familiares, o bien, el "alma cándida" siempre en disposición de apoyar cualquier cosa, también de forma superficial.

Afortunadamente, la realidad es a la vez más rica y más compleja, estando presente en la práctica cotidiana del Trabajo Social la doble demanda de control y de ayuda.

Ahora bien ¿Cómo debemos interpretar ambas demandas en relación con la atención a la infancia?

El rol de control tiene varios componentes; por una parte está en relación con el marco institucional; buena parte de los trabajadores sociales ejercen su trabajo desde una institución pública, ello supone un doble requerimiento de control:

- "Control Social" derivado de las funciones propias de la institución.
- "Control Burocrático" del uso que los beneficiarios de la institución hacen de las prestaciones y/o recursos de ésta.

Por otra parte, hay una tercera vertiente del "control", relacionada con la necesidad de conocer las situaciones-problema para su transformación.

La relación de ayuda es un componente esencial del Trabajo Social como profesión, siendo el instrumento básico que permite al profesional modificar las situaciones problema.

Cuando hablamos de trabajo social y maltrato o atención a la infancia, no sólo es posible, sino necesario mantener ambos requerimientos: el ejercicio del control y el establecimiento de la relación de ayuda.

En cualquier ámbito profesional relacionado con la infancia, el trabajador social individual debe asumir por un lado el respeto a los derechos del grupo familiar en su conjunto y al mismo tiempo la defensa del interés del niño, del bienestar del niño y del respeto a sus derechos.

Desde esta perspectiva, el trabajador social debe estar atento a cualquier vulneración del bienestar del niño y actuar. Esta actuación profesional es múltiple, dado que el trabajo social se produce desde una posición privilegiada: la cercanía y la estrecha relación con individuos, grupos, etc... en dificultad social. Así pues, el trabajador social puede detectar, valorar e intervenir en las situaciones de maltrato que se producen en su entorno inmediato de trabajo.

La detección de estas situaciones puede venir a través del conocimiento directo o a través de otras instituciones del territorio; en ambos casos, el profesional ha de profundizar en el conocimiento de los elementos que componen cada situación: identificar indicadores, conocer el ámbito y la frecuencia donde se producen, conocer la historia familiar, investigar las pautas de relación en la familia del/los niño/s, conocer el soporte social con que cuen-

ta la familia, sus capacidades y recursos, sus carencias de aprendizaje, etc...

El conocimiento de todos estos elementos, para el que se precisa intensificar la relación con la familia, permite al profesional establecer una valoración de la situación de maltrato que se está produciendo, así como de la intervención necesaria.

La intervención profesional, tras el conocimiento y valoración de cada situación concreta, podrá ser:

- Derivación a la Entidad Pública competente, para su conocimiento y actuación subsiguiente, en aquellos casos en que la intervención directa del profesional resulte inviable y/o el bienestar del/los niño/s resulte seriamente comprometido.

Cuando la derivación resulte necesaria, el trabajo previo de conocimiento y valoración profesional puede resultar esencial para una pronta resolución del problema.

- Intervención directa con la familia del/los niño/s. En estos casos, la relación de ayuda resulta una herramienta esencial. El profesional actúa como agente de cambio, movilizan-do las capacidades y recursos de la familia, clarificando sus objetivos y estableciendo un proceso conjunto. El profesional se sitúa desde la aceptación y el respeto por las personas y desde la necesidad de cambio en actitudes y comportamientos.



La intervención para el cambio resulta en gran parte de los casos el recurso idóneo para el abordaje de situaciones de maltrato, precisando, además del adecuado manejo de la relación de ayuda por parte del trabajador social, de la comprensión e implicación de otros agentes sociales presentes en el territorio, pues que si bien

el trabajador social, por su formación específica y por su ámbito de trabajo puede conocer y abordar las situaciones de maltrato, el carácter multifactorial del fenómeno requiere de la sensibilización y la actuación desde su propio ámbito de todos los profesionales y agentes sociales presentes en la comunidad.

# AGENDA

## **Concierto a Beneficio de la FAPMI - Bienestar y Protección Infantil**

31 mayo 1996 20.00 horas Auditorium de Alcobendas

Organizan:

- Dirección General de Educación. Consejería de Educación y Cultura Comunidad de Madrid
- Concejalía de Cultura, Juventud, Mujer; Comunicación e Infancia. Ayuntamiento de Alcobendas.

Información: FAPMI - Bienestar y Protección Infantil.

Delicias, 8, entreplanta.

28045 Madrid.

Tel./Fax: (91) 468 26 62.

## **Conferencia de Clausura sobre Proyectos de Políticas de Infancia**

"Derechos de los Niños y Políticas de Infancia en Europa:

¿Nuevas aproximaciones?"

30 mayo - 1 junio 1996. Leipzig.

Consejo de Europa.

División de Salud y Política Social.

F-67075 Strasbourg Cedex

Tel.: +33 88 41 2159

Fax: +33 88 41 3765

## **5ª Semana Internacional por los Derechos de los Niños**

25 - 30 junio 1996. Montreal. Canadá.

Secretaría: DEI - Canadá.

Atención Coplanor Congrés Inc.

511 Place d'Armes # 600

Montreal, QC H2Y 2W7.

## **Jornadas Canarias sobre Infancia Maltratada: aspectos médicos, sociales y legales**

3 - 4 junio 1996.

Información: Secretaría Hospital

Materno Infantil Las Palmas

Avda. Marítima, s/n

35016 - Las Palmas

Tel.: (928) 44 47 87

Fax: (928) 44 45 75

## **XI Congreso Internacional sobre Infancia Maltratada**

18 - 21 agosto 1996. Dublín. Irlanda

Secretaría: ISPCAN 1996

St. Louise's Unit

Our Lady's Hospital for Sick Children

Crumli, Dublin 12 Ireland

**Congreso Mundial contra la  
Explotación Comercial Sexual de  
los Niños**

27-31 agosto 1996. Estocolmo. Suecia.

Secretaría: Vasagatan, 8-10  
S-10333 Stockholm  
Sweden

**Conferencia Internacional sobre  
Atención Residencial**

3 - 6 septiembre 1996. Glasgow.  
Inglaterra.

Secretaría: Meeting Makers Ltd.  
50 George Street, GLASGOW G1 QE  
Scotland. United Kingdom  
Tel.: +44 (0) 141 553 1930  
Fax: +44 (0) 141 552 0511

**5º Congreso Europeo EUSARF**  
(Asociación Europea para el  
Acogimiento y Atención Residencial  
de Niños y Adolescentes)

12 - 14 septiembre 1996. Londres.  
Inglaterra.

Secretaría: NCH Action For Children  
Conference Office  
85 Highbury Park  
London N5 IUD, England  
Tel.: +44 (0) 171-226 2033  
Fax: +44 (0) 171-354 5594

# NORMAS PARA LA ADMISION DE TRABAJOS Y SU PUBLICACION

## ARTICULOS DE INVESTIGACION

Trabajos de investigación básica y aplicada relacionados con el maltrato infantil: prevalencia, factores de riesgo, eficacia de determinados recursos de intervención, etc.

### Presentación

#### *Página titular:*

- Título del trabajo.
- Apellido y nombre de los autores, centro de trabajo y departamento o sección que lo realiza.
- Dirección del autor y teléfono.

#### *Resumen:*

En el que se aportará información suficiente sobre el **contenido** del trabajo. Traducido al inglés a ser posible.

#### *Palabras clave:*

El número de palabras clave no será inferior a tres, ni superior a cinco.

Los trabajos originales constarán de las siguientes secciones:

- Introducción.
- Material (población) y métodos.
- Resultados.
- Discusión y conclusiones que puedan deducirse del estudio.

### Bibliografía

- Libros:** a) Autores. b) Título y volumen. c) Número de Edición. d). Editorial. e) Lugar de Edición. f) Año. g) Páginas.
- Revistas:** a) Autores. b) Título del artículo. c) Nombre de la revista. d) Numeración. e) Año de aparición.

**III. Comunicaciones o congresos, ponencias, mesas redondas, etc.** La presentación se su-  
giere sea: a) Autores. b) Título. c) Publica-  
ción, p.e.: libro de Actas del Congreso. d)  
Lugar de Edición. e) Editor. f) Año. g) Pá-  
ginas.

### REVISIONES

**Conceptuales:** revisiones teóricas sobre el esta-  
do actual de un determinado aspecto. Constará  
de **Introducción y Exposición** del tema.

**Casísticas:** revisiones de un grupo de casos,  
generalmente amplio, analizando globalmente  
y/o por separado los hallazgos... Su presenta-  
ción será como la de los originales.

### COMUNICACIONES. EXPERIENCIAS O PROGRAMAS DE INTERVENCION

En las **comunicaciones** el contenido será más  
reducido que el de los artículos de investiga-  
ción, con metodología similar, excepto la biblio-  
grafía, que no será imprescindible.

**Experiencias o programas de intervención:** Su  
objetivo será divulgar los conocimientos y ex-  
periencias de los profesionales que trabajan con  
la infancia maltratada en los distintos ámbitos de  
los servicios públicos y privados, para afrontar  
cada una de las formas del maltrato existentes,  
los programas de intervención, la eficacia de los  
mismos, etc.

A título orientativo, debe figurar:

- Portada con título, indicación de autores y  
referencia profesional.
- Fundamentación teórica, descripción de la  
experiencia, valoración de la misma y pun-  
tos a debatir.
- Bibliografía.

- La aceptación o rechazo de los trabajos correrá a cargo del Comité de Redacción o Consejo Asesor.
- Excepcionalmente, la Revista se pondrá en contacto con el autor/es para solicitar alguna informa-  
ción o aspectos que no quedaran suficientemente aclarados.
- La fecha límite para la recepción de trabajos será según la publicación de los números:

**Marzo: 15 enero**

**Junio: 15 abril**

**Noviembre: 15 septiembre**

En caso de no ser publicados se remitirán a su autor.

- ENVIO DE TRABAJOS:** En copia impresa y disquete (Word Perfect). A la sede de la Federación:  
c/ Delicias, 8, entreplanta. 28045 Madrid