

IV CONGRESO ESTATAL
INFANCIA
MALTRATADA

Calidad y eficacia como metas



A. ESQUIVIAS

Sevilla, del 8 al 11 de Noviembre de 1995

IV CONGRESO ESTATAL
INFANCIA
MALTRATADA

Calidad y eficacia como metas

Sevilla, del 8 al 11 de Noviembre de 1995

Asociación andaluza para
la defensa de la infancia y
la prevención del maltrato

ADIMA

F A P M I
FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA
LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

© ADIMA

Edita: Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato (ADIMA), 1995.
Trastamara 33, 1ª derecha, 41001 Sevilla

Impresión: TEGRAF

I.S.B.N.: 84-605-4004-9

D.L.: SE-1634-1995

ÍNDICE

Presentación	13
---------------------------	----

Conferencias Plenarias

La atención social a la infancia en riesgo: la perspectiva española	21
Juan Carlos Mato Gómez	
El maltrato infantil: la situación internacional	25
Kevin Browne	
El maltrato infantil: la situación española desde la óptica de un profesional	29
Antoni Martínez Roig	
Modelos legislativos y protección de la infancia en Europa y España	37
Olayo E. González Soler	
Criterios de la buena práctica en maltrato infantil	55
Jesús Fuertes Zurita, Encarna Mª Sánchez Espinosa	
Lo que no sabemos sobre el maltrato infantil	73
Joaquín de Paúl Ochotorena	

Simposios

TRATAMIENTOS FAMILIARES Y SU EVALUACIÓN	
Programa de reinserción familiar de menores institucionalizados	83
José C. Miñones Camaño	
El tratamiento de las familias abusivas. Una experiencia y algunas reflexiones teórico-prácticas	88
Mª Ángeles Cerezo Jiménez	
Evaluación del programa de tratamiento familiar llevado a cabo por la Diputación Foral de Gipuzkoa (Programa de Intervención Familiar GIZALAN)	93
Mª Ignacia Arruabarrena Madariaga	
Programas de intervención con familias maltratadoras	98
José Miguel Sánchez Redondo	
ABUSO SEXUAL: INVESTIGACIÓN DEL CASO	
¿Qué hacer, qué no hacer?	103
Antoni Martínez Roig	
La perspectiva del Fiscal	105
Félix Pantoja García	

La investigación del caso desde la perspectiva psicosocial.....	109
Encarna M ^a Sánchez Espinosa	
El abuso sexual infantil: aproximaciones técnicas a los distintos momentos de la intervención.....	113
Amparo Olmedilla Ramos	
 ABUSO SEXUAL: TRATAMIENTO DE VÍCTIMAS Y ABUSADORES	
La terapia de los abusadores sexuales infantiles: modelos, eficacia y retos del tratamiento.....	115
Bárbara Torres Gómez de Cádiz Aguilera	
Investigación en el tratamiento de niños que han sido abusados sexualmente: una revisión y recomendaciones.....	122
David Finkelhor	
Tratamiento clínico para agresores y víctimas de incesto y abuso sexual.....	125
Victoria Noguerol Noguerol	
Límites y ventajas de la terapia familiar sistémica en el tratamiento de las víctimas y los perpetradores de abuso sexual.....	130
Jorge Barudy	
 APOYO A LA ADOPCIÓN	
Apoyo post-adopción a la madre biológica.....	133
Ana Jiménez Girón y otros	
Padres adoptivos: necesidades de apoyo en torno a la adopción.....	137
Jesús Palacios González, Yolanda Sánchez Sandoval	
 MATERNIDAD ADOLESCENTE Y EMBARAZOS DE RIESGO	
Embarazo adolescente en Andalucía: consecuencias, causas y modelos de prevención.....	141
José Manuel Aranda Regules, Francisco Castaño, Milagros Tirado	
Maternidad adolescente: un problema de falta de recursos.....	146
M ^a Victoria Hidalgo García, M ^a Carmen Moreno Rodríguez	
La prevención del embarazo en los adolescentes: ¿un objetivo abordable?.....	151
Francesc Domingo i Salvany.,	
Embarazos y recién nacidos en adolescentes.....	157
M ^a Victoria Domínguez Corrales	

ABANDONO/NEGLIGENCIA: ESTADO DE LA CUESTIÓN	
Introducción.....	163
Antonio González-Meneses González-Meneses, Manuel Sobrino Toro	
Tratamiento de las familias negligentes.....	167
M ^a Ignacia Arruabarrena Madariaga	
Centro Materno Infantil Casa de la Font.....	171
M ^a Teresa Bertrán Cortés	
El semiabandono: un abandono negligente.....	175
Antonio Vigil-Escalera y Pacheco	
REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL MALTRATO INFANTIL	
El acogimiento familiar como medida ante situaciones de malos tratos infantiles: informaciones y representaciones de la población catalana.....	179
Ferrán Casas Aznar, Sandra Durán	
La representación social de los malos tratos infantiles: dichos y hechos.....	184
César San Juan Guillén, Joaquín de Paúl Ochotorena	
Representaciones sociales sobre la infancia y el maltrato infantil.....	188
Alfredo Oliva Delgado y otros	
INVESTIGACIÓN: BUENOS EJEMPLOS	
El diseño caso-control en estudios del maltrato infantil.....	193
José Manuel Morales González	
Interacciones coercitivas en familias abusivas <i>versus</i> no abusivas: análisis secuenciales.....	198
Ana D'Ocón Giménez	
Algunas reflexiones sobre la caracterización del maltrato infantil en España.....	203
David Saldaña y otros	
Análisis de las redes de apoyo social en menores acogidos en residencias.....	208
Jorge Fernández del Valle, Aranzazu García García	
VULNERABILIDAD Y PROTECCIÓN DE PROFESIONALES	
Vulnerabilidad en profesionales de protección de menores.....	213
José Miguel Sánchez Redondo	
El "queme" profesional y su repercusión en la práctica profesional.....	218
M ^a Ignacia Arruabarrena Madariaga	
El profesional puesto a prueba en sus sentimientos.....	220
Albert Crivillé	

Las ventajas del trabajo de red en la protección de los profesionales que trabajan con familias abusadoras.....	223
Jorge Barudy	

EL PAPEL DE LA ESCUELA ANTE EL MALTRATO

Un programa de apoyo escolar a la escuela para la prevención, detección y atención de niños en situación de riesgo social.....	225
---	------------

Blanca Varona Sánchez

La prevención y detección del maltrato adolescente en los centros educativos.....	229
--	------------

Ramón Muñoz Cano, Elena Redondo Hermosaa

Ojos que no ven: luces y sombras en la percepción que los profesores tienen del maltrato infantil.....	235
---	------------

Jesús Palacios González

Prevención e intervención en situaciones de riesgo social en el ámbito educativo.....	238
--	------------

Ana Gil Lavado

EL PAPEL DE LOS SANITARIOS ANTE EL MALTRATO

Prevención de los malos tratos infantiles desde los centros sanitarios.....	241
--	------------

Juan M. Gil Arrones

Salud mental y maltrato a la infancia.....	245
---	------------

José Luis Pedreira Massá

El papel del profesional médico en el maltrato: prevención, detección y tratamiento.....	251
---	------------

Anthony Tam, M.A. Lynch

Función del hospital en el problema de los niños maltratados.....	254
--	------------

José Calvo Rosales, J.R. Calvo Fernández

NIÑOS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA Y SOCIAL

Los efectos psicológicos de la violencia política en la infancia.....	259
--	------------

Florentino Moreno Martín

Niños de la violencia, niños del exilio: el valor terapéutico de la solidaridad y del amor.....	263
--	------------

Jorge Barudy

Niños víctimas de la violencia política y social.....	265
--	------------

José María Martín Medem

Consideraciones sobre el maltrato a la infancia.....	268
---	------------

Franklin Augusto de los Santos Farinatti

VIOLENCIA GRUPAL Y MALTRATO ENTRE IGUALES	
Intimidadores y víctimas: un problema de maltrato entre iguales.....	271
Joaquín Mora Merchán, Rosario Ortega Ruiz	
Factores relacionados con la violencia entre iguales en centros de acogida.....	276
Kevin Browne, Louise Falshaw	
Prevención y respuesta a la violencia entre iguales en los colegios: lecciones aprendidas del Proyecto Anti-intimidación de Sheffield.....	279
Sonia Sharp	
La escuela ante los problemas de maltrato entre compañeros y violencia interpersonal: un proyecto de intervención ligado a la reforma educativa en curso.....	284
Isabel Fernández García, Rosario Ortega Ruiz	
EL PROBLEMA DE LA JUDICIALIZACIÓN	
La judicialización de los malos tratos.....	291
Jesús Sierra Sánchez	
El problema de la judicialización de los malos tratos y abusos sexuales a menores.....	297
Olayo E. González Soler	
Sistemas legales y maltrato infantil: principios de bienestar versus justicia.....	300
Jacqui Roberts	

Mesas Redondas

ADOLESCENTES CON GRAVES PROBLEMAS DE SOCIALIZACIÓN	
Delincuencia, psicología y ley.....	305
Ernesto Coy Ferrer	
Aprender a ser.....	309
Javier Urra Portillo	
Adolescentes con graves problemas de socialización.....	313
José Manuel Torres Fernández	
¿Victimas sociales?.....	317
M ^a Francisca Lillo Pedreño	
ACOGIMIENTO COMO ALTERNATIVA DE PROTECCIÓN	
El acogimiento como alternativa de protección: dificultades.....	319
Concepció Barjau Capdevila	
La formación de las familias candidatas al acogimiento familiar.....	322
Peré Amorós Martí	
Acogimientos familiares especializados.....	325
M ^a Blanca Martínez Silva	

Colaboración de la Asociación de Voluntarios de Acogimiento Familiar en la implantación y municipalización del recurso de acogimiento familiar en la provincia de Alicante.....	328
Teresa Azcárate Alonso	
Dificultades en el proceso de preparación del niño para el acogimiento familiar.....	332
Alicia Manchón Echaui	
CALIDAD DE LA ASISTENCIA A NIÑOS EN SERVICIOS RESIDENCIALES	
Experiencia de evaluación del proceso educativo de los menores en hogares funcionales.....	335
Estíbaliz Muzás Rubio	
Calidad de la asistencia a niños en servicios residenciales.....	339
Jorge Fernández del Valle	
Atención específica a los menores desde el centro de primera acogida.....	343
Vicente Tinajero Morales	
Criterios asistenciales en hogares infantiles.....	346
Andrés Esteban Arbués	
Calidad de la asistencia a niños en servicios residenciales: (algunas pistas indicativas, extractadas del ideario del Colectivo Galego do Menor).....	349
Jesús Medín Roca	
DISTINTOS MODELOS ORGANIZATIVOS DE LOS EQUIPOS DE INTERVENCIÓN	
Experiencia de un equipo interdisciplinar de apoyo técnico en la administración a los profesionales que intervienen en el campo de la infancia y adolescencia en alto riesgo.....	353
Angels Alier Fabregó y otros	
Modelo organizativo de los equipos de intervención en los Servicios Sociales Comunitarios de la Diputación Provincial de Granada.....	356
Ramón Dengrá Molina y otros	
Organización de equipos de protección de menores.....	358
José Miguel Sánchez Redondo	
Maltrato infantil: 1. Investigación epidemiológica en el gran Buenos Aires. 2. Tratamiento con familias maltratadoras - Evaluación.....	363
María Inés Bringiotti	
Sistemas de atención a la infancia de especial protección.....	367
Juan Manuel Pascual	

POLÍTICA Y PLANES DE SALUD ANTE EL MALTRATO INFANTIL	
El valor del contexto cultural en el niño maltratado.....	369
Oriol Vall Combelles	
Promoción de la salud infantil.....	371
Mercedes Andrés Celma	
ASOCIACIONES DE MALTRATO	
Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada (AMAIM).....	375
Josefina García Cano	
Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos a la Infancia.....	376
Ildelfonso Perojo Pérez	
Asociación de la Comunidad Valenciana para la Promoción de los Derechos del Niño y Prevención del Maltrato Infantil (APREMI).....	378
Mercedes Benac, M ^a Ángeles Cerezo Jiménez	
Pasado, presente y futuro de las Asociaciones para la prevención de los malos tratos a la infancia: reflexiones desde la Asociación Vasca para la Ayuda a la Infancia Maltratada (AVAIM).....	380
Bárbara Torres Gómez de Cádiz Aguilera, Ramón Muñoz Cano	
RUPTURA FAMILIAR Y MALTRATO	
La judicialización del maltrato familiar.....	383
Pascual Ortuño Muñoz	
¿... El interés más necesitado de protección...?.....	387
Vicente J. Ibáñez Valverde	
Violencia familiar: ruptura familiar y marco jurídico.....	390
Marta Valcarce López	
El maltrato infantil en el contexto de la separación o ruptura familiar.....	393
Elena Redondo Hermosa	
Conflictos de lealtades: del divorcio conyugal al divorcio paterno-filial.....	397
J. Ignacio Bolaños Cartujo	
POLICÍA Y MALTRATO	
El fondo de la técnica policial ante el maltrato infantil.....	401
Doroteo Santos Diego	
La Guardia Civil ante el problema de la infancia.....	404
Gonzalo Jar Couselo	
La retirada de menores del ámbito familiar. Perspectiva policial.....	407
Juan León Lozano	

SERVICIOS SOCIALES Y MALTRATO

El lugar de los servicios sociales en la intervención.

Una experiencia sobre la incipiente formación de una red..... 411

José M^a Lezana Angulo

Servicios sociales y maltrato infantil..... 413

Alicia Payá Molina

Servicios sociales y maltrato..... 416

Francisco Carrasco Pozo

Los retos de los trabajadores sociales dentro

o desde los servicios sociales del bienestar infantil..... 420

Kari Killèn

Servicios Sociales y Maltrato..... 421

Jacqui C. Roberts

NUEVAS FORMAS DE ABORDAJE EN MALTRATO

INFANTIL

Introducción..... 423

Antonio Baño Rodrigo

Prodeni: Asociación para la defensa de los derechos

del niño y de la niña..... 425

José Luis Calvo Casal

Cáritas ante los malos tratos a la infancia y adolescencia..... 428

M^a Jesús Martínez Rupérez

Aldeas Infantiles S.O.S. de España..... 430

José Luis de la Casa Mesa

Nuevas formas de abordaje en maltrato infantil..... 433

Isidro Villoria Martín

Nuevas formas de abordaje del maltrato infantil..... 436

Juan José Montenegro Cabello

FORMACIÓN DE PROFESIONALES

La Universidad y la formación especializada en

protección infantil..... 439

Joaquín de Paúl Ochotorena

Formación de profesionales..... 441

M^a Ángeles Cerezo Jiménez

Formación continuada..... 444

José Manuel Alonso Varea

La formación del trabajador comunitario en el ámbito

de los malos tratos: análisis de una propuesta..... 447

Enrique Gracia, Gonzalo Musitu Ochoa

MALTRATO INSTITUCIONAL

Maltrato institucional en servicios sociales: el niño

y su protección en y desde la institución..... 449

M^a Mercedes Álvarez González

Maltrato institucional a menores de edad en la justicia.....	455
José María Casado González	
El maltrato intrahospitalario.....	458
José María Malo Aragón	
Maltrato institucional.....	461
Francisco Lara y González	
MENDICIDAD INFANTIL	
Introducción.....	467
Francisco José Díaz Moreno	
Utilización de menores para la mendicidad.....	469
Manuel López Gálvez	
La mendicidad infantil y los servicios sociales municipales del Ayuntamiento de Sevilla.....	472
M ^a Dolores Caballero Palomo	
Mendicidad infantil.....	474
Olga Peret i Gasía	
Mendicidad infantil: experiencia en el Municipio de Madrid.....	477
Manuel Ramírez Dorrego	

Talleres

Abuso sexual: cómo entrevistar y cómo preparar a la víctima para los itinerarios de diagnóstico.....	481
Victoria Noguerol Noguerol	
Evaluación de la efectividad de un programa de educación sociofamiliar en la disminución del potencial de riesgo para el maltrato infantil.....	483
María Luisa Balda Melarde, M ^a Ángeles Centeno Moreno	
Pautas de crianza, diversidad cultural y minorías étnicas.....	487
Isabel Crespo y otros	
Adopción de niños con minusvalías graves.....	491
Isabel Machado Cabezas	
Competencia parental como modelo de tratamiento.....	493
M ^a Ángeles Cerezo Jiménez, Gemma Pons Salvador, Laura Dolz Serra	
Los sistemas de información para situaciones de desamparo y de necesidades de protección: el Registro Acumulativo de Caso.....	497
Miguel Costa Cabanillas, M ^a Gracia Juste Ortega, José Manuel Morales González	
Un programa de formación para familias acogedoras.....	501
Peré Amorós Martí	

La desprotección de la infancia ante la violencia de los medios de comunicación.....	505
Joan Carles March Cerdá, M ^a Ángeles Prieto	
Sida infantil: aspectos sociales de la infección VIH en el niño.....	507
Alfonso Delgado Rubio, Mauri Urtubi	
Estrategias prácticas para hacer frente a la violencia entre iguales.....	509
Sonia Sharp	
Técnicas médicas útiles en el maltrato infantil.....	511
Xavier Querol Piera, Antonio M ^a López Barrio	
Coordinación entre sectores: protocolos de actuación.....	515
Margarita Sánchez Salas	
El Teléfono del Niño.....	519
Natividad Ferrato Guzmán	
Minusvalías y maltrato.....	523
Miguel A. Verdugo Alonso, Belén Gutiérrez Alonso	
Casos clínicos de maltrato infantil: contrato y estrategias de intervención. El sentimiento de impotencia terapéutica y la necesidad de la red social.....	525
Miguel Garrido Fernández y otros	
Aplicaciones e interpretación de la versión española del Inventario de Potencial de Maltrato Infantil.....	529
Joaquín de Paúl Ochotorena	
Profesionales de enfermería y maltrato infantil.....	533
José Antonio Ponce Blandón y otros	
Tratamiento cognitivo-conductual: programas en la comunidad para los agresores sexuales de menores.....	543
Jayne M. Allam	
El cuestionario E-10: un instrumento para la detección del riesgo social.....	547
Equipo del Programa de Apoyo Escolar para la Protección de la Infancia, Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid	
El Programa de Formación del Voluntariado Social para la Infancia de ADIMA.....	549
Reyes Pinna García, Maite Romero Gudino	
Comunicaciones Orales y Posters.....	555
(ordenados por orden alfabético del primer autor)	
Directorio de autores.....	641

PRESENTACIÓN

El presente libro recoge los trabajos presentados en el **IV Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada: Calidad y eficacia como metas**, celebrado en Sevilla del 8 al 11 de noviembre de 1995. Los pocos trabajos cuyos resúmenes no se incluyen son aquellos no disponibles aún en la momento de enviar este volumen a imprenta.

El libro está organizado en función de tipos y formatos de presentación de los trabajos, y no siguiendo la estructura cronológica del desarrollo del Congreso.

Aparecen en primer lugar los textos completos de las Conferencias Plenarias, encontrándose a continuación los resúmenes de los trabajos presentados en los Simposios y Mesas Redondas. Aunque los talleres tienen un contenido más práctico que de desarrollo expositivo, no obstante se recogen aquí también los objetivos y los principales contenidos a desarrollar en cada Taller.

Finalmente, aparecen los resúmenes correspondientes a las Comunicaciones libres y los Posters enviados por sus autores al Comité Científico del Congreso y aceptados para su presentación durante el mismo.

Después de los resúmenes se incluye una relación de los participantes en las distintas actividades, de los autores de Comunicaciones Orales y Posters y del Comité Organizador y Científico con sus direcciones profesionales, con el ánimo de estimular la comunicación y los intercambios entre los profesionales relacionados con la protección de la infancia.



nv.
122/95

EL JEFE DE LA CASA DE
S. M. EL REY

SU MAJESTAD LA REINA, accediendo a la petición que tan amablemente Le ha sido formulada, ha tenido a bien aceptar la

PRESIDENCIA DE HONOR

del "IV CONGRESO ESTATAL SOBRE LA INFANCIA MALTRATADA", que se celebrará del 8 al 11 de noviembre próximo en Sevilla.

Lo que me complace participarle para su conocimiento y efectos.

PALACIO DE LA ZARZUELA, 14 de Marzo de 1995

EL JEFE DE LA CASA DE S.M. EL REY,

SEÑOR PRESIDENTE DEL COMITE ORGANIZADOR DEL IV CONGRESO ESTATAL
SOBRE LA INFANCIA MALTRATADA.

SEVILLA

PRESIDENCIA DE HONOR

Su Majestad la Reina de España

COMITÉ DE HONOR

Excmo. Sr. Presidente de la Comunidad Autónoma Andaluza
Excmo. Sr. Presidente del Parlamento de Andalucía
Excma. Sra. Ministra de Asuntos Sociales
Excma. Sra. Ministra de Sanidad y Consumo
Excmo. Sr. Ministro de Educación y Ciencia
Excmo. Sr. Consejero de Trabajo y Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía
Excmo. Sr. Consejero de Salud de la Junta de Andalucía
Excma. Sra. Consejera de Educación de la Junta de Andalucía
Excma. Sra. Alcaldesa de Sevilla
Excmo. Sr. Presidente de la Diputación Provincial de Sevilla
Excma. Rector Magnífico de la Universidad de Sevilla
Excmo. Sr. Defensor del Pueblo Andaluz
Excmo. Sr. Fiscal de la Audiencia Provincial de Sevilla

COMITÉ ORGANIZADOR

Ignacio Gómez de Terreros (Presidente)
Manuel Cañas Carretero
Lourdes Prats Ramos
Rafael Muriel Fernández
Jesús Palacios González
Encarna M^a Sánchez Espinosa
Concepción Fernández de la Puente Ceballos

COMITÉ CIENTÍFICO

Jesús Palacios González (Presidente)
Ció Barjau Capdevilla
Miguel Costa Cabanillas
Joaquín de Paúl Ochotorena
Jesús Fuertes Zurita
Luís Martín Álvarez
Encarna M^a Sánchez Espinosa

ORGANIZAN

- Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato Infantil (ADIMA).
- Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI).

COORGANIZAN

- Dirección General del Menor y la Familia, Ministerio de Asuntos Sociales.
- Dirección General de Atención al Niño, Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales, Junta de Andalucía.
- Vicerrectorado de Extensión Universitaria, Universidad de Sevilla

COLABORAN

- Diputación Provincial de Sevilla.
- Ayuntamiento de Sevilla.
- Consejería de Educación y Ciencia, Junta de Andalucía.
- Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- Delegación Provincial de Sevilla de la Consejería de Educación y Ciencia.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental.
- Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Sevilla.
- Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura.
- Unidad de Pediatría Social, Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

- Área de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Sevilla.

El IV Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada ha sido declarado una actividad de interés científico y sanitario por el Ministerio de Sanidad y Consumo, así como por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

**CONFERENCIAS
PLENARIAS**

LA ATENCIÓN SOCIAL A LA INFANCIA EN RIESGO. LA PERSPECTIVA ESPAÑOLA

Juan Carlos Mato Gómez

Dirección General del Menor y la Familia, Ministerio de Asuntos Sociales

INTRODUCCIÓN

El tema objeto de debate y análisis en este congreso: el maltrato infantil, es complejo, difícil pero apasionante también para quienes estamos preocupados, de un modo u otro, por el bienestar de la infancia. Es complejo y difícil por cuanto intervenir en este fenómeno supone a menudo introducirse en la esfera privada de las familias e implica una valoración social respecto a lo que es peligroso e inadecuado para los niños. Pero es apasionante al mismo tiempo porque trabajar por el bienestar de la infancia es tanto como trabajar por el bienestar de la humanidad en un sentido estratégico.

En este resumen se describen los antecedentes de la atención a la infancia en riesgo social, las bases del moderno sistema de protección y los criterios que pueden configurar un proyecto o programa de futuro.

ANTECEDENTES DE LA ATENCIÓN A LA INFANCIA EN ESPAÑA EN DIFICULTAD SOCIAL

Hasta muy recientemente la protección social a la infancia ha venido caracterizada por una concepción benéfica y de asilo que tiene su origen en la *Obra de Protección de Menores* que arranca de la Ley de 12 de agosto de 1904. Esta concepción que pervive hasta los años setenta está caracterizada por:

1. **Internamiento masivo de niños.** En esta etapa se construyeron grandes e inhóspitos centros que funcionaban como almacén o depósito de niños que recibían sustento material y una educación muy básica. Esta era la casi exclusiva medida de protección social.

2. **Atención masificada e indiferenciada.** Las condiciones del propio internado facilitaba una atención masificada. Niños diferentes con necesidades especiales eran atendidos de manera indiferenciada y sin recursos profesionales especializados.

3. **Escasez de sensores sociales e institucionales del maltrato infantil.** La mayor parte de los niños que nutrían los internados lo hacían por cuestiones económicas y de abandono. Los casos de maltrato físico o emocional que ocurrían en el seno familiar eran en su mayor parte desatendidos. El maltrato que ocurría de "puertas para dentro", en el ámbito de la familia, incluso era tolerado social y culturalmente.

4. **Atención aislada del contexto social y familiar.** Los niños abandonados, generalmente por razones socioeconómicas, permanecían en los internados aislados y alejados de sus familias durante años. No mantenían tampoco relaciones con su entorno social inmediato y la integración y normalización social no eran nunca objeto educativo.

El cambio político ocurrido en nuestro país a finales de los años setenta sentaría las bases de una nueva etapa que emergía con cierto retraso respecto a los países del entorno europeo. A partir de la Constitución de 1978, la organización y estructuras administrativas de nuestro país, sufren una serie de transformaciones importantes que afectarían también

al ámbito de la Protección de Menores. Las primeras elecciones municipales democráticas de 1979 después de la Guerra Civil, contribuiría, de modo decisivo, a acercar las necesidades de los ciudadanos a las instituciones políticas y administrativas. También, cómo no, la de los pequeños ciudadanos.

LOS AÑOS OCHENTA: EL COMIENZO DE UNA NUEVA CULTURA Y UN NUEVO SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA

Durante la década de los ochenta se producen los grandes cambios que son los precursores del actual Sistema de Atención Social a la Infancia en Dificultad Social. Estos cambios afectan tanto a los valores y sistemas normativos como a los equipamientos y redes de servicios.

Estos cambios han abierto un horizonte nuevo y el comienzo de un sistema moderno de protección a la infancia. Estas circunstancias, junto con otros factores sociodemográficos, están cooperando también en la producción de una nueva cultura respecto a la infancia, en cuyos valores y creencias emerge una nueva infancia con nuevas necesidades específicas y como seres sujetos de derecho. Los cambios que merecen reseñarse, entre otros, son:

1. **Cambios normativos y de valores.** La Ley 21/87, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil para regular situaciones de protección jurídicas a la infancia en dificultad social, es el nuevo marco normativo que da lugar al comienzo de un sistema moderno de protección a la infancia. Sistema que tienen un común denominador en los principios o criterios básicos de atención a los niños: desjudicialización de la protección al conferir a la Entidad Pública la responsabilidad de la misma, primaria del interés del menor frente a otros intereses, integración preferente de los menores en los núcleos familiares, así como en las redes normalizadas, coordinación interinstitucional y de servicios. Las Entidades Públicas (Comunidades Autónomas), responsables de estos sistemas en sus territorios respectivos, asumen la organización y desarrollo de este sistema como un mecanismo indispensable para garantizar una adecuada atención social a la infancia y sus derechos. Por otra parte, la Convención de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 contribuiría a extender nuevos valores en relación a la infancia.

2. **Cambios en los equipamientos y en los servicios.** Desaparecen los grandes internados y se transforma la atención residencial, comienza a existir una mayor profesionalización de los servicios, se crean y se desarrollan los servicios sociales básicos, se descentralizan los sistemas y dispositivos de atención y se desarrolla una red articulada de servicios con un marco normativo similar (Ley 21/87) en todo el Estado.

3. **El maltrato a la infancia aparece como objeto de investigación y atención social.** El maltrato a la infancia aparece como objeto de preocupación por la red de los servicios sociales a través del sistema de atención que comienza a configurarse en torno a l marco normativo de la Ley 21/87. También aparecen las primeras investigaciones en Cataluña y el País Vasco tendentes a cuantificar y comprender este fenómeno.

No obstante todo ello, el sistema adolecía de un desigual desarrollo e implantación en el Estado y presentaba lagunas importantes en relación a la atención integrada de los niños y niñas en riesgo social y en relación a la organización y calidad de los equipamientos.

LOS AÑOS NOVENTA: DESARROLLO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN SOCIAL A LA INFANCIA EN DIFICULTAD SOCIAL

Las características más notables de esta etapa son:

1. **Nuevos desarrollos legislativos.** La ratificación de la Convención de los Derechos del Niño por el Parlamento Español el 6 de diciembre de 1990 y en vigor desde el 5 de enero de 1991 vino a dar un nuevo impulso a ese cambio cultural y a fortalecer las bases de la protección a la infancia en riesgo. Por otra parte diversas Comunidades Autónomas promulgan, en el ejercicio de sus competencias propias, leyes de infancia en las que se regula no sólo la protección de los menores en riesgo sino también el ejercicio de sus derechos básicos, muchos de los cuales aparecen recogidos en la Convención de Derechos del Niño. Por último, se inicia la elaboración del Proyecto de Ley de Protección Jurídica del Menor y de modificación parcial del Código Civil que pretende cubrir algunas lagunas observadas en la Ley 21/87 así como modificar algunos aspectos de su regulación e introducir en la misma la filosofía inspiradora de la Convención.

2. **Desarrollo de los equipamientos.** La red de servicios de protección se desarrolla al mismo tiempo que se introducen, si bien de modo desigual, sistemas que contribuyen a optimizar y normalizar procesos. Los objetivos de la calidad comienzan a aparecer en el horizonte si que por ello deje de preocupar la escasez de muchos de los servicios y equipamientos. Comienza a existir un interés por los protocolos que ayuden a los profesionales a tomar decisiones en las situaciones de maltrato y abandono.

3. **El maltrato como objeto de estudio cobra un interés inusitado.** Se impulsan nuevos estudios sobre el maltrato infantil y este interés se extiende a nuevos equipos de investigación. En universidades del País Vasco, de Cataluña, de Castilla y León, de Madrid, de Valencia y de Andalucía, se configuran equipos docentes y de investigación que asumen como objeto de estudio este fenómeno. En los servicios de las diferentes Entidades Públicas también aparece este interés por formación e investigación y comienza a establecerse puentes de gran utilidad entre el mundo académico y el de los servicios sociales. Se asiste incluso a un impulso financiero y técnico por el desarrollo de programas para la prevención y tratamiento del maltrato a la infancia. Las publicaciones sobre el tema se multiplican y comienza a aparecer y proliferar monografías de interés. Los eventos de carácter profesional como seminarios, cursos y congresos proliferan en esta etapa así como el movimiento asociativo.

4. **Aparecen en el horizonte de la atención los planes integrales de infancia.** Se dan los primeros pasos, aunque tímidos, de una concepción integrada de la infancia que inspiran y orientan programas y procesos de atención a la infancia en riesgo. Aparece la preocupación por la coordinación y la acción intersectorial conjunta con los servicios educativos y sanitarios.

Por último, la ponencia termina con un análisis de los puntos fuertes y débiles del sistema en relación al maltrato y a la infancia en riesgo y se proponen las bases de un programa de mejora del propio sistema.

EL MALTRATO INFANTIL DESDE UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Kevin Browne

University of Birmingham, Reino Unido

En los últimos años, el problema del maltrato y abandono de niños ha recibido una gran atención en todo el mundo (Finkelhor, 1994). La mayoría de los países están considerando el problema y muchos han firmado el art.19 de *La Declaración de los Derechos de los Niños* de las Naciones Unidas relacionado con la protección de la infancia. Sin embargo, ¿cual es la realidad de la situación?

Una revisión del maltrato físico y el abuso sexual será presentada por 38 países encuestados por la Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y Abandono de Niños (ISPCAN). Estos países son: Australia, Bélgica, Belice, Brasil, Canadá, Dinamarca, República Dominicana, Inglaterra, Francia, Grecia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Kenya, Malasia, Holanda, Noruega, Sudáfrica, España, Suecia, Túnez, Estados Unidos, Hong-Kong, Escocia, Singapur, Argentina, Nueva Zelanda, Austria, Finlandia, Alemania, Chile, Costa Rica, India, Nigeria, Pakistán, Perú y Uruguay.

Se discutirán las ideas para la prevención, en relación con la literatura internacional actual, principalmente de naciones occidentales desarrolladas. Los resultados hallados en países occidentales sugieren que la mayoría de niños maltratados no son proactivos en la prevención de su maltrato. En realidad, cuatro de cada cinco niños víctimas no utilizarían el teléfono ni adoptarían otras estrategias de protección recomendadas. Las Líneas de Socorro, aunque son excelentes para adolescentes, no pueden prevenir la mayoría de los malos tratos y abandonos de niños más pequeños, y muchos niños serán maltratados antes de haber tenido la oportunidad de haber sido sometidos a un programa escolar de prevención. Por lo tanto, los profesionales en la **protección infantil** deben ser más proactivos que reactivos ante ellos.

El indicador más importante de la necesidad de prevención temprana es el nivel de maltrato fatal y lesiones graves; la Sociedad Nacional para la Prevención de la Crueldad con los Niños en el Reino Unido afirma que de 3 a 4 niños mueren cada semana de manos de sus padres (NSPCC, 1985). Por cada niño que muere, otro quedará discapacitado para el resto de su vida, con lo cual tenemos que cada semana de 3 a 4 niños se quedan ciegos, sordos, con daño cerebral, etc., como resultado de maltrato o abandono. Por lo tanto, siempre que se discute la necesidad de prevención, es importante recordar el número de niños que siguen muriendo o quedándose discapacitados para el resto de sus vidas porque a menudo nuestras intervenciones se llevan a cabo demasiado tarde o nuestros servicios preventivos son inadecuados.

La prevención se clasifica tradicionalmente en tres niveles: **prevención primaria**, que cubre toda la población; **prevención secundaria**, que cubre la población identificada como de alto riesgo para ofrecer intervención antes de que ocurra el maltrato; y finalmente **prevención terciaria**, o tratamiento dado tras el maltrato. Por supuesto, para los niños muertos o discapacitados la prevención terciaria llega demasiado tarde. La prevención terciaria ni siquiera funciona bien con los niños que sobreviven. En los Estado Unidos y en el Reino Unido, el maltrato físico es continuado en al menos la mitad de los casos notificados a las

organismos de protección infantil (Magura, 1981), y el abuso sexual se repetirá en la mayoría de los casos en los que el ofensor continua en la familia (Bentovim, 1991). Hay también algunas evidencias de que los servicios disponibles son insuficientes para proporcionar apoyo y terapia apropiados a los niños maltratados y sus familias. En un estudio de 202 niños sexualmente abusados en Londres (Prior, Lynch y Glaser, 1994), el 37% de ellos no recibieron terapia, sin embargo todos estos niños habían descrito el contacto sexual y hubo un consenso profesional de que el abuso había ocurrido.

Las técnicas de prevención primaria intentan un cambio fundamental en la sociedad. Por ejemplo, campañas de concienciación pública que pongan en duda algunas ideas erróneas y que tengan como objetivo aumentar la comprensión de la gente sobre la extensión y naturaleza de la violencia física y sexual contra las mujeres y las niñas. Tales enfoques de la prevención primaria no son fáciles. Las personas que llevan a cabo estas campañas tienen que mantener el equilibrio entre la necesidad de un mensaje claro y la simplificación excesiva del problema. Por ejemplo, la denuncia de que uno de cada dos niños será abusado sexualmente antes de ser adulto está basada en una definición amplia del abuso, que incluye maltrato sin contacto. Así, aquellos individuos que piensan en un abuso con contacto, tacharán el mensaje de exagerado. Además, para que los mensajes aparezcan claros, algunas veces tienen que ser muy específicos. De ahí que algunas campañas no consideran el abuso sexual de chicos prepúberes quienes están a menudo en las mismas situaciones de riesgo.

Otro enfoque de la prevención primaria del abuso sexual, igual de polémico, promueve los cambios a través de programas de educación escolar para niños. Un programa de Nueva Zelanda (Briggs y Hawkins, 1994) fue efectivo por el compromiso de los profesores, el apoyo de los padres y un material apropiado para la edad. Un importante ingrediente del programa descrito era el desarrollo de la autoestima de los niños. Las investigaciones han mostrado que los ofensores sexuales tienen como objetivo aquellos niños con un bajo sentido de autovaloración, que parecen vulnerables e inseguros de ellos mismos, con una necesidad de ser cuidados (Elliot, Browne y Kilcoyne, 1995). Así, una formación en la afirmación personal necesita ir paralela al desarrollo de la autoestima.

Es más probable que los problemas emocionales anteriormente descritos sean desarrollados por niños que han experimentado una ruptura y separación familiar y, por lo tanto, pueden ser considerados un grupo de alto riesgo. La prevención secundaria involucra a los profesionales en intervenciones que tiene como objetivo prestar especial atención a estos grupos antes de que el maltrato ocurra dentro o fuera de la familia.

Familias monoparentales y aquellas con padrastros o madrastras han sido identificadas como **de riesgo** de maltrato infantil por un número de estudios y algunos investigadores son partidarios de que estos **factores de riesgo** sean incluidos en la identificación de poblaciones de alto riesgo (Browne, 1995). Este enfoque de la prevención secundaria puede ser visto como controvertido. Sin embargo, mientras que la intervención posterior a la identificación sea positiva, los efectos de cualquier "falso positivo" serán mínimos. Otro enfoque es proporcionar un servicio que permita a los padres reconocer que necesitan asesoramiento como padres.

Un ejemplo de prevención a nivel terciario para madres con grandes dificultades maternas es que la mejora de la calidad en las relaciones padres/hijo protege al niño del maltrato tanto dentro como fuera de la familia. David Wolfe (1993) afirmó en Canadá que las intervenciones que se concentran en las interacciones familiares son más efectivas en la prevención del maltrato y abandono infantil, especialmente cuando estas intervenciones se hacían en los hogares. Quizás ha llegado el momento para que los profesionales y el público

en general señalen a las personas encargadas de tomar decisiones de que las acciones hablan más fuerte que las palabras.

REFERENCIAS

- BENTOWIN, A. Clinical work with families in which sexual abuse has occurred. En: Hollin, C.; Kowells, K., editores. *Clinical approaches to sex offenders and their victims*. Chichester: Wiley, 1991, P. 179-208.
- BRIGGS, F.; HAWKINS, R. Choosing between child protection programmes. *Child Abuse Review* 1994, vol. 3, nº 4, p. 272-283.
- BROWNE, K.D. (1995). Preventing child maltreatment through community nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1995, vol. 21, nº 1, p. 57-63.
- ELLIOT, M.; BROWNE, K.D.; KILCOYNE, J. Child sexual abuse prevention: what offenders tell us. *Child Abuse and Neglect* 1995, vol. 19, nº 5, p. 579-94.
- FINKELHOR, D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 1994, vol. 18, nº 5, p. 409-17.
- MAGURA, M. Are services to protect children effective? *Children and Youth Service Review* 1981, nº 3, p. 193.
- NATIONAL SOCIETY FOR THE PREVENTION OF CRUELTY TO CHILDREN. Child abuse deaths. *Information Briefing* 1985, nº 5.
- PRIOR, V.; LYNCH, M.A.; GLASER, D. Messages from children. *NCH Action for Children*. London, 1994.
- WOLFE, D.A. Child abuse prevention: blending research and practice. *Child Abuse Review* 1993, nº 2, p. 153-165.

EL MALTRATO INFANTIL. LA SITUACIÓN ESPAÑOLA DESDE LA ÓPTICA DE UN PROFESIONAL

Antonio Martínez-Roig

Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI)

Hablar hoy del tema del maltrato infantil en la sociedad española puede hacerse desde distintos puntos de vista. El de los ciudadanos, el de los profesionales, el de los propios niños y adolescentes, el de las instituciones, el de los medios de comunicación o el de los investigadores. Todos tendrán diferencias con aspectos coincidentes. Probablemente el resultado de la confrontación y conjunción de todos ellos nos daría el más próximo a la realidad. Si, además, se tiene en cuenta que la representación social del maltrato infantil puede no suponer lo mismo para cada uno de los estamentos o personas a las que antes hicimos referencia, la dificultad en dar una visión lo más cercana posible a la realidad aumenta.

La visión que voy a ofrecer sobre el tema, mejor dicho sobre determinados aspectos del mismo, va a ser desde la óptica de los profesionales. Así expresado parece un proyecto muy ambicioso, en la realidad no lo va a ser tanto. Las fuentes de información para adquirir una opinión lo más ecuánime posible del estado de la cuestión, no han sido lo amplias que el tema se merece.

Para sacar unas conclusiones lo más cercanas posibles a la realidad se debería haber hecho una investigación programada con una muestra significativa de los distintos tipos de disciplinas profesionales e instaladas en las diferentes nacionalidades y comunidades autónomas del Estado.

Ello no ha sido así y lo que os voy a exponer es una opinión recogida a través de la experiencia, de las informaciones, conocimientos y modelos recibidos mediante la propia práctica diaria, la tradición y la comunicación social. Sin embargo, al haber sido invitado a hablar de este tema en representación de la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI), pensé que la fuente de información también debían ser las propias Asociaciones constitutivas de la misma y a ellas me dirigí para poder así expresar una opinión no tan personalista. Aunque seguiré exponiendo opiniones, serán menos personalistas y más participadas.

Antes de hablar de la actualidad me parece importante recordar algunos aspectos que han condicionado parcialmente la actual actuación y situación de determinados grupos profesionales en relación al tema del niño maltratado.

El trayecto seguido por el fenómeno del maltrato infantil entre los profesionales del Estado Español es paralelo en el tiempo al del resto de los países industrializados, con un nivel de desarrollo que les permitía preocuparse por el bienestar o la calidad de vida y dejar atrás la lucha por la supervivencia.

Todos sabemos que hay un momento clave en la segunda mitad de la década de los 60 en que la comunidad científica empieza a hablar del síndrome del niño apaleado. En aquellos momentos también en algunos servicios de urgencias de nuestros hospitales universitarios o en los escasos hospitales infantiles que existían, se empiezan a detectar también niños con unas características clínicas de maltrato físico. Tampoco era excepcional que las fuerzas de seguridad más cercanas a la población se encontraran con algún niño con características de haber sido "agredido" por alguien que no tenía su misma edad y con lesiones

cuyas características no parecían accidentales.

Igual que en otros estados o países. La diferencia estaba en que los otros, con tradición democrática instaurada, poseían una infraestructura y una cultura de atención social de la población y de protección infantil, mientras que en nuestro Estado, en aquellos momentos, la política de Servicios Sociales era prácticamente inexistente. Se hacía primordialmente beneficencia desde entidades privadas. Aquello, en aquel momento, fue un condicionante de la respuesta profesional y, quizás también, de algunos aspectos de la actual.

Los profesionales de la sanidad y de la justicia fueron los primeros que establecieron contactos interprofesionales. La lenta respuesta que los segundos daban ante la denuncia de casos, las respuestas poco protectoras hacia el niño, el mantenimiento de la patria potestad ante situaciones ignominiosas para el niño, condicionaron desconfianza y una respuesta poco activa desde el mundo de la sanidad. No se conseguía proteger al niño, ni tampoco se planteaba la actuación rehabilitadora.

La respuesta mencionada me atrevería a decir que se mantiene parcialmente en la actualidad. La desconfianza generada entre el mundo de la sanidad aún perdura, aunque quizás expresada en otra forma.

La falta de una política y una infraestructura de servicios sociales, junto al ingente número de instituciones donde se "aparcaban" a los niños, ha dado paso a una progresiva creación de servicios municipales y autonómicos, de atención primaria o especializados, ocupados por profesionales de distintas disciplinas, con la inexperiencia propia de todo lo que se inicia y con desigualdades entre las zonas urbanas y rurales.

Todo ello ha originado que al iniciar la andadura se primara la asistencia sin que existieran unos claros protocolos de actuación y que los profesionales que se ocuparon de estos nuevos servicios carecieran del suficiente entrenamiento en el área de la intervención. A pesar del positivo cambio efectuado, se puede decir que ha existido un cierto autodidactismo y que *aún se está en el camino* en lo que se refiere a la protección infantil. Esto ha motivado que las desconfianzas que, en el trabajo interdisciplinario, eran dirigidas antes exclusivamente hacia el mundo de la Justicia, ahora se bifurquen lógicamente hacia dos estamentos: los servicios sociales, por su implantación y papel centralizador y hacia el mundo de la justicia, porque a pesar de mejoras evidentes, existen disparidad de opiniones y, casi de manera generalizada, siguen sin considerar las características diferenciadas del niño tanto en lo que se refiere a los aspectos primordiales del desarrollo como cuando debe hacer alguna declaración.

La pregunta que supongo sale a la palestra es: desconfianza, ¿por parte de quién y hacia quién? Me permito la licencia de la palabra desconfianza, ya que lo que realmente falla es el verdadero trabajo interdisciplinario entre varios, por tanto la desconfianza tiene dos sentidos direccionales.

Sin embargo, dado que se centraliza el modelo de protección infantil en los servicios sociales, lo que da por sobreentendido que es a ellos a quien atañe gran parte del modelo instaurado, me interesará hablar de las disciplinas llamadas periféricas. A éstas a las que teóricamente se les reconoce un papel, pero que en la práctica poca presencia tienen. Lógicamente me refiero al mundo de la salud y de la enseñanza.

Existe un vacío en lo que se refiere a la detección de casos de malos tratos, en lo que podríamos llamar situación normalizada de la vida de un niño: espacios de ocio, guarderías, escuelas, centros de salud de atención primaria. Existe una verdadera interrelación con los equipos de servicios sociales en aquellas zonas donde la población tiene unas necesidades adicionales, pero esta interrelación es inexistente en las zonas donde la población no tiene las necesidades adicionales contempladas desde los servicios sociales, pero en cambio, pue-

den tener otras necesidades de tipo personal adicional que también condicionan el maltrato.

Todo ello hace que, entre la ciudadanía y un gran porcentaje de profesionales de las disciplinas "periféricas", el tema del maltrato infantil se siga considerando como un "tema de los servicios sociales", aunque en muchas ocasiones el tema es conocido con gran claridad por los profesionales de la sanidad y la enseñanza.

Un segundo aspecto a considerar es que, a pesar de que cuando existen algoritmos protocolarios siempre existen flechas indicadoras de la interrelación entre los distintos servicios que se pueden implicar en un caso, esta práctica no es generalizada, e incluso donde se lleva a cabo, es irregular.

La escasa formación de los profesionales en el trabajo disciplinario, el desconocimiento de los métodos de trabajo de las restantes disciplinas, la desconfianza acerca de los datos obtenidos por las otras disciplinas y el modo como se han obtenido hacen que las actuaciones se ralenticen para unos, para otros precisen un mayor período de seguimiento y para otros se actúe con un método poco científico.

Otra perspectiva que también facilita el distanciamiento de los profesionales de la sanidad y enseñanza respecto de los reconocidos como de protección infantil, es el intento de implementación de métodos de trabajo desde investigadores ajenos a estas disciplinas. En el seno de sus propias disciplinas han existido y existen métodos de trabajo, locales o foráneos, a los que se está habituado a trabajar, con los que también se llega donde se pretende llegar con los otros, sin tanta complejidad y utilizados cotidianamente.

Un cuarto matiz es que la intervención terapéutica con familias sigue siendo en el estado español un campo aún en los cimientos. Se han iniciado distintas pautas siguiendo determinados modelos psicológicos o sociales, pero todo muy poco generalizado. En campos tan ambiguos como los que tienen implicaciones sociales, conductuales o penales siempre existen diferentes modelos de actuación con resultados satisfactorios para sus defensores. La realidad hace que determinadas "modas" científicas consideren poco efectivos los métodos de algunas escuelas, cuando las evaluaciones de resultados de unos u otros a largo plazo son escasas. Todo ello origina desconfianza hacia los equipos seguidores de escuelas que en determinado momento no son consideradas de primera línea.

Antes de pasar a sacar consecuencias de todas estas consideraciones me gustará volver a hablar de un colectivo profesional mencionado al principio, el de las fuerzas de seguridad. Su campo de acción es múltiple pero su paulatina aproximación especializada hacia lo que desde el mundo jurídico o policial llaman "menor", les ha ido proporcionando unas experiencias y resultados positivos. Hay que contar que su acercamiento al ciudadano les permite ser testigos directos de situaciones de riesgo hacia el niño. Hay que revalorizar su papel, en determinados aspectos de detección, y se debe proporcionar una adecuada formación a aquellos que actúen diariamente en un ambiente con familias y niños. El niño no es una miniatura del adulto. Se le debe conocer y se debe saber cómo actuar con él.

¿Qué consecuencias se pueden extraer de las consideraciones antes mencionadas?

En primer lugar que, si bien el maltrato infantil es un tema competencia del llamado bienestar social, no es exclusivo de ninguna disciplina profesional ni departamento institucional. Es por este motivo importante trabajar coordinadamente desde las instancias planificadoras a los investigadores y los profesionales de campo. Se debe reconocer a cada uno su papel, el momento en que lo tiene, reconocer los métodos de trabajo válidos para un fin determinado, conocer qué es lo que se puede esperar de cada una de las disciplinas implicadas y que cada una de ellas sepa qué puede esperar de las demás y conozca cuales son sus métodos de trabajo. Todo ello implica una coordinación. No existe una buena orquesta sin

un director experimentado. Este papel es evidente que debe ser ejercido por los servicios sociales.

De la anterior consecuencia se puede deducir la segunda, la adecuada sensibilización y formación de los profesionales de la salud y la enseñanza hacia el tema del maltrato, para que, al aplicar sus conocimientos, incrementen el número de diagnósticos y se sientan realmente implicados en el tema como elementos fundamentales. Ellos son los que conviven con cualquier niño desde su nacimiento hasta que son considerados adultos, en una situación normalizada o en situación de desestructuración familiar o social.

Otra consecuencia es, que si bien se sabe el papel central y coordinador de los equipos de protección infantil, no se debe olvidar que el gran tamiz donde se pueden detectar o prevenir problemas del niño o la infancia, es dónde éste está presente. En los equipamientos de ocio, la escuela y en el mundo de la salud.

No se ha potenciado lo suficiente el papel de los profesionales de estas disciplinas. Es a través de las mismas, con sus métodos de trabajo elaborados por sus propios profesionales dentro de un Plan General de Protección Infantil, como puede rentabilizarse mejor su trabajo y conseguir una mayor sensibilización. Cuando uno contempla realmente que ocupa el lugar que le corresponde, su respuesta es más positiva y tolera mejor la frustración profesional.

Una consecuencia final es la de que hay que acabar con la idea generalizada, tanto entre la ciudadanía como entre los profesionales, de que el tema del maltrato es un tema de "servicios sociales". Es decir de las personas, familias o grupos con dificultades de desarrollo, de integración a la sociedad, falta de autonomía personal, disminuidos físicos, psíquicos o sensoriales, con problemas familiares o marginación social. El fenómeno del maltrato incumbe a todos, no sólo a los profesionales y a los Departamentos de Bienestar Social. Sólo con la real implicación de las otras disciplinas o departamentos en sus adecuadas dimensiones facilitará la comprensión de que el tema del maltrato infantil concierne a todos, si bien en distintas maneras.

Al inicio he comentado que había pedido colaboración a las asociaciones que integran la FAPMI y quiero concluir las reflexiones u opiniones hablando de las mismas, cual fue la demanda que les hice y cual es su papel. Les solicité información a través de dieciséis puntos:

- 1.- Datos de maltrato en 1980 y en la actualidad.
- 2.- Principales problemas del profesional en las fases de detección, valoración, intervención, seguimiento y evaluación final.
- 3.- Tipo de maltrato más problemático para la detección y sus motivos.
- 4.- Nivel de formación del graduado o licenciado en las diferentes disciplinas al finalizar los estudios superiores o de grado medio.
- 5.- Existencia de formación continuada.
- 6.- Nivel de sensibilización del profesional en las distintas disciplinas.
- 7.- Nivel de sensibilización de la ciudadanía.
- 8.- Papel de los medios de comunicación.
- 9.- Favorabilidad o no del papel de las ONGs.
- 10.- Existencia o no de investigación.
- 11.- Nivel de coordinación entre los profesionales de las diferentes disciplinas o ámbitos.
- 12.- Orientación de los problemas sociales en los que el niño o la infancia pueden hallarse implicados, aunque indirectamente, con la visión de riesgo hacia los mismos o no.

- 13.- Disciplina profesional que actúa en el campo de la infancia y que se puede considerar que actúa con más negligencia y menos sensibilizada en el tema del maltrato infantil.
- 14.- Paralelismo o divergencia entre las decisiones políticas y los deseos de los profesionales en el tema del maltrato.
- 15.- Existencia de prevención y tipos.
- 16.- Esquema básico de funcionamiento de los equipos de protección infantil en la comunidad correspondiente.

Sus respuestas evidentemente han servido para corroborar o enriquecer determinados aspectos de las opiniones personales que anteriormente he comentado. Hay que reseñar, como es lógico, la diversidad de opiniones, a veces incluso en dirección opuesta. Esta diversidad nos ofrece una primera conclusión: la existencia de diferencias en las distintas nacionalidades y comunidades autónomas del estado español. Aunque sobre el papel hay unos esquemas y organizaciones de trabajo, que se podrían decir similares, el nivel de exigencia de los profesionales no parece el mismo. Quizás habría que dirigirse a la infancia de las mismas para ver si las respuestas hacia la misma son o no iguales.

Una segunda conclusión es el interés actual que para el profesional tiene la detección e intervención en los casos de abuso sexual por la gran dificultad que supone por las propias características del mismo y por la preparación especial que el profesional precisa, así como la consecuente cadena de actuación interdisciplinaria.

La tercera es el olvido que también tiene el adolescente en el tema del maltrato infantil. Olvido que coexiste en otros muchos campos de la salud o sociales, donde "nadie" se encarga del mismo directamente.

La cuarta es la falta de sensibilidad del profesional a la hora de detectar negligencias (el tipo de maltrato considerado más frecuente en nuestra geografía) y maltrato emocional. Los profesionales conocedores de estas situaciones tienden a minimizar las futuras consecuencias en el desarrollo del niño y sólo actúan cuando aparecen los primeros trastornos, en vez de hacerlo cuando la situación ya está presente aunque aún no haya repercutido visiblemente. Asimismo, siguen existiendo profesionales que piensan que el abuso sexual no sucede.

A continuación vamos a comentar los aspectos no tan concluyentes de las respuestas a las preguntas formuladas, sin repetir los que ya hayan sido comentados bastantemente en las opiniones introductorias. Hay que hacer mención que existen Asociaciones que nos expresan que en su Comunidad se respira un gran optimismo y los problemas se hallan en satisfactoria vía de solución. Otras evitaron responder por considerar que sólo iban a emitir opiniones. Se van a ofrecer a reflexión los puntos problemáticos o que deben ser mejorados, sin que se quiera ver con ello una visión fatalista. Las Asociaciones tienen la misión de ser críticas para una mejor atención y situación de la infancia en la sociedad, es por ello que se obviará comentar aquello que funciona correctamente ya que es así como siempre deberían funcionar las instituciones y actuar las personas, lo único que se podría pedir es que el nivel de funcionamiento correcto fuera el más alto para bien del usuario.

De los dieciséis puntos antes mencionados se han suprimido el primero y el último y el resto se han agrupado por afinidades.

Problemas del profesional

- En la fase de detección: se consideran motivados por su formación incompleta, la falta de protocolización de las actuaciones, el miedo a las denuncias, la falta de sensibiliza-

ción en el tema y el desconocimiento de los recursos de intervención.

Se piensa que se debe volver a mencionar que a veces se olvida la necesidad de estar cerca de los niños para detectar sus problemas.

- En la fase de valoración: "olvido" de los indicadores menos relevantes o más sutiles en cuanto al diagnóstico.

- En la fase de intervención: falta de rigor y profundidad en el estudio de los casos. Desconocimiento de los recursos existentes. La detección tardía de casos empobrece la actuación por la propia cronificación de los mismos. La escasa coordinación y la falta de recursos por problemas generales de financiación o de priorización política de otros problemas sociales.

Tampoco se debe olvidar que la falta de colaboración de la familia y el entorno así como el miedo de la víctima entorpecen en gran manera el trabajo en esta fase.

- En la fase de seguimiento y evaluación: no existe una cultura de evaluación del propio programa de actuación. Se debe mencionar también la influencia que puede tener la falta de motivación de los profesionales con el paso del tiempo.

Nivel de formación

El nivel de formación se considera unánimemente deficitario en el período de pregrado de todas las disciplinas, y no se puede considerar satisfactorio a nivel de formación continuada.

Nivel de sensibilización y de negligencia en las actuaciones de los profesionales

El nivel de sensibilización del profesional depende de la disciplina profesional en la que actúa y del tipo de maltrato. Se podría decir que los ámbitos de trabajo social y el maltrato de tipo físico o sexual serían los más sensibilizados o sobre los que hay más sensibilización. Por contra se considera que el ámbito de la enseñanza es el menos sensibilizado y más negligente asimismo se debe destacar la lentitud de actuación del campo judicial.

Algunos de los motivos de esta carencia de sensibilización podría estar en la falta de formación, desconocimiento de las obligaciones, desmotivación por el rigor profesional y miedo a la implicación personal.

El nivel de sensibilización es menor en la práctica privada que en la pública.

Nivel de coordinación

Se piensa que es indispensable y existente en la medida de lo posible. Sin embargo se cree existen celos y que cuando en un caso hay implicación de varias instituciones (Bienestar Social, Enseñanza, Justicia, Sanidad) en un caso el resultado puede depender más de la gestión de las personas que no del funcionamiento correcto de los canales de coordinación interinstitucional.

Nivel de sensibilización de la ciudadanía

Se debe hablar de falta de información y sensibilización. El ciudadano suele estar sensibilizado hacia el caso puntual y hacia el maltrato de tipo físico. Sigue existiendo en gran

parte la imagen del “maltratador-monstruo”.

El individuo no se considera como un maltratador en potencia, ni tampoco ha madurado el concepto de la multicausalidad del fenómeno del maltrato.

El concepto de privacidad de los hijos puede abonar esta falta de sensibilización.

Medios de comunicación y el maltrato

Se considera que facilitan una información de temas puntuales tratada de forma burda, morbosa y tergiversada con mantenimiento de la idea de aunar el maltrato físico y el nivel social bajo. No cuestiona al ciudadano aspectos de su relación educativa.

Existe poca profundización en el tema con escasez de editoriales, artículos de opinión o análisis. No ofrecen al ciudadano la concepción de multicausalidad y en ocasiones aporta una imagen injusta del papel y actuación de las instituciones.

En ningún momento de los padres que se capacitan, rehabilitan y recuperan la guarda de sus hijos.

Al no ofrecer alternativas, ni respuestas al problema con un predominio del enfoque jurídico-delictivo en la ubicación del campo temático de las informaciones hace que se asocie la respuesta punitiva al hecho.

Investigación

Se piensa de manera bastante generalizada que ha sido difícil, hasta la actualidad, que el profesional haya podido compatibilizar la presión asistencial con la investigación sin que ello quiera decir que no se considere precisa.

Se sigue pensando en que la investigación es académica y universitaria.

Visión de riesgo hacia el niño en la orientación de los problemas sociales en los que pueda estar implicada la infancia

A pesar de que existe una gran variedad de opiniones, parece que el niño no siempre es tenido en cuenta en la planificación de actuaciones de los distintos servicios que abordan problemática familiar o de adultos, y no sólo ello, sino que, en ocasiones, el niño es utilizado con el fin de proporcionar un supuesto equilibrio o bienestar al adulto, sin tener en cuenta las repercusiones que esta situación pueda tener en el desarrollo del niño.

Papel de las Asociaciones y ONGs

Al haber sido invitado a participar en esta mesa en representación de las mismas he dejado para el final analizar aspectos de las mismas.

Su papel, hasta ahora, refleja un balance algo por encima del punto de equilibrio entre el debe y el haber. Han dotado al tema de un contenido mucho más real, han contribuido a aumentar la motivación-preocupación y la formación entre los profesionales, han establecido unas bases de sensibilización social en sus apariciones ante los medios de comunicación, cuando han sido llamadas o a través de los cursos, congresos o jornadas organizadas, o tra-

vés de los opúsculos por ellas editados, han servido de punto de referencia a los propios medios de comunicación en determinados momentos para comentar aspectos de la infancia en riesgo o han establecido puentes de contacto con las instituciones, que cuentan con ellas en determinados momentos para elaborar programas de formación, sensibilización o simplemente para que expresen sus opiniones técnicas ante determinados proyectos o situaciones en las que se hallan inmersas. Sin embargo su papel en estos momentos debe considerarse que no ha sido lo eficaz que podría haber sido.

Hay que ser realista y, si bien en gran parte las asociaciones están consolidadas, se precisa una redefinición de sus objetivos.

La variada procedencia de las personas que las componen, sus diferentes visiones del problema del maltrato, los diferentes intereses a la hora de integrarse en las mismas hacen difícil, todavía, acordar unos objetivos con los que todos se sientan identificados y luego no provoquen deserciones.

Todos estamos de acuerdo que estamos trabajando desde el voluntariado para conseguir que el niño sea bien tratado y que cuando sufra una situación de maltrato, la intervención consiguiente permita la rehabilitación de la situación personal y familiar. Aunque en la práctica las Asociaciones pueden convertirse en la práctica en un foro cerrado de discusión, que sirva para descargar ansiedades personales o profesionales o bien como vía de promoción profesional a determinadas personas vinculadas a la dirección de las mismas.

La pregunta de si han de ser más abiertas hacia la ciudadanía; la queja de la falta de agilidad y rapidez en dar respuesta a las noticias aparecidas en los medios de comunicación relacionadas con la vulneración de los derechos de la infancia o simplemente noticias con ella relacionada; la escasa crítica a las actuaciones censurables de las instituciones son constantes que se repiten desde los primeros días de funcionamiento de las Asociaciones y que reflejan lo que antes comentábamos que aún han de mejorar su nivel de acción.

Nos hallamos en unos momentos difíciles para lo que se ha llamado Estado del Bienestar, unido a una sociedad menos viva, menos interesada, menos motivada y menos movilizable que unas décadas anteriores.

El papel de las organizaciones no gubernamentales será cada vez más decisivo. La Administración no puede trabajar sola y necesita de las ONGs.

Hay que intentar reconducir la actual solidaridad de demanda del ciudadano y del profesional, que no comporta un modelo de sociedad participativa con personas preocupadas por los problemas de los demás, sino más bien preocupadas por la propia protección, hacia una solidaridad de oferta. En nuestro caso hacia este colectivo dependiente del entorno, con poca definición del futuro y que no constituye ningún grupo de presión. La Infancia.

MODELOS LEGISLATIVOS Y PROTECCIÓN DE LA INFANCIA EN EUROPA Y EN ESPAÑA

Olayo E. González Soler
Audiencia Provincial de Ciudad Real

INTRODUCCIÓN

Conciliar las exigencias derivadas de la naturaleza de este acto (que, como puede leerse en la Circular núm. 2 de la organización del Congreso, obliga a presentar reflexiones “... sobre cuestiones críticas relacionadas con el lema del Congreso”, que es “la calidad y eficacia como metas”) con el tema cuyo desarrollo me ha sido encomendado (que, como se expresa en el título, lo constituye el examen de los modelos legislativos, español y europeo, de protección de la infancia) resulta, para mí al menos, tarea imposible de llevar a cabo, sobre todo si se toman en consideración los cambios políticos recientes, que han determinado una notable ampliación de las instancias normativas con competencia en materia de protección infantil tanto en España como en algunos países europeos.

Por tal razón anuncio, desde luego, que las reflexiones que les invito a compartir girarán fundamentalmente en torno al sistema español de protección infantil, si es que se puede hablar de su existencia en España, y ello por una razón esencial: si el sistema jurídico de protección de la infancia se encuentra, como gusta decir a los juristas, *in fieri*, esto es, “haciéndose”, como me propongo demostrar, el presente foro debe de convertirse en fuente nutricia del mismo, ya que una buena parte de los que aquí nos reunimos tenemos en nuestras manos, si no su conformación teórica, sí su aplicación práctica, tarea que ha venido permitiendo, por ejemplo, el enraizamiento en nuestro entorno profesional de un principio que, aunque a su socaire ha permitido el florecimiento de reprobables actitudes o comportamientos, hoy es cada vez más patente que impregna la actuación administrativa y que se va configurando como valor que se incorpora a nuestro acervo normativo: me refiero al principio del “interés del menor” o de “la primacía del interés del menor”, por utilizar la expresión de nuestro legislador del año 87, aunque ya el propio uso de dicha terminología revela alguna traición del subconsciente, dado que quienes se encuentran en la etapa infantil de la vida no son menores o inferiores que cuando se hallan en cualquier otra sino diferentes, por lo que el derecho, como instrumento de regulación que es de las relaciones interpersonales, debe tomar en consideración tales diferencias, empezando por el empleo de la denominación adecuada.

Ello no quiere decir que se vaya a omitir la referencia a otros modelos, aunque la misma va a quedar limitada a recoger aquellas peculiaridades que se considera pueden contribuir al perfeccionamiento de nuestro sistema.

EL SISTEMA ESPAÑOL DE LA PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Como se decía anteriormente, el sistema español de protección de la infancia se encuentra *in fieri*, situación que no es predicable solamente del momento actual, sino que parece ser una característica consustancial al mismo, al menos en su configuración histórica

más próxima, que estaba contenida en el Decreto de 11 de junio de 1948, al que resulta necesario referirse, para, por lo menos, conocer sus verdaderos defectos, lo que permitirán, en buena lógica, que no se incurra nuevamente en los mismos o en otros que tengan raíz idéntica o semejante.

El sistema de 1948

La primera observación que conviene realizar es que, con independencia de su aplicación práctica, el sistema de protección previsto en el Decreto de 11 de junio de 1948 no era el único en nuestro ordenamiento jurídico entonces vigente.

Como decía el art.9.3 del Decreto citado, *"la competencia de los Tribunales Tutelares se extenderá a conocer ... de la protección jurídica de los menores contra el indigno ejercicio del derecho a la guarda y educación"*, lo que se consideraba que ocurría en algunos de los supuestos siguientes:

- 1.- Incumplimiento de los deberes de asistencia inherentes a la patria potestad por parte de los titulares de la misma, siempre que no tuviese su origen en el abandono malicioso del domicilio familiar o en su conducta desordenada, supuestos estos últimos integrantes del tipo de delito conocido como abandono de familia, cuya realización permitía la aplicación del sistema de protección que incorpora el ordenamiento penal.
- 2.- No proporcionar a los hijos la educación que la posición y los medios de los padres les permitiesen.
- 3.- Incumplimiento de los deberes de instrucción primaria obligatoria o de los inherentes a la tutela o a la guarda por parte de los tutores o guardadores por los mismos motivos expresados con anterioridad.
- 4.- Consentir, por descuido o abandono de los padres, tutores o guardadores de un menor de 16 años, la embriaguez de éstos o hacerse acompañar por ellos para implorar la caridad pública o que los mismos se hallen mendigando, vagando o pernoctando en parajes públicos.
- 5.- Maltratar a los hijos, o sometidos a tutela, menores de 16 años para obligarlos a mendigar o por no haber obtenido producto bastante de la mendicidad o entregarlos a terceros, con o sin remuneración, para que mendiguen con éstos.
- 6.- No impedir, previo requerimiento de la autoridad, la permanencia de los menores de 16 años:
 - a) En representaciones públicas, teatrales o artísticas, salvo que hubiese mediado autorización gubernativa.
 - b) En talleres en los que se confeccionen escritos, anuncios, grabados, estampas, pinturas, emblemas u otros objetos que, sin estar prohibidos por leyes penales, puedan dañar a su moralidad.
 - c) En salas de fiestas o de baile, locales destinados al despacho y consumo de bebidas alcohólicas o en otros lugares públicos semejantes donde pueda peligrar la moralidad del menor.
- 7.- Proporcionar a los hijos sometidos a la patria potestad malos tratos, órdenes, consejos o ejemplos corruptores.

He optado por transcribir, a veces con el mismo lenguaje, los supuestos de actuación de los que se denominaba facultad protectora de los Tribunales Tutelares de Menores, que aparecen recogidos en el art.584 del Código Penal y art.171 del Código Civil vigentes entonces y en el art.3 de la Ley de 23 de julio de 1903, para que se pueda realizar, sin

intermediarios, la valoración del sistema sobre este punto.

Las medidas que, en el ejercicio de tal facultad protectora, podían imponer los Tribunales Tutelares estaban previstas en el art.17 B del Decreto 1984 y eran las siguientes:

- 1.- Requerimiento a los padres, tutores o guardadores.
- 2.- Imposición de vigilancia, también a las mismas personas.
- 3.- Suspensión del derecho, igualmente de las mismas personas, a la guarda y educación del menor, ordenando, en su caso, que éste fuese confiado a la Junta de Protección de Menores o a una persona, familia, sociedad tutelar o establecimiento.

Es necesario destacar que la competencia de los Tribunales Tutelares no alcanzaba a suspender o a privar de la patria potestad, sino solamente a suspender (ni siquiera a privar) uno de los derechos que la integran, el de la guarda y educación, en cuyo caso el Tribunal debía de confiar el niño al cuidado de un órgano administrativo (la Junta de Protección de Menores) o de una persona, física o jurídica, o de una familia o de una asociación.

El procedimiento necesario para la adopción de tales medidas estaba regulado en el art.15 del mencionado Decreto de 1948, que fue declarado no conforme con la Constitución en sentencia del Tribunal Constitucional de 14 de febrero de 1991, y se caracterizaba por las siguientes notas:

- 1.- Ser secreto.
- 2.- No estar regido por el principio de legalidad.
- 3.- Reducción al mínimo de la actividad investigadora, que no era obligatorio realizar con métodos multidisciplinarios ni por medio de profesionales con cualificación específica.

El sistema de protección infantil del 48, que fue objeto de numerosas críticas que no siempre iban dirigidas contra su talón de Aquiles (que, en mi opinión, era, de una parte, su inadecuación al conjunto de derechos fundamentales proclamado en nuestra Constitución, y, de otra, su insuficiente desarrollo en la práctica), fue derogado a raíz de la entrada en vigor de la Ley 21/1987, de 11 de noviembre. Dicha derogación se produjo, en mi opinión, por la vía de hecho, pero, cualquiera que sea la opinión que pueda sustentarse al respecto, la realidad es que desde que dicha derogación se produjo, carecemos de un verdadero sistema general de protección de la infancia, ya que, además de que hoy no puede hablarse de un sistema español de protección de la infancia sino de un sistema aragonés, balear, catalán, ..., la ley 21/87 no es una ley de protección, aunque contenga medidas que puedan utilizarse en la protección de niños maltratados o en situación de riesgo.

Que ello es así no es una opinión personal, ya que los responsables en el año 87 de la protección infantil en el Gobierno de España proclamaban, una y otra vez, que el sistema de protección infantil de la democracia descansaba sobre tres pilares: una nueva regulación de la adopción, que se contenía en la ley entonces recién promulgada; una nueva regulación del derecho penal juvenil, que se contendrá en la anunciada ley con la denominación de Ley de Jóvenes Infractores; y una nueva regulación de la protección infantil, que constituirá el objeto de la también anunciada nueva Ley de Protección de Menores.

De dicha triada legislativa, siguen sin ver la luz las dos últimas, que se encuentran en fase de elaboración por el Gobierno, razón por la cual se afirmaba que el sistema de protección infantil continúa encontrándose *in fieri*, ya que si el del 48 no se desarrolló en la práctica, el desarrollo del de la democracia no se ha completado todavía en su formulación teórica, por lo que cabe mantener la ilusión de que, desde aquí, podamos contribuir a su formación, si es que tal proceso puede darse por formado alguna vez, ya que, como es conocido de todos, cuando no se ha llegado al décimo aniversario de la nueva regulación de uno de los instrumentos fundamentales del sistema de protección, la adopción, una corriente de opinión, cada vez más poderosa, reclama su modificación de manera que se permita la

adopción también por parte de quienes deciden organizar su convivencia personal sin sujetarse a las reglas, religiosas o civiles, del matrimonio, sean de distinto o del mismo sexo.

El sistema de protección infantil actual

Las necesidades de la infancia no pueden esperar para ser satisfechas, sin embargo, a que el legislador complete el sistema jurídico de protección. Por ello, con independencia de que la Ley 21/87 derogase o no el sistema del 48, aquella se comenzó a utilizar como instrumento para la protección infantil, especialmente en aquellas Comunidades Autónomas que, a la entrada en vigor de la Ley, no había asumido competencias en esta materia, ya que, como se ha dicho, desde la entrada en vigor de la Constitución Española cualquier reflexión que se realice sobre nuestro sistema de protección infantil tiene que tomar en consideración la existencia de dos marcos jurídicos de protección: el marco estatal y el marco autonómico, que pueden superponerse a la instancia judicial y a la instancia administrativa de protección infantil.

Ello es consecuencia del sistema de organización estatal que se diseña en el Título VIII de nuestra Constitución, cuyo art.149, en sus reglas 5ª y 8ª, atribuye al Estado competencia exclusiva en materia de administración de justicia y de legislación civil, mientras que el art.148, en su regla vigésima, contempla que las Comunidades Autónomas puedan asumir competencias en materia de asistencia social, que, al no ser competencia exclusiva del Estado (cfr. art.149.1 de la Constitución), puede ser objeto de regulación por cada Comunidad Autónoma si así se establece en su correspondiente Estatuto constitutivo, sin perjuicio de la competencia de armonización de tales disposiciones normativas que se reserva el Estado, conforme a lo dispuesto en el art.150.3 de la propia Constitución Española.

Por tal razón se explica que, antes de la entrada en vigor de la Ley 21/87, algunas Comunidades Autónomas, como las de Cataluña y Navarra, se dotasen de su propio instrumento de protección infantil y que, a raíz de la publicación de la Ley citada, lo hayan hecho casi la totalidad del resto inspirándose en dicha Ley, que ha venido desempeñando la función de norma marco o armonizadora, aunque originariamente no se promulgase con tal carácter, ya que, afectando la misma a la legislación civil, es competencia exclusiva del Estado, conforme a lo previsto en el art. 149.1.8ª del texto constitucional, por lo que su regulación tiene vigencia en todo el territorio nacional.

El marco estatal de la protección infantil

Como se viene diciendo, dicho marco, entre tanto se completa con las leyes de protección y de jóvenes infractores, está integrado por la Ley 21/87, cuyos principios inspiradores son los siguientes:

1.- **Principio de reinserción en la familia propia.** Parece plasmado en el art.172.4 del Código Civil, que literalmente dice así: *"Se procurará la reinserción del menor en la propia familia"*.

La influencia de la Resolución 41/85 de Naciones Unidas es manifiesta; baste recordar que los arts.2 y 3 de la misma proclaman que *"el bienestar del niño depende del bienestar de la familia"* y que *"como primera prioridad, el niño ha de ser cuidado por sus propios padres"*.

Desde el punto de vista teórico nada hay que objetar a este principio inspirador. Si

acaso lamentar la fórmula utilizada por el legislador ("*se procurará*"), puesto que indica que la obligación que se asume por el destinatario de la norma, que, entre otros, es el propio Estado, no es una obligación de resultado, sino una obligación de adoptar una conducta o comportamiento que tienda a la consecución de dicho fin. Y ello depende, en muy buena medida, de las asignaciones económicas que el Estado, en cualquiera de sus Administraciones (Central, Autonómica o Local), establezca en sus presupuestos para crear o mantener una buena red de servicios sociales, que son sobre quienes al final recae de manera inmediata el cumplimiento de la obligación.

2.- **Principio del mantenimiento de la unidad familiar** También está contenido en el art.172.4 del Código Civil, que en su segundo inciso establece: "*Se procurará ... que la guarda o el acogimiento de los hermanos se confíe a una misma institución o persona, siempre que redunde en interés del menor*".

Las mismas críticas hechas con anterioridad al establecimiento de una obligación de comportamiento son aquí reproducibles. Pero ahora, además, hay que criticar que tal medida se condicione al interés del menor, porque ello puede erigirse en una válvula de escape que permita la separación de hermanos antes que mantenerlos en su propio medio (familia o institución) en situación de riesgo.

En este sentido es de lamentar que el legislador español, que tanto se ha inspirado en la ley italiana de 4 de mayo de 1983, no haya excepcionado aún más la posibilidad que se prevé en la misma de confiar en, acogimiento preadoptivo, varios hermanos a distintas familias, condicionándola a la concurrencia de circunstancias graves.

3.- **Proscripción de la institucionalización.** Tal principio, que aparece nítidamente recogido en las normas de derecho internacional (cfr. arts.4 y 11 de la Resolución de Naciones Unidas 41/85, de 6 de febrero de 1987, y Principios I.1.6 y II.2.a de la Resolución (77) 33 adoptada por la Comisión de Ministros del Consejo de Europa el 3 de noviembre de 1977 sobre colocación de niños), hay que deducirlo en la legislación española de los principios antes anunciados y de la temporalidad de la guarda o de la obligatoriedad de revisar cada seis meses la situación de los menores internados.

Habría sido deseable, si no es establecer un orden jerárquico de medidas en el que apareciera el internamiento en último lugar por las dificultades de cumplimiento que ello entrañaría, sí, al menos, proclamar que al internamiento únicamente podría recurrirse en el caso de imposibilidad de utilizar otras medidas, o cuando las adoptadas se hubiesen revelado ineficaces, o establecer una duración temporal del mismo, o, en último término, como lo hace la Resolución del Consejo de Europa, recomendar que se utilicen en primer lugar las medidas que no impliquen desarraigo de la familia o que supongan convivencia con familias, aboliendo las macro-instituciones o, al menos, obligando a que se estructuraran en comunidades familiares.

4.- **Desjudicialización de las medidas de protección.** Como reacción, tal vez, contra la excesiva y poco efectiva intervención de los antiguos Juzgados o Tribunales de Menores, cuya actuación era siempre imprescindible para la imposición de cualquier medida, en la Ley 21/87, se potencia claramente el papel de las Entidades Públicas con competencia en materia de protección de menores, reduciéndose simultáneamente la intervención judicial.

Ésta queda limitada a la concesión de la guarda "*en los casos en que legalmente proceda*" a la constitución cesación de los acogimientos cuando los padres del menor se opusieren al mismo o no comparecieren para prestar su consentimiento, siempre que en uno y otro caso fueran conocidos y no estuvieran privados de la patria potestad.

Junto a tal intervención judicial aparece la de otro órgano que, constitucionalmente, actúa en el marco del Poder Judicial, aunque no forma parte del mismo: el Ministerio Fiscal,

al que incumbe la superior vigilancia del sistema de protección mediante la comunicación, por parte de la Entidad protectora, de las medidas adoptadas y mediante la comprobación semestral de las personas sujetas a medidas de protección (cfr. art.174 del Código Civil).

El precepto citado puede pretender aquietar a quienes alzaban sus voces contra el protagonismo que en la Ley se concede a las Entidades Públicas con competencia en materia de protección de menores y, al mismo tiempo, constituye el desarrollo de una de las funciones que el Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal atribuye a esta institución, pero, en cualquier caso, su indeterminación hace de ella una norma de difícil cumplimiento o de escasa efectividad, ya que, además de la falta de contenido de la "superior vigilancia" que al Fiscal incumbe, no se precisa qué tipo de responsabilidad es la que contrae la Entidad respecto al menor ni cuales son las medidas de protección que el fiscal puede promover ante el Juez.

5.- Intervención de otras personas. Es éste otro principio que está reconocido en las Resoluciones de Naciones Unidas y del Consejo de Europa ya citadas que tampoco ha sido suficientemente recogido en la Ley 21/87.

Examinemos por separado la posibilidad que en nuestro ordenamiento se reconoce a los particulares afectados por una de las medidas de protección previstas.

1.- El menor. El art.173.2 del Código Civil prevé únicamente su intervención en la constitución del acogimiento voluntario y en la de la adopción, cuando aquel tiene doce años cumplidos. Si no ha alcanzado dicha edad, ni siquiera es obligatorio oírle, cualquiera que sea el grado de desarrollo del mismo.

Si se trata de adoptar otra medida distinta, como pueden ser la guarda o la tutela automática, o si hay que obtener autorización judicial para constituir el acogimiento, no es preceptivo oír ni obtener el consentimiento o el asentimiento del menor, pese a que por menor hay que entender cualquier persona que no haya alcanzado la mayoría de edad o, por otras vías (emancipación), la capacidad para gobernar su persona.

Tal situación supone desconocer que el menor es una persona, sujeto de derechos y poseedor de una dignidad que exige su audiencia, por lo menos para adoptar medidas de protección. Si, de verdad se hubiera querido respetar el principio de protección del interés del menor, lo que se tendría que haber hecho es reconocerle el protagonismo que a cualquier persona ha que reconocerle cuando se decide sobre su futuro.

La deficiencia denunciada puede subsanarse recurriendo a la aplicación del art.154 del Código Civil, en cuyo párrafo tercero se establece, con ocasión de regular el contenido de la patria potestad, que "*si los hijos tuvieren suficiente juicio deberán ser oídos siempre antes de adoptar decisiones que les afecten*". Pese a tal posibilidad de subsanación, debe de destacarse la deficiente regulación de la Ley 21/87, máxime cuando el transcrito art.154 del Código Civil se redactó con ocasión de la modificación de la regulación de la patria potestad llevada a cabo con anterioridad, concretamente en el año 1981.

2.- Los padres del menor. Tampoco se prevé en la Ley 21/87 una intervención para los mismos excesivamente relevante, aunque, desde luego, algo más que la de los menores, ya que, además de prestar su consentimiento o de formular su oposición a la constitución del acogimiento voluntario de sus hijos o pedir su cesación, pueden solicitar de la Entidad su guarda, justificando que no pueden atenderlos por enfermedad u otras circunstancias graves.

Sin embargo, es clamoroso el olvido del legislador de los padres de los menores en dos supuestos: la asunción de la tutela automática y la imposición judicial de medidas de protección como la guarda o la constitución del acogimiento no voluntario o consentido por ellos, especialmente cuando, en el caso del acogimiento, se encuentren privados de la patria potestad.

Como se sabe, la tutela automática se asume *ope legis* cuando se declara que un menor se encuentra en situación de desamparo. ¿Qué medios tienen los padres para impedir la virtualidad de esa situación? Pese al automatismo que se consagra, la Ley 21/87 no puede evitar que los padres puedan utilizar medios de impugnación de dicha declaración, aunque sean los generales previstos en el ordenamiento jurídico, ya que, en otro caso, se correría el riesgo de que se violasen derechos fundamentales.

En los casos de otras medidas de protección impuestas por la autoridad judicial sin el consentimiento de los padres, la única posibilidad de defensa que les reconoce la ley es la de pedir la cesación del acogimiento, si conservan la patria potestad y si se interpreta el art.173 del Código Civil en forma que permita esa posibilidad, o la de pedir la extinción de la adopción, si demuestran que no han intervenido en la tramitación del expediente sin culpa por su parte.

3.- Los padres protectores. Tienen prevista la posibilidad de prestar su consentimiento para la constitución del acogimiento voluntario y de poner fin al mismo, con autorización de la autoridad judicial si intervino en su constitución, así como de prestar también su consentimiento para la constitución de la adopción.

Aunque no lo dice expresamente la ley, implícitamente somete a su voluntad la asunción de la guarda por parte de la Entidad y, en todo caso, son quienes cumplen con todas las obligaciones que asumen al aceptar la guarda, el acogimiento o la adopción, por lo que su intervención es relevante tanto en la constitución como en la cesación de las medidas de protección, así como durante su vigencia.

4.- La Entidad Pública. Es realmente la gran protagonista en la Ley 21/87, en la que expresamente se le reconoce el ejercicio de la tutela automática, la asunción de la guarda, la constitución o la propuesta del acogimiento, su cesación y, en general, la vigilancia de los menores en situación de desamparo o la autorización de entidades colaboradoras en las funciones de mediación que el ejercicio de la facultad protectora implica entre el menor de una parte y de otra sus padres y/o sus padres protectores.

¿Tiene también competencia la Entidad para declarar la situación de desamparo, que es el presupuesto para la asunción de la tutela sobre el menor que, de manera automática, le incumbe?

La primera respuesta a la cuestión planteada es de signo positivo. Eso es lo que parece deducirse de la ley y eso es lo que se viene realizando en la práctica, en la que la propia Entidad declara la situación de desamparo en resolución que es dictada después de practicar la pertinente investigación, cuya resolución se notifica al Ministerio Fiscal y a los padres o guardadores para, si lo estiman procedente, impugnarla ante el Juez Civil (de Familia donde los haya y de Primera Instancia en otro caso) mediante un procedimiento de jurisdicción voluntaria, en el que no es necesaria la intervención del abogado o procurador, cuya resolución está sometida al sistema de recursos generales de nuestro ordenamiento jurídico, que para, este caso, sería el de apelación a resolver por la Audiencia Provincial.

El problema radica en que en la jurisdicción voluntaria, como su propio nombre indica, no hay oposición de partes, por lo que si surge tal oposición, la cuestión se transformaría en contenciosa¹, con lo que el conflicto se resolvería en la mayoría de las ocasiones, no judicialmente, sino por la propia naturaleza de las cosas: si el menor ha permanecido durante

¹ Pese a que el art.1827 de la Ley de Enjuiciamiento Civil dispone que, en caso de oposición de algún interesado, no será de aplicación lo dispuesto en el art.1817 (que es el que prescribe la transformación en contenciosa de la cuestión cuando no hay oposición), el primero de los preceptos citados no es de aplicación a la tutela automática, ya que está

un tiempo en situación de acogimiento o de guarda con otra persona o familia distinta de la de sus progenitores, sería inhumano romper los vínculos afectivos desarrollados hasta el momento de dictarse la resolución judicial, lo que puede entrañar, respecto de los padres naturales, violación del derecho a obtener una respuesta judicial a su pretensión en un plazo razonable.

Esta solución, la que preconiza que son las Entidades Públicas competentes en materia de protección de menores las que deben de declarar la situación de desamparo, tiene un fundamento legal: la Disposición Transitoria 10 de la Ley 11/1981, de 13 de mayo, que modificó el Código Civil en materia de filiación, patria potestad y régimen económico del matrimonio, que dispone que *"mientras no se modifique la Ley del Enjuiciamiento Civil (lo que hasta ahora no ha sucedido), se aplicarán las normas de la Jurisdicción Voluntaria a las actuaciones que se sigan, entre otras, para resolver las controversias surgidas en el ejercicio de la patria potestad y en las relaciones personales y patrimoniales de los cónyuges cuando por su propia naturaleza exijan una resolución urgente. En el indicado procedimiento los recursos se admitirán, en todo caso, en un sólo efecto"*.

Con independencia del tiempo que puede invertirse con tal sistema en obtener la respuesta judicial, hay otras consideraciones que, en mi opinión, fundamentan una oposición a tal solución y que son las siguientes:

1ª) La Ley 11/1981 no se dictó para regular las situaciones de desamparo ni las medidas de protección aplicables en tales casos. Falta, pues, la identidad del supuesto que podría justificar su aplicación analógica. La Ley 11/1981 contempla, fundamentalmente, situaciones de hecho en la que dos cónyuges se disputan la patria potestad o la guarda y custodia de sus hijos o en las que surge una contienda sobre filiación entre un hijo y sus progenitores. No hay razón alguna para pensar que el hijo esté en situación de desamparo en tales casos, salvo que en la disputa entre progenitores se instrumentalice, por ambos, al hijo para conseguir la estimación judicial de pretensiones ajenas al bienestar de aquél.

2ª) Aún cuando en la Ley 21/87 se excluya, aunque no expresamente, la intervención judicial previa en la declaración de la situación de desamparo, sin embargo, tampoco se confiere expresamente tal competencia a las Entidades públicas. De esa manera puede afirmarse que en el cuerpo de la Ley queda una cuestión por resolver: hay una laguna.

Para colmar esta laguna la solución propuesta en la práctica, teóricamente irreprochable en abstracto como es recurrir a la analogía, no es de aplicación en el caso porque, como antes se ha dicho, no hay identidad de supuestos entre la Ley en la que se aprecia la existencia de la laguna y la que se utiliza para colmarla. Además, dicha solución tampoco encuentra una justificación en la utilidad, como hemos visto.

3ª) Incluso se puede afirmar que tal laguna no existe. La Disposición Final de la Ley 21/87, que también forma parte de la misma, dice: *"las normas procedimentales sobre medidas de protección de menores serán aplicadas con las adaptaciones exigidas por el Código Civil y por la presente ley"*.

En la Ley 21/87 se establece, pues, que la aplicación de las medidas de protección de menores se realice conforme a las normas procedimentales vigentes a la entrada en vigor de aquéllas, con las adaptaciones exigidas por el cambio que en nuestro ordenamiento jurídico

enmarcado en un título que lleva por rúbrica *Del acogimiento de menores y de la adopción*, por lo que a la tutela serán de aplicación las disposiciones generales que regulan la jurisdicción voluntaria, y, entre ellas, la que prescribe la transformación en contenciosa de la cuestión cuando medie oposición.

introdujo la promulgación de la Constitución y la legislación posterior a la misma.

Que la tutela automática es una medida de protección no ofrece dudas, como tampoco las ofrece que las normas procedimentales vigentes en el tiempo de la publicación de la Ley 21/87 estaban contenidas en el Decreto del 48 que aprobaba el Texto Refundido de la Legislación Reguladora de los Tribunales Tutelares de Menores.

Lo que la Ley 21/87 dispone, anticipándose al control de constitucionalidad que inevitablemente iba a sufrir la legislación reguladora de la Jurisdicción de Menores, es que se aplique ésta con las modificaciones necesarias para evitar su inconstitucionalidad².

Por tanto, la legislación aplicable es la de 1948, con las modificaciones que sean pertinentes. En dicha legislación, el Juez o Tribunal era el que, en el ejercicio de la facultad protectora, podía imponer medidas como consecuencia lógica de apreciar un indigno ejercicio del derecho a la guarda y educación.

Dicho con palabras de la Ley 21/87, es el Juez el que debe declarar la situación de desamparo, que no es otra cosa que la ausencia o el inadecuado ejercicio del derecho a la guarda y educación, previa la investigación que sea pertinente realizar por los servicios sociales del propio Juzgado de Menores o por las redes administrativas de servicios sociales y con posibilidad de adoptar las medidas cautelares que sean pertinentes.

El marco autonómico de la protección infantil

Si hay una nota que caracteriza el marco autonómico de protección de la infancia en España es la de la desigualdad, no solamente referida a su aplicación práctica, sino muy fundamentalmente a su desarrollo normativo, tanto por lo que se refiere a la naturaleza y número de las normas como por lo que hace a su contenido.

Dejando a un lado las dificultades para configurar, jurídicamente hablando, la existencia de un sistema de protección infantil en el País Vasco o para encontrar las normas que configuran el sistema en Cantabria, en las restantes Comunidades Autónomas la desigualdad, tanto por lo que respecta a los órganos encargados de su gestión como por lo que hace a su contenido propiamente dicho, es la nota característica.

En cuanto a los órganos de gestión, todos ellos pertenecen a los servicios sociales, excepto en Baleares, en cuya Comunidad la gestión del sistema se encomienda a una Dirección General de la Consejería de Gobernación: la de Juventud, Menores y Familia. Sin embargo, pocas son las Comunidades Autónomas en las que existe un departamento específico de servicios sociales (Cataluña, Castilla-La Mancha, Extremadura y Madrid), ya que la gestión de los servicios sociales en unos casos (Andalucía, Asturias, Canarias y Navarra) se residencia en el Departamento de Salud, en otros (Castilla y León) en el de Cultura, en otros (Galicia y Comunidad Valenciana) en el de Trabajo y, finalmente en otros en un conglomerado de departamentos: con Sanidad y Trabajo en Aragón; con Salud y Consumo en La Rioja.

Por lo que respecta a la naturaleza de los instrumentos normativos en los que se articula el sistema de protección, en unos casos (Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla

² Tales modificaciones, hasta ahora, han afectado al proceso para el ejercicio de la facultad reformadora, únicas cuya constitucionalidad ha sido discutida, y se contienen en la Sentencia del Tribunal Constitucional de 14 de febrero de 1991.

y León, Galicia, La Rioja, Madrid y Navarra) se recurre a normas con rango de decreto, en otros (Asturias, Baleares, Extremadura y Murcia) se utiliza la ley y, finalmente, en otros (Aragón, Cataluña, Madrid y Comunidad Valenciana) hay un conglomerado de normas (leyes, decretos y órdenes) que en algún caso integran un auténtico sistema de protección, no tanto por su número o por su rango como por su contenido.

En cuanto a su contenido, propiamente se puede hablar de sistema de protección en el caso de Cataluña (en el caso de las Comunidades de Madrid y de la Región de Murcia se puede hablar también de sistema, aunque en proceso de formación por no haberse completado el desarrollo normativo que el mismo exige), si por sistema de protección de la infancia se entiende un conjunto de normas, del rango más diverso, que pongan de manifiesto los principios inspiradores y que contemplen los supuestos de imposición de medidas, las medidas a imponer, distinguiendo entre prevención, protección e integración, y el procedimiento, tanto para la imposición, como para el cumplimiento de las medidas, llegándose incluso a establecer el número máximo de plazas (12 en los denominados hogares y 20 en las residencias). En la mayoría del resto de las Comunidades Autónomas el sistema de protección consiste en un procedimiento, más o menos detallado, para la aplicación de la Ley 21/87.

Pese a ello hay algunos rasgos significativos en algunas de dichas disposiciones, de las que se dará cuenta a continuación.

En el sistema aragonés llama la atención la globalidad con la que él mismo se concibe, ya que no solamente comprende la existencia de medidas de prevención y de protección, sino también de las que llama de integración social, consistentes en la creación, o en la concertación y subvención, de centros educativos, formativos, ocupacionales o análogos, que faciliten el acceso al mundo del trabajo de las personas sobre las que se extiende la acción del sistema.

El sistema de protección del Principado de Asturias se contiene en la Ley 1/1995, de 27 de enero (publicada en el B.O.E. núm. 94/1995, de 20 de abril) y del mismo destaca su complejidad institucional a la par que su oscuridad, ya que, aunque la gestión del sistema se encomienda a la administración autonómica, bien mediante la aplicación directa de las medidas o bien mediante la coordinación y apoyo de las que puedan acordarse por los servicios sociales municipales (que son las medidas de apoyo familiar, entre las que se incluyen prestaciones económicas o en especie, ayuda a domicilio e intervención técnica), en la Ley se contempla la existencia de dos comisiones con funciones esencialmente consultivas o de asesoramiento (las denominadas Comisión del Menor y Comisión de Participación) de un denominado "órgano decisor", del que se ignora su incardinación en la estructura administrativa, así como la existencia de un Letrado Defensor del Menor, a quien se le encomienda *"...llevar a cabo en nombre de la entidad pública cuantas actuaciones resulten necesarias para la defensa de los derechos del menor reconocidos en la legislación vigente"*.

La Comunidad autónoma de las Islas Baleares también se termina de dotar (Ley 7/1995, de 21 de marzo, publicada en el B.O.E. núm. 119/95, de 19 de mayo) de un instrumento de protección, cuya eficacia se limita al ámbito público de las medidas que recoge, que son la tutela automática, el mantenimiento del niño en su medio con ayudas económicas y técnicas y la acogida, que puede ser familiar o institucional. De destacar es la precisión de la regulación, estableciendo los presupuestos que justifican la aplicación de cada una de las medidas así como el régimen de éstas, siendo necesario mencionar que se reconoce expresamente que la asunción de la tutela automática implica la suspensión provisional de las facultades de guarda correspondientes a los padres del sujeto a la misma y que, inspirándose en la legislación catalana, se regula minuciosamente la acogida institucional, llegándose a mencionar el número máximo de plazas de los centros en función de las características de

los niños a acoger: hogares y residencias infantiles y juveniles (destinadas a menores en edad escolar, con capacidad máxima de 12 y 20 plazas respectivamente) y residencias juveniles (destinadas a jóvenes en edad de formación, con capacidad máxima de 20 plazas).

La otra Comunidad Insular, la de Canarias, igualmente se ha dotado recientemente de un instrumento de protección, contenido en el Decreto 103/1994, de 10 de junio (publicado en el Boletín Oficial de Canarias núm. 87/1994, de 18 de julio), que, sustancialmente, regula con minuciosidad el procedimiento para la imposición de las medidas previstas en el Ley 21/87.

Del sistema castellano-manchego puede destacarse la existencia, en su estructura orgánica, de una Comisión de Coordinación, que se reúne trimestralmente para estudiar los asuntos previamente incluidos en el orden del día, en cuya composición están presentes todos los sectores implicados en el sistema (servicios sociales autonómicos, municipales y provinciales, educación, policía y justicia), lo que permite realizar algún tipo de seguimiento sobre su funcionamiento.

Del sistema de protección de Castilla y León destaca la previsión de que la Entidad que debe de asumir la tutela de los menores desamparados no solamente debe de proporcionar cuidados personales sino que también asume la obligación de adoptar las disposiciones pertinentes en derecho para la conservación y defensa de su patrimonio, lo que se notificará a las personas interesadas, dando cuenta al Ministerio Fiscal de la existencia de aquellos bienes que sean conocidos.

La Comunidad Autónoma de Cataluña es la que, en sentido propio, cuenta con un verdadero sistema de protección, cuyas notas características son su juridificación, su globalidad y su efectividad. Es un sistema juridificado porque su regulación es exhaustiva, comprendiendo los presupuestos de aplicación de las medidas, las medidas, su duración, los órganos encargados de aplicarlas y las reglas de actuación de los mismos. Es un sistema global porque, además de contemplar la prevención, la protección y la integración, toma en consideración la íntima conexión que puede existir entre la protección de la infancia desamparada y la pre-delinuencia o delincuencia infanto-juvenil, incluyendo el tratamiento de ésta dentro del sistema. Es un sistema efectivo porque las normas que lo integran no constituyen proclamaciones de principios o de deseos, sino mandatos con la concreción suficiente para asegurar su cumplimiento, distinguiéndose, dentro de las medidas de protección, las que requieren para su imposición el consentimiento de los padres de las que se pueden imponer en contra de su voluntad.

El 27 de diciembre de 1994 se publicaba en el B.O.E. la Ley 4/1994, de 10 de noviembre, de la Comunidad Autónoma de Extremadura, que regula su sistema de protección, que, en esencia, es un desarrollo de la ley 21/87, del que cabe destacar el contraste de la minuciosa regulación de los supuestos de desamparo (abandono voluntario, malos tratos, abusos sexuales, enfermedades mentales, drogadicción y alcoholismo o cualquier otra situación semejante) con la imprevisión con la que se regulan las medidas de protección (prestaciones de tipo económico, psicológico y educativo o cualquier otra medida aconsejable de carácter económico, asistencial, educativo o terapéutico, además del acogimiento familiar o institucional) y los supuestos que justifican su aplicación (situaciones de carencia o circunstancias del menor que justifiquen adopción de medidas).

Del sistema de protección vigente en Galicia lo que destaca es la previsión de remuneraciones concretas para los acogimientos, que se fijan entre 20.000 y 50.000 pesetas mensuales o entre 700 y 1.600 pesetas diarias, según que el número de hermanos sea de uno a cuatro o más.

Del sistema riojano de protección, que es un trasunto de la ley 21/87, destaca el escaso

desarrollo de su regulación, tanto por lo que respecta a los supuestos de actuación (únicamente se define la situación de desamparo, pero, aunque se mencionan las medidas aplicables, no se describen supuestos de situación de desprotección) como por lo que hace al procedimiento, respecto del cual únicamente se establecen las competencias para la adopción de las distintas medidas así como el contenido de las solicitudes de adopción y los criterios con arreglo a los cuales se efectuará la selección, estando previsto el asesoramiento de un Equipo Técnico Multidisciplinar en la imposición de medidas distintas a la adopción, respecto de la cual el órgano de asesoramiento es una Comisión de Adopciones. El internamiento no tiene carácter subsidiario, aunque sí temporal.

El instrumento normativo esencial de la protección de la infancia en la Comunidad de Madrid lo constituye la Ley 6/1995, de 28 de marzo (B.O.E. núm. 183/1995, de 2 de agosto), que establece, casi de manera completa, un auténtico sistema de protección, ya que, además de recoger los derechos de la infancia y adolescencia y establecer medidas para su fomento, protección y garantía, contiene una detallada regulación tanto de las medidas de protección como del procedimiento, aún cuando se omita la delimitación concreta de los supuestos que pueden dar lugar a su imposición, ya que únicamente se refiere con carácter genérico a la situación de riesgo o de desamparo sin enumerarlas o definir las, completándose la regulación con un complejo entramado institucional para su gestión.

Entre los derechos reconocidos figura el de la salud (en el que se incluye el derecho a la identificación, a la detección y tratamiento precoz de enfermedades congénitas y a la inmunización contra enfermedades infecciosas sin que, en ningún caso, pueda ser sometido a experimentos), a la educación, a la información veraz, plural y respetuosa de los principios constitucionales, a la asociación y participación social, al juego, y a un medio ambiente no contaminado, cuyo fomento igualmente regula la Ley, así como la protección y garantía de la infancia y adolescencia con actuaciones de naturaleza administrativa y con el establecimiento de pautas de conducta que se constituyen como verdaderas obligaciones (en relación con bebidas, con publicaciones, con publicidad, etc.), cuya infracción igualmente se sanciona.

La protección jurídica de la infancia en situación de riesgo se articula a través de la tutela, durante cuyo ejercicio está previsto que pueda delegarse la guarda en algún miembro de la propia familia y, simultáneamente, acordarse ayudas sociales y apoyo y seguimiento técnico profesional, que puede consistir en atención en centro terapéutico o residencial o en la promoción de la constitución de la tutela ordinaria, del acogimiento judicial o de la adopción o en la constitución del acogimiento administrativo, cuyos procedimientos se regulan igualmente en la Ley.

Pero, tal vez, lo que más puede llamar la atención de la Ley es que, además de regular también prevención de la delincuencia juvenil, o infanto-juvenil, y la gestión del cumplimiento de las medidas que puedan imponerse por los Juzgados de Menores, es que establece un complejo entramado institucional, que se compone de los siguientes órganos:

- Defensor del Menor: alto comisionado de la Asamblea de Madrid encargado de la salvaguarda de los derechos de los menores mediante la recepción de sus quejas, supervisión de la aplicación de las leyes que los protegen e información y orientación tanto de las Administraciones como de las familias.

- Instituto Madrileño de Atención a la Infancia, órgano encargado de la promoción de políticas de protección a la infancia y de la coordinación de las actuaciones sectoriales de los organismos de la Administración Autonómica.

- La Comisión de Tutela del Menor, adscrita al Instituto Madrileño de Atención a la Infancia como integrante de la Red de Servicios Sociales Especializados de Atención a la

Infancia, que tiene las competencias de protección.

- Las Corporaciones Locales, que, además de las competencias que en esta materia puedan desarrollar con arreglo a su legislación propia, pueden asumir competencias delegadas por la Administración Autónoma mediante el establecimiento de los correspondientes convenios, cuyo contenido depende de la población que pueda ser atendida.

- Las Coordinadoras de Atención a la Infancia y a la Adolescencia, cuyo ámbito territorial puede ser local o autonómico, que deben de velar por la coordinación de las diferentes redes de servicios públicos que actúan en su ámbito territorial.

- Instituciones privadas de integración familiar que, debidamente habilitadas, pueden desempeñar funciones de guarda y de mediación en procesos de acogimiento familiar y de adopción, de menores o extranjeros, en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

El 2 de junio de 1995 (B.O.E. núm. 131) se publicó la Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la Presidencia de la Región de Murcia, en la que se contienen las líneas maestras del sistema murciano de protección de la infancia, concebido de manera análoga a la del sistema madrileño que se acaba de exponer, aunque menos desarrollado que éste.

Consta, la Ley, de un Título Preliminar, dedicado a regular el ámbito de aplicación y los principios rectores del sistema, y cinco Títulos más que se ocupan, respectivamente, de la regulación de los derechos de la infancia, de la acción protectora, de las medidas de reforma, de las competencias y del régimen sancionador.

Para la gestión del sistema la atribución de competencias se distribuye entre la Administración Autónoma, las entidades locales y las instituciones colaboradoras de integración familiar. A la primera se atribuye el ejercicio de las funciones de protección y tutela definidas en la Ley 21/87, de 11 de noviembre y en la ley 4/1992, de 5 de junio (reguladora de la competencia y procedimientos de los Juzgados de Menores), que se llevará a cabo por el organismo que, de acuerdo con las normas autonómicas, tenga encomendada la protección de la infancia; a las entidades locales, con la colaboración técnica y financiera de la comunidad autónoma, competen funciones de prevención, información, promoción y reinserción social, así como la intervención y seguimiento de los casos que requieran actuaciones en su propio medio; a las instituciones colaboradoras se les atribuye el ejercicio de funciones de guarda y mediación, excepto para acogidas familiares y adopciones, debiendo, en todo caso, observar las limitaciones contenidas en la habilitación y quedar sujetas a las directrices, inspección y control del organismo que desarrolle las funciones de protección en el seno de la Comunidad Autónoma.

Del sistema navarro de protección hay que destacar, además del anacronismo terminológico (se habla de adopción plena y de declaración de abandono) propio de su origen anterior a la Ley 21/87, el establecimiento de una edad máxima (40 años en la mujer y 45 en el hombre) para ser adoptantes, la necesidad de que la adopción vaya precedida de una situación de acogimiento con una duración mínima de tres meses y la atención que se presta a los padres del adoptado (apoyo técnico en el ámbito jurídico, social, psicológico y sanitario).

En la Comunidad Autónoma Valenciana, que se dotó de un sistema de protección a raíz de la publicación de la Ley 21/87, aunque sus principios inspiradores procediesen de la regulación del 48, (así lo pone de manifiesto, de una parte, que no se contemple la novedad principal que introduce la legislación del 87 -la tutela automática-, y, de otra, que se mencione la suspensión de la patria potestad, prevista en la legislación del 48 y ausente del Código Civil con tal nombre desde la modificación de la patria potestad del año 81, y cuyo carácter más destacado es la minuciosa regulación del procedimiento de imposición de medidas de protección, distinguiéndose un procedimiento general -previsto para acogimiento y adopción y en el que se distingue una fase de instrucción y una fase de resolución atri-

buidas a distintos órganos de la administración autónoma- y varios procedimientos especiales -previstos para las distintas medidas de apoyo, cuya regulación se encuentra en la legislación de servicios sociales-, entró en vigor a mediados de 1995, ya de manera completa, la Ley 7/1994, de 5 de diciembre (B.O.E. núm. 21/1995, de 25 de enero), denominada Ley de la Infancia, que no deroga el decreto anterior y en la que se contiene su sistema de protección, que en algunos aspectos recuerda al sistema asturiano.

En efecto, en la Ley se establece que la gestión del sistema descansa en los ayuntamientos (servicios sociales de base) y en la Administración Autonómica (servicios sociales especializados y coordinación y apoyo de los de base), sin que se especifique el órgano de su estructura administrativa al que se atribuya tal competencia, ya que la única mención que aparece en la Ley es que el Gobierno Valenciano, a propuesta del Consejero de Trabajo y Asuntos Sociales, aprobará un Plan Integral de Atención a la Infancia, vigente durante tres ejercicios presupuestarios en toda la Comunidad, aunque su actuación se llevará a cabo por comarcas que se delimitarán por la Generalitat Valenciana.

El Plan Integral incluirá el desarrollo de programas de información, accesibilidad, cooperación, convivencia y reinserción social, cuyo contenido se especifica en la Ley disponiendo que constarán de relación de demandas actuales y previsibles, inventario y descripción de recursos, con asignación de los mismos a la satisfacción de aquellas, de acuerdo con criterios de prioridad y compatibilización contenidos en los propios programas, que también establecerán las necesidades financieras derivadas de los mismos.

A primera vista, por tanto, parece que se está en presencia de un verdadero sistema de protección, máxime cuando en la propia Ley se contempla que las actuaciones previstas deben de dar respuestas a situaciones de riesgo, de desamparo y de inadaptación (supuesto este último que comprende la delincuencia juvenil o infanto-juvenil, cuya corrección incumbe a los Juzgados de Menores) mediante la aplicación de medidas de prevención, de protección o de reinserción.

Sin embargo, la propia Ley se cuida de evitar que se pueda consolidar tal opinión ya que el último párrafo del art.13 de la misma dispone que *"el plan será público y vinculará a la Generalitat Valenciana, y no creará, por sí solo, derechos en favor de los particulares"*.

EL MARCO COMPARADO DE PROTECCIÓN DE LA INFANCIA³

En los últimos quince años la protección infantil ha merecido la atención de los legisladores europeos, como lo ponen de manifiesto las modificaciones introducidas en 1983 en Italia, en 1989 en Austria y Francia y en 1991 en Portugal, Alemania y Bélgica, país en el que, como consecuencia de los fenómenos políticos que se han producido en su organización territorial, es de observar un fenómeno semejante al que ocurre en España, esto es, el estado central se reserva las competencias en materia de justicia, mientras que las de protección de la infancia, tanto de naturaleza social como judicial, son ejercidas por las comunidades que, con base en las diferencias lingüísticas, han ido apareciendo. Ello explica que,

³ Las referencias, tanto a la legislación como a su contenido, se han obtenido de *Jóvenes delincuentes y de riesgo en medio abierto. Marcos legales y nuevas prácticas. Aproximación comparativa*, obra colectiva de la que su principal ponente es Annina Lahalle, que ha sido editada por la Asociación Internacional de Magistrados de la Juventud y de la Familia y reproducida en España, con autorización y en traducción de Edgardo L. Oviedo Licardi, por la Dirección General del Menor y la Familia del Ministerio de Asuntos Sociales en 1995.

aunque su legislación date de 1965, durante la década de los 80 y los 90 hayan ido apareciendo, en la comunidad francófona por ejemplo, disposiciones con rango de decreto en 1985, sobre protección de niños maltratados, y en 1991 sobre asistencia a menores.

Una primera característica de ese conjunto de disposiciones sobre protección infantil es la consolidación de la diferencia entre el ámbito de la protección y el ámbito de la delincuencia, tendencia que se refuerza, además de por las repercusiones de los fenómenos políticos ocurridos en España y en Bélgica (la delincuencia juvenil es materia propia de la administración central mientras que la protección es materia propia de la administración autonómica), por la tendencia a acentuar el carácter represivo del derecho penal juvenil, de una parte, y, de otra, por la tendencia a desjudicializar los primeros escalones de la protección infantil.

En segundo lugar cabe señalar que ese marco normativo se caracteriza por el protagonismo del niño durante el proceso de intervención, lo que se manifiesta en el reconocimiento de una serie de derechos, entre los que destaca el derecho de defensa y el derecho a la seguridad jurídica que proporciona la vigencia del principio de legalidad.

Dentro del derecho de defensa se incluyen el derecho a ser informado de sus derechos y obligaciones, el derecho a ser oído y, en algunos casos, a que la imposición de medidas de protección se realice con su consentimiento y el derecho a solicitar la modificación de las medidas impuestas o asistencia especializada.

Indudablemente, el reconocimiento de tales derechos y su efectividad contribuye a la seguridad jurídica del sujeto a un proceso de intervención, que también resulta reforzada tanto por el hecho de que las medidas únicamente se pueden imponer en los casos previstos en la ley como, por el hecho de establecerse la duración máxima de las medidas a imponer.

Por lo que respecta a la delimitación de los supuestos de actuación, es de observar la desaparición de las connotaciones moralizadoras y la matización de las situaciones de riesgo, bien estableciendo supuestos concretos de actuación (malos tratos y abusos sexuales en la legislación francesa, belga o portuguesa) o bien delimitando la situación de riesgo en sus consecuencias (compromiso grave de la integridad física o psíquica de la víctima exige la legislación de la comunidad francófona belga) o en sus causas (abuso en el ejercicio de la patria potestad o imposibilidad de los padres de cumplir con las obligaciones derivadas de la misma exige la legislación alemana).

Por lo que respecta a las medidas, en algunos casos se llega a establecer su duración, como ocurre en la legislación flamenca o en la francesa, en la que se limita a seis meses la duración de las medidas provisionales y a dos años la de las definitivas. En otros casos, la posibilidad de imposición de medidas se condiciona a la concurrencia de un supuesto de hecho y de un requisito cronológico, como ocurre con la legislación portuguesa, en la que los malos tratos o el abandono justifican la imposición de medidas cuando los mismos son sufridos por niños con edades comprendidas entre los 0 y los 18 años; la desadaptación social, la mendicidad o el vagabundeo y el consumo de drogas o bebidas alcohólicas justifican la imposición de medidas entre los 12 y los 16 años y entre los 16 y los 18 cuando tales actividades no constituyan infracción penal; el rechazo de la disciplina familiar o del centro de internamiento justifican la imposición de medidas entre los 14 y los 18 años.

En todos los casos, la finalidad de la intervención se orienta a poner fin a la situación de riesgo y a favorecer el desarrollo e inserción social de quienes se encuentren en la misma, siendo de destacar a este respecto la profunda evolución sufrida por la legislación alemana, que, de pretender el restablecimiento del orden y la prevención del daño, ha pasado a proclamar que la finalidad de las medidas es asegurar el bienestar del menor, para cuya consecución existe también coincidencia en considerar esencial el mantenimiento del

niño en su propio medio y su integración social mediante actuaciones de naturaleza educativa, social y psicológica, tanto con él como con su familia.

Igualmente, existe coincidencia en atribuir a la intervención estatal naturaleza subsidiaria en un doble sentido. En primer lugar, la intervención estatal únicamente está legitimada en defecto de la intervención familiar. En segundo lugar, legitimada la intervención estatal, la misma debe producirse en primer lugar desde los servicios sociales básicos, recurriendo a los especializados cuando la actuación de aquellos sea insuficiente y reservando la actuación judicial para los supuestos en los que la intervención tiene que producirse en contra de la voluntad del niño o de sus padres o guardadores, bien porque no acepten la medida o bien porque impidan conocer si la situación de hecho es tributaria de la imposición de medidas, o en situaciones de urgencia.

Concebida la intervención en la forma expuesta es consecuencia obligada constatar la falta de coincidencia del modelo institucional, aún cuando puede decirse que el que se va implantando (Francia, Bélgica, Portugal) es el de la doble vía, la administrativa y la judicial, con o sin el establecimiento de un filtro que depure los casos que sean deferidos al sistema judicial, como ocurre en la comunidad francófona belga, en donde está prevista la existencia de una "comisión de mediación" en cada distrito judicial, que está encargada, como su propio nombre indica, de mediar entre las diversas partes en el conflicto (el niño, sus padres, los servicios sociales y el propio juzgado) antes de deferir a éste el caso cuando no existe acuerdo sobre la solución propuesta. En Francia tal función de filtro es desempeñada por el Ministerio Fiscal.

La comunicación entre las dos vías de protección no siempre se encuentra asegurada, pues, si bien es cierto que las resoluciones administrativas son susceptibles de control judicial y que las resoluciones judiciales de archivo deben ir acompañadas de la correspondiente remisión de testimonio a los servicios sociales así como que el fracaso de las medidas sociales en algunos países (Grecia) determinan obligatoriamente la transferencia a la vía judicial, también lo es que en otros (Austria, Alemania y Suecia) se concede especial relevancia para transferir el caso a la vía judicial el consentimiento de los padres o guardadores, cuya apreciación puede entrar en conflicto con el propio interés del niño.

La intervención del sistema judicial se confía a una jurisdicción de menores especializada, que aplica legislación también especial (Bélgica) o legislación civil (Francia), o a la jurisdicción civil (Suiza), o a tribunales de tutela (Austria y Alemania), o administrativos (Suecia).

Mención especial merece el sistema italiano, en donde al juez de menores se atribuye una doble competencia en relación con los menores en situación de riesgo: de una parte, puede limitar el contenido de la patria potestad cuando la situación de riesgo es consecuencia de un ejercicio abusivo de aquella, incluso concurriendo una conducta irregular del niño; de otra, en los casos de irregularidades en la conducta del niño, el juez tiene competencia para ordenar una medida de carácter educativo consistente en confiárselo a los servicios sociales para que éstos establezcan actuaciones con finalidad educativa o de inserción social.

La ejecución de las medidas judicialmente impuestas se suele confiar a los servicios sociales, lo que en algunos casos (Austria, Alemania o Suecia) no plantea especiales problemas, a diferencia de lo que ocurre en otros, en los que ha aflorado el conflicto latente entre trabajo social y control social, singularmente en Bélgica, en donde se ha producido una completa escisión entre los servicios sociales encargados de la ejecución de medidas consentidas y los que se ocupan del cumplimiento de las medidas judicialmente impuestas.

En todos los casos (imposición y ejecución de medidas por los servicios sociales o ejecución por los servicios sociales de medidas judicialmente impuestas) se observa que la generalidad de los países europeos han optado por la profesionalización de sus componentes. Y

ello ocurre no solamente en países en los que, por su tradición, el trabajo social para la infancia ha alcanzado un gran desarrollo (caso de Alemania, Austria o Suecia), sino también en aquellos en los que la legislación tradicionalmente atribuía la competencia para la protección social a una comisión de ciudadanos asistidos por trabajadores sociales, como ocurría en Bélgica, en donde, en la actualidad, tales competencias se confían a un Servicio de Asistencia a la Juventud en la comunidad francesa y a una Oficina de Asistencia Especial en la comunidad flamenca.

CRITERIOS DE LA BUENA PRÁCTICA EN MALTRATO INFANTIL

Jesús Fuertes Zurita, Encarna M^a Sánchez Espinosa

Dirección General de Servicios Sociales, Junta de Castilla y León; Diputación Provincial de Sevilla

INTRODUCCIÓN

En la exposición que presentamos a este plenario vamos a intentar una aproximación teórica al lema del Congreso: **Calidad y eficacia como metas**. En una primera parte abordaremos la definición de la buena práctica en el campo de la protección infantil y algunos de sus principios básicos vinculándola con la eficacia y la calidad de la atención.

En la segunda parte, se ensayan algunas propuestas concretas que definen la buena práctica intentando introducir elementos en torno a los cuales, propiciar el mayor consenso posible o la reflexión y el debate, que sin duda se verá aumentado y enriquecido por las aportaciones de las diferentes mesas, simposios y talleres del Congreso.

DEFINICIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA

Definir la buena práctica puede parecer una tarea imposible, controvertida o cuanto menos ineficaz si se piensa ingenuamente en encerrar una realidad tan diversa y compleja como la del campo de la Protección Infantil en un manual que nos facilite todas las respuestas.

Para unos, tal o cuál práctica de la intervención sería indicativa de buena práctica, para otros no, o en según qué circunstancias, momentos, etc... Desde luego no sólo serían dificultades de consenso las que se podrían poner como pretexto para no abordar su definición, incluso los propios conceptos de maltrato y buen trato a los niños no tienen en la práctica una delimitación tan clara y definitiva como pudiera parecer desde la teoría; además hay que contar con la variabilidad de criterios sobre todo lo relacionado con el bienestar infantil. A lo largo de los últimos años han cambiado notablemente las suposiciones acerca de lo que los niños necesitan para su desarrollo y el mejor modo de satisfacerlo.

La intervención en este campo, por el tipo de problemas que trata, por la confrontación de deberes y responsabilidades que se suscitan y por la repercusión personal y social tan fuerte que tienen es sumamente delicada. Ahora bien, ello no debe desalentar a los profesionales en su búsqueda de alternativas para comprender y manejar con mayores garantías de éxito esta realidad.

Definir la buena práctica, no es una tarea ni fácil, ni gratuita, se precisa de una reflexión profunda sobre la intervención, ya que no se trata únicamente de aconsejar o desaconsejar tal o cuál práctica. En ocasiones será necesario lograr importantes cambios en las actitudes de los profesionales.

No obstante, aún teniendo presentes las dificultades y limitaciones de esta tarea, preferimos seguir el ejemplo de otros países e impulsar la idea de que es útil desarrollar nuestros propios standards de buena práctica.

Al definir la buena práctica, en parte lo que hacemos es establecer los objetivos y las

metas que van a dirigir nuestra intervención. La buena práctica está formada por un conjunto de declaraciones que representan las prácticas más deseables que se recomiendan en el campo de la protección infantil. El propósito final es que se implanten de modo generalizado y que por tanto produzcan una unificación en los criterios de intervención. Gracias a ello, se favorece el derecho de los niños y de las familias a ser tratados por igual sin que importe su situación social o geográfica.

Las ventajas que representa el esfuerzo de elaboración y definición de una buena práctica son varias. Así, pensamos que permite:

- Utilizar un lenguaje común, favorecedor del diálogo y la comunicación ante unos temas cargados emocional y subjetivamente.

- Propiciar un proceso de reflexión y debate interprofesional así como el logro de un alto consenso en torno a lo que demos en considerar una buena práctica.

- Comprobar en qué medida nuestras intervenciones se sitúan próximas o alejadas de lo que hemos definido como la actuación más apropiada.

- Decidir con más garantía, en situaciones de confluencias de derechos e intereses, en función de la jerarquización previa de derechos que la buena práctica nos propone.

- Difundir unos standard de calidad tiene efectos de formación y sensibilización para los profesionales de la protección y aquellos otros con interés en el bienestar infantil.

Sin embargo, hemos de precisar que trabajar con standards de buena práctica, no significa que estemos a salvo de las confrontaciones entre objetivos a corto y largo plazo, o de intereses, necesidades y derechos; circunstancia ésta sumamente frecuente en la práctica profesional. Su principal aportación es servir de orientación, de guía a la que ajustar en la medida de nuestras posibilidades nuestra práctica.

Los que a partir de aquí llamaremos standard de calidad, se han de elaborar con aportaciones del conocimiento y la práctica profesional, así como de la investigación psicológica, educativa y social. Estos standard o prácticas comúnmente aceptadas como óptimas, han de ser revisadas periódicamente, integrando los avances y los nuevos criterios. Nunca son definitivos, ni resumen toda la realidad posible, deben ser el referente más claro y autorizado de la calidad de ejecución que es requerida en torno a una determinada intervención.

En ningún modo, los standards de buena práctica han de ser entendidos como una forma de control, por el contrario, su objetivo es estimular el perfeccionamiento continuo de la práctica.

Una vez que son definidos y propuestos, cuestión que abordaremos en la segunda parte de esta exposición, se han de completar con la fijación de los criterios que nos permiten valorar si la ejecución cumple con los requisitos fijados en el standard.

PRINCIPIOS GENERALES DE LA BUENA PRÁCTICA

Para definir aquello que vamos a considerar representativo de la buena práctica, es necesario tener un marco referencial, o lo que es igual partir de unos principios que den sentido a nuestra práctica.

Los principios han de estar basados en los conocimientos de la investigación científica y en lo que social y culturalmente se consideran necesidades y derechos de los niños.

Los principios en los que se asienta nuestra práctica han de ser comúnmente asumidos y refrendados por los grupos con intereses en el bienestar y protección infantil. Son principios que en su mayoría tienen su referente en el marco legislativo general, como la Constitución Española y en la legislación específica sobre menores, ya sea de carácter autonómico

o estatal. Así, en un plazo, breve podamos contar con la nueva Ley de Protección Jurídica del Menor de carácter estatal, que habrá de ser el punto de referencia obligado para establecer los principios de la buena práctica.

Aunque por su carácter general pudieran ser considerados tan amplios como vagos, esto no tiene que ser así, de hecho optar por unos u otros, como veremos a continuación, marca diferencias y al final, determina de modo notable la intencionalidad de un sistema de protección.

Con un propósito clarificador podemos distinguir entre principios dirigidos a la familia y los niños y principios en relación a la organización.

Principios en relación a los niños y sus familias

Al revisar los principios que The Child Welfare League of America, propone como base de la buena práctica llama la atención como su primer principio general afirma que: *“los niños tienen derecho a estar a salvo del abuso, la explotación y el abandono”*; el objetivo esencial del sistema de protección infantil *“ha de ser proteger al niño pero en base a mantener y apoyar la unidad y estructura familiar, cuando esto sea lo apropiado, por medio del aporte de servicios dirigidos a estabilizar la situación familiar y a reforzar a los padres para cumplir con sus responsabilidades parentales con sus niños”*. El enunciado de este principio no deja lugar a dudas de la importancia que se atribuye a la familia del menor como elemento prioritario en el cual ha de pivotar toda la intervención en protección.

Otras muchas preferencias pueden establecerse desde la elección de unos u otros principios. Y ello es así, hasta el punto que los principios pueden reflejar cuestiones relativas al peso de las responsabilidades que individual y socialmente nos corresponden. Los siguientes principios, son buena prueba de lo anterior cuando afirman que los centros de cuidado y protección infantiles han de estar basados en:

- La dignidad del niño como sujeto, con derecho al cuidado y la supervisión adecuados.
- El derecho y la responsabilidad consiguientes de los padres a proteger al niño y en prevenir su exposición al abuso, el abandono y la explotación.
- La responsabilidad de la sociedad en tener disponibles para los padres los servicios necesarios y los recursos que apoyarán y reforzarán su capacidad para cumplir con sus obligaciones parentales.
- El deseo de la mayoría de los padres, de ser padres idóneos y el reconocimiento de que la mayoría lo son.
- La comprensión de que la mayoría de los padres que experimentan dificultades en su paternidad pueden ser ayudados a ser unos padres adecuados.
- La responsabilidad del sistema de protección y de la sociedad en su conjunto de dedicar recursos para la prevención
- La responsabilidad de la sociedad para proporcionar servicios adecuados a las necesidades básicas, a la prevención de la ruptura familiar y el aumento del desarrollo físico, social y emocional de los niños y sus familias.

Veamos, a continuación, algunos otros principios en los que declara basar su práctica el departamento encargado de la protección infantil en Inglaterra:

- Los patrones de vida familiar difieren según la cultura, la clase social y la comunidad a la que se pertenece y estas circunstancias deben ser respetadas y aceptadas. No existe un modo perfecto de cuidar a los niños y es preciso evitar juicios de valor y estereotipos.
- Si los niños han de vivir fuera de su familia de origen, ellos y sus padres deben recibir una información adecuada y deben ser ayudados a considerar alternativas, contribuyendo a

una toma de decisión con conocimiento de causa de la forma más apropiada de cuidado para su hijo.

- Los deseos de los niños han de ser tenidos en cuenta y es necesario procurar que éstos los expresen. De acuerdo con su edad hay que procurar que participen al máximo en la toma de decisión en aquellas cuestiones que les conciernen. Deben tener la oportunidad de ser oídos y tomado en consideración seriamente, su desacuerdo con las decisiones adoptadas o en relación al centro en el que sea integrado.

La revisión de estos principios nos sugiere varias cuestiones en relación a nuestro propio sistema, que queremos señalar:

En primer lugar, hay que resaltar como los principios antes citados ponen el énfasis en la protección del niño, pero dejando muy patente que ello ha de hacerse a través del apoyo y el cuidado a las familias. Si un sistema de protección declara responder a este principio, a ese objetivo esencial deberán ir destinados los máximos recursos e intereses y será marcado como la prioridad del Sistema.

Ello nos lleva a preguntarnos si nuestro sistema de protección tiene definida su prioridad. ¿Dónde estamos destinando más esfuerzos y recursos?, ¿a medidas de sustitución familiar o a aquellas que se dirigen a la preservación, el apoyo y tratamiento a las familias? Evidentemente ambas cuestiones son necesarias, pero dónde vamos a colocar el énfasis es algo que necesitará ser fijado en nuestros principios y refrendado por la buena práctica.

En segundo lugar, destacamos entre los principios anteriormente citados, la importancia que se concede a la participación del niño, insistiendo en la necesidad de contar con la expresión de sus opiniones e intereses así como los de la familia.

Reflexionar sobre este principio nos lleva a valorar si nuestro sistema protege al niño pero cuenta poco con él y su familia. De hecho, no son muchos los centros o servicios que han articulado esta participación en la toma de decisiones o en algún otro modo que permita recoger las quejas, propuestas o disconformidad del niño y su familia.

Por último, señalar que aunque la diversidad racial no es una nota característica de nuestra sociedad, si lo es la diversidad cultural e irá en aumento la racial con poblaciones de inmigrantes y refugiados. Nuestro sistema habrá de mostrarse más previsor con respecto a esta necesidad; es necesario recoger en nuestra elaboración de los principios de la buena práctica esta circunstancia social.

Basándonos en la revisión de los principios que han elaborado otros países, básicamente los del mundo anglosajón nos hemos de proponer analizar y revisar nuestros propios principios, que hasta ahora están dispersos como normativas administrativas o legales. Pero que desde luego necesitan estar comúnmente asumidos y ratificados. Es importante que al elaborar estos principios, tengamos en cuenta dos recomendaciones: la primera, que la necesaria generalidad no implique indefinición o vaguedad y la segunda que los principios han de recoger las prioridades del sistema.

Principios en relación a la organización

Algunas de las propuestas que en relación a este tema parecen de especial interés en nuestro contexto son las siguientes:

1.- Los diferentes sistemas de atención pública a nivel local, provincial y autonómico tales como salud, educación, justicia y servicios sociales han de establecer cauces de colaboración y cooperación estables a fin de asegurar el bienestar y la protección infantil, incluso cuando tal cooperación no esté marcada por ley. Esto también ha de ser aplicado a las

organizaciones del voluntariado.

2.- Es necesario que todo el sistema de protección infantil asuma la especial responsabilidad que contrae con niños a los que se separa para un largo período de su hogar familiar y entienda que esta responsabilidad incluye satisfacer la necesidad del niño de sentirse en un medio seguro y estable, así como de ofrecerle experiencias de vida familiar, una educación apropiada; prepararle para un trabajo satisfactorio y otorgarle una información suficientemente detallada de sus antecedentes, al objeto de que pueda asimilar los motivos por los que fue separado de su familia.

3.- Para el logro de los objetivos anteriores es muy necesario insistir en que la planificación y la programación es una responsabilidad crucial de todos los que proporcionen servicios a niños y familias.

Otros principios organizativos más específicos podrían ir en la línea de destacar la responsabilidad de los equipos en apoyar las colocaciones que realizan y en la conveniencia de que los establecimientos residenciales y los hogares sean evaluados regular y apropiadamente. Sin embargo, esta labor de concreción será una tarea a abordar con la definición de los standards.

ELABORACIÓN DE PRINCIPIOS Y STANDARDS

La elaboración de principios y standards exige llevar a cabo un proceso consultivo, con un sistema participativo que se abra a expertos, prácticos y responsables del sistema de protección.

La buena práctica es necesario definirla, pero también hay que asumirla y ello sólo se consigue con la reflexión, el debate y el establecimiento de un alto grado de consenso en torno a las prácticas acordadas.

Si ello no es así y sencillamente importamos los standard establecidos por otros sistema de protección, corremos el riesgo de disponer de un conjunto de normas que serán recibidas y archivadas sin que nunca lleguen a formar parte del quehacer profesional. La elaboración de puntos de vista comunes, el señalamiento de diferencias y la delimitación de procedimientos para resolver las diferencias son instrumentos insustituibles para hacer que los principios y la buena práctica formen parte de nuestra cultura profesional.

Aunque la elaboración y la aplicación de la buena práctica se ha de llevar a cabo con grados distintos de responsabilidad, sin embargo, hay que considerar que todos los niveles se verán afectados por ella, por lo que algún grado de participación es aconsejable prever. Además la buena práctica no siempre es aséptica, de alguna forma puede afectar aspectos de determinadas culturas profesionales como son una inadecuada conciencia de independencia, libertad o igualdad profesionales u otras cuestiones como la falta de hábitos para actuar siguiendo protocolos o procedimientos normativos, o la escasez de oportunidades para la supervisión en la tarea, etc.

Por consiguiente se hace necesario crear un entorno participativo en el que todos los que cooperan y trabajan en el sistema de protección a la infancia puedan replantear, debatir y acordar principios y prácticas de intervención.

BUENA PRÁCTICA: UN CAMINO HACIA LA EFICACIA

Un sistema de protección infantil gana cotas de eficacia en la medida en que logra

identificar a los niños necesitados de protección y en la medida en que dicha protección es efectiva. La eficacia y la eficiencia de un sistema están en estrecha relación con algunas cuestiones del nivel legislativo y competencial.

Nivel legislativo

La legislación es la base sobre la que se construyen las intervenciones del sistema de protección. Por lo general, este marco legislativo viene a definir el grado de ingerencia del Estado en las obligaciones parentales, además de establecer la responsabilidad de las instituciones para proteger y garantizar los derechos de los niños. Es imprescindible poseer un buen soporte jurídico. No obstante, hemos de alejarnos de la falsa expectativa de que la eficacia viene siempre, o con exclusividad de la mano de este soporte. Así, la experiencia de otros países nos advierte que una mayor ingerencia, obligatoriedad y/o penalidad jurídica no se corresponde con una mayor eficacia.

Esto debería prevenirnos sobre la dirección en la que deseamos impulsar nuestra base legislativa, sopesando muy detenidamente en qué dirección han de promoverse cambios.

Nivel competencial

Si un sistema de protección pretende lograr un alto grado de eficacia, la adecuada distribución en niveles de responsabilidad o competencia es una dimensión esencial.

Trabajar por una mayor eficacia, nos ha de llevar a analizar si las tareas se encuentran distribuidas del modo más racional y resolutivo posible. Y si la intervención prevista se halla en consonancia con los recursos y la capacidad de respuesta a ese nivel. Este análisis nos permite identificar déficits de la atención, solapamientos o sobreestimación de necesidades.

Por último, nada podríamos mejorar en este sentido, sin establecer unos canales de coordinación factibles y por tanto eficaces. En efecto, ninguna organización que aborde problemas sociales tiene que dar todas las respuestas desde sí misma y parte de su eficacia residirá en su capacidad para concitar intereses y propiciar planes intersectoriales.

La organización y la revisión competencial supera el nivel de responsabilidad de los profesionales y nos remite al ámbito político-administrativo, que determina el esquema competencial y organizativo del Sistema de Protección Infantil. Si queremos aumentar nuestra eficacia es conveniente analizar la distribución en la organización, ya que en este nivel es además donde se empiezan a establecer algunas cualidades funcionales del sistema como su mayor o menor consultividad, su mayor o menor burocratización y otras cualidades relativas al modelo de organización y gestión que se adopta.

Aumentar nuestra eficacia, significa por tanto revisar desde qué nivel competencial se interviene más eficazmente sobre determinadas cuestiones, qué tareas han de distribuirse o centralizarse; la buena práctica es difícil que ruede por una organización en la que hay ámbitos de atención y tareas que nadie asume junto a otras que todos quieren para sí.

Para trabajar en este sentido contamos con la diversidad autonómica de nuestro país, que nos permite contrastar formulas organizativas distintas, poniendo de relieve ventajas y dificultades lo que sin duda es un buen modo de analizar la eficacia de distintas fórmulas organizativas.

En definitiva, trabajar hacia unas metas de mayor eficacia es valorar en primer lugar y a la luz de otras experiencias hacia qué dirección han de ir los cambios legislativos; en segun-

do, analizar y evaluar nuestro propio sistema organizativo y en tercer y último lugar, habremos de revisar nuestra práctica profesional estableciendo unos modos de actuación comunes, para ponerlos en marcha dentro de un sistema organizativamente coherente.

BUENA PRÁCTICA Y CALIDAD DE ATENCIÓN

Sin duda que una buena práctica ha de redundar en el aumento de la calidad de la atención en los servicios y centros de protección infantil. Por ello, hablar de la calidad en la atención, lema del IV Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada, es desde luego otro modo de plantear las cuestiones relativas a la buena práctica.

Cuando hablamos de calidad nos referimos siempre a un concepto dinámico y subjetivo, que hace referencia a un sistema de valores. Establecer criterios e indicadores de calidad nos obliga a delimitar una zona común de valores y acordar las medidas en las que basar el consenso con respecto a estos valores.

La calidad hemos de definirla como un continuo dentro del cuál hemos de avanzar para conseguir un mayor grado. Por consiguiente, considerar que una práctica o unas características de un centro son cualitativamente mejores a otras es una calificación que puede variar en función del momento o incluso del grupo o grupos que la definan. Debatir sobre la calidad de la atención en los Centros y como medirla ofrece una oportunidad inmejorable para el intercambio, la conjunción de ideas y criterios.

Del mismo modo que al hablar sobre la buena práctica hemos señalado los principios sobre los que ésta se basa, igualmente al tratar de identificar la calidad hemos de referirnos a la escala de valores que implícita o explícitamente son su fundamento.

Derechos de los niños y calidad de atención

La calidad de la atención en el campo de la protección infantil se basa en las necesidades y derechos de los niños a los que va dirigida la atención y de modo más específico sobre aquellos derechos y necesidades que es preciso salvaguardar con más ahínco, dada la situación de crisis o desprotección por la que atraviesan.

Entre los derechos que consideramos que la calidad de la atención ha de asegurar están los siguientes:

- Derecho a permanecer y a disfrutar de la vida familiar; en caso de incapacidad, abandono o negligencia probadas, hacer prevalecer el derecho del menor a disfrutar de una familia sustituta.
- Derecho a la intimidad y al respeto hacia las propias circunstancias familiares, así como a la propia autodeterminación según edad y capacidad de los niños en aquellas decisiones que les conciernen.
- Derecho a no estar institucionalizado más que el tiempo estrictamente necesario y la existencia de sistemas de control para que esto sea así asegurado.
- Derecho a permanecer en su propio entorno social, cultural y familiar pudiendo disfrutar de los servicios que le garanticen la protección y el cuidado en su contexto de origen.
- Derecho a recibir un tipo de atención y recursos lo más afines posibles con sus necesidades y circunstancias.
- Derecho a que se le garanticen servicios de calidad y la igualdad de acceso de todos los niños a los mismos independientemente de su situación, condición y raza.

- Derecho a que la calidad de atención sea evaluada y revisada periódicamente a fin de prevenir situaciones de desatención o maltrato institucional.

El establecimiento de un consenso sobre los derechos de los niños, sean éstos u otros los que decidamos, será la base sobre la que fijar los criterios de calidad para la atención. De igual modo, la revisión de nuestras prácticas nos permitirá evaluar en qué medida nuestras intervenciones salvaguardan o no los derechos previamente señalados.

Compromiso frente a la calidad

La calidad de la atención es una forma de conseguir una identificación del logro obtenido en la atención que prestan nuestros centros y servicios, pero es también algo diferente a medir lo que ya hemos logrado; es sobre todo algo a fomentar, algo a impulsar decididamente desde la responsabilidad tanto profesional como política y administrativa. En cada uno de estos niveles de responsabilidad debe existir el compromiso en definir esos parámetros y en promover su consecución y todo ello ha de hacerse entendiendo que la mayor responsabilidad que concierne a responsables políticos, administrativos y técnicos no significa exclusividad. Procurar una mayor calidad es una tarea de todos y cada uno de los que intervienen en el campo de la protección infantil, sin olvidar que nos queda bastante por hacer a la hora de integrar a los propios usuarios del sistema: los niños y las familias.

Los criterios de calidad se han abordado, desde otra perspectiva en varias comunidades autónomas. Así se ha trabajado para establecer unos mínimos de calidad exigibles a los que ofertan espacios de atención a niños. Ahora bien, señalar límites por debajo de los cuales la atención se considera inadecuada, puede dar como resultado que asegurados esos mínimos demos por concluida la tarea, o bien que nos atengamos a ellos de una forma rígida. Por esto, aunque sin duda es útil establecer esta primera línea base como paso previo en la definición de criterios de calidad -sobre todo si se hace para orientar a las entidades que ofertan servicios-, deberíamos entrar a definir indicadores de calidad para los dispositivos, así como la forma en que éstos pueden lograrse.

El informe sueco *Good day care for small children* es un buen ejemplo de como tratar el tema de la calidad en los servicios. Una de sus aportaciones nos recuerda algo que hemos de tener presente: *"Independientemente de lo bueno que sea un centro este refleja las condiciones existentes en la sociedad en general"*. Por ello, el debate sobre la calidad de atención y la buena práctica hay que insertarlo en otro más amplio sobre el cuidado y la atención que reciben los niños y sobre el estatus que la sociedad actual les otorga.

Identificar y valorar la calidad en la atención

Una forma adecuada para avanzar en este propósito será identificar una serie de áreas relacionadas con la calidad e interrogarnos sobre el grado en el que responden a determinados criterios de calidad que establezcamos.

Las áreas a las que nos referimos pueden ser tales como personal, formación, integración y coordinación de centros, investigación etc. De hecho, podemos plantearnos los indicadores de calidad en torno a esas u otras áreas que decidamos.

Evidentemente que todo lo relacionado con la valoración de la calidad de la atención necesita un tratamiento con mayor amplitud y profundidad de lo que vamos a dedicarle en estas páginas, pero no podemos sustraernos a la inquietud de apuntar algunas líneas de tra-

bajo que pensamos es conveniente desarrollar en un futuro lo más cercano posible, estas son:

1.- Calidad y contexto institucional: ésta es quizás el área en la que contamos con más aportaciones a partir de los decretos sobre mínimos de calidad en los servicios, pero ya hicimos la precisión de las limitaciones que conllevan. En la actualidad se disponen de indicadores que sirven para definir condiciones físicas y ambientales, pero es necesario llegar a establecer parámetros de que evalúen de modo más preciso la calidad de la atención que reciben los niños en los dispositivos y cómo hacer para obtener mejoras en esta dirección.

2.- Calidad y financiación : la calidad requiere financiación. Indiscutiblemente sin la financiación adecuada y oportuna es imposible mejorar la calidad de los servicios y los recursos que éstos ofrecen. Las necesidades de financiación siguen siendo importantes. A veces con programas o servicios que ofrecen una mínima parte de lo que realmente necesitan familias y niños pretendemos cambios que no conseguimos, lo que nos hace dudar de la validez de los mismos, sin advertir, que ni los programas ni los servicios pueden ser eficaces cuando no tienen los requisitos de calidad necesarios.

Por consiguiente ésta será otra área en la que habremos de introducir cambios sustanciales y en la que con toda probabilidad será preciso trabajar para encontrar fórmulas que garanticen la agilidad y la oportunidad de la financiación de programas y servicios.

3.- Calidad, gestión y planificación: otro aspecto íntimamente relacionado con la calidad son las tareas de planificación y gestión. Una atención de calidad necesita partir de planes globales hacia cuya consecución se encamina toda la estructura; estos planes de carácter estatal y autonómico han de ser divulgados y conocidos por todos los profesionales. A consecuencia de ello, el sistema puede mejorar en la medida que su crecimiento y dinámica está planificado para la consecución de unos determinados objetivos que sus componentes conocen y asumen. El conocimiento y la divulgación de estos planes significa un buen estímulo para el profesional, para quién es más fácil sobrellevar las limitaciones de su realidad cotidiana si dispone de información de las metas y proyectos a conseguir.

Mantener la calidad de la atención

Por último, es importante tener presente que la calidad es un logro que nunca está suficientemente asegurado. A lo largo de varios años de práctica profesional, hemos visto como no pocas instituciones con unos logros cualitativamente importantes, conseguidos tras no pocos esfuerzos, se desvanecían debido a cambios políticos, organizativos o laborales. Aunque algunos cambios son deseables o inevitables, la actuación en pro de la calidad de la atención ha de moverse en dos direcciones: primero en definir, promover y conseguir una mejor calidad en la atención, pero también y de modo importantísimo en crear una estructura, cuya misión sea garantizar que las mejoras introducidas en el sistema no se pierdan.

PROPUESTAS DE PRINCIPIOS BÁSICOS DE INTERVENCIÓN

El realizar una serie de sugerencias concretas que definan una buena práctica en el campo de la protección infantil tiene dos riesgos fundamentales. Uno es el de hacer propuestas que, por inalcanzables, por un lado todos estaríamos de acuerdo en ellas y encontraríamos un fácil y amplio consenso entre todos los presentes, pero que por otro nos lleva-

ría a sentirnos desalentados al encontrarnos excesivamente lejos de su cumplimiento. La otra dificultad proviene de quedarnos en una mera descripción de la realidad actual de nuestra práctica, que nos podría causar cierta autocomplacencia, pero que no nos proporcionaría el estímulo del debate y de la aceptación de nuevos retos.

Por este motivo pasamos a hacer una serie de propuestas, unas más concretas que otras, necesariamente incompletas y sin excesivos matices, pero que creemos que definen gran parte de los principios de la buena práctica. Estas propuestas se moverán entre aquello que ya hacemos en nuestro trabajo cotidiano y lo que serían posibles mejoras, con la pretensión de que sean lo suficientemente realistas como para poderlas llevar a cabo, y lo suficientemente idealistas como para que estimulen la mejora de nuestro trabajo y nuestros servicios, así como la discusión y el debate.

Antes de nada es necesario recordar que el principio fundamental de la primacía del interés del niño sobre otros intereses no sólo debe presidir la toma de decisiones acerca de situación de desamparo o de riesgo en cada caso concreto, sino que también debe quedar reflejada en los principios de actuación, en la dotación de recursos destinados a la protección infantil, en los aspectos normativos, organizativos, estructurales, y en los procedimientos de los servicios protectores y en los de aquellos en los que se lleva a cabo la guarda de los niños, así como en la práctica y en las actuaciones de los profesionales y personas que están en contacto con ellos. Por ello, el juicio que se haga de cada una de las propuestas debe realizarse en función de si es bueno para los intereses del niño y adolescente, genéricamente tomados.

Los principios que a continuación se presentan se han organizado de una manera coherente en diversas categorías:

1. Primacía de la familia

A.- La administración ha demostrado su capacidad para atender con carácter temporal las necesidades de los niños, no así de una manera permanente. Existen suficientes evidencias y bases jurídicas, sociológicas y psicológicas como para afirmar que hay ventajas únicas para el niño derivadas de vivir una experiencia de vida familiar en su propia familia biológica, por lo que los programas de preservación y reunificación deben ser la opción preferencial para la mayor parte de los niños.

B.- Considerar a los padres como personas con sus propios problemas y necesidades que necesitan ayuda, por lo que la familia debe ser el cliente de la intervención aunque nuestro objetivo sea el niño. No debe confundirse la ausencia de habilidades para proporcionar adecuada atención a sus hijos con la ausencia de afecto o con irresponsabilidad.

C.- Evitar la protección de forma compulsiva, pues el enfrentamiento entre los padres y la entidad protectora no favorecerá una relación de ayuda que facilite a la familia afrontar y superar sus problemas, aunque hay que aceptar que en algunos casos sea la única forma de garantizar la seguridad e integridad del niño.

D.- Excepto en aquellos casos en los que esté claramente justificado por ser perjudicial para el niño, es imprescindible incorporar a los padres en el proceso de toma de decisiones y responsabilizarles mediante acuerdos escritos de la ejecución del plan de intervención que les corresponda. El minusvalorarles, ignorarles o marginarles traerá consigo consecuencias negativas para los intereses del niño. Los padres deben participar en la decisión sobre la ubicación provisional para el niño, sobre los recursos que deben ser ofreci-

dos tanto al niño como a la familia, sobre los plazos, sobre el régimen de visitas y el nivel de responsabilidades que ellos van a seguir manteniendo sobre el niño mientras éste está fuera del hogar, sobre los cambios que debe introducir la familia en su funcionamiento, sobre los objetivos de la intervención, etc.

Los servicios deben incorporar en sus normas de funcionamiento las formas y mecanismos a través de los cuales los padres pueden participar en la toma de decisiones. El nivel mínimo es a través de proporcionarles información detallada y periódica de la evolución de los niños, y el nivel más alto será es de coparticipación en la toma de decisiones asistiendo a las comisiones en donde se analiza el caso de su hijo.

E.- Deben mantenerse de manera activa los contactos entre los padres y sus hijos cuando éstos han sido separados con carácter temporal, pues éste es el mejor predictor de la reunificación. Para ello es necesario que se les preste ayudas de diversa índole y que los servicios donde son atendidos los niños se adapten a estas necesidades y flexibilicen su organización y funcionamiento permitiendo a cada familia que retenga, de una manera consistente, aquella parte de la responsabilidad de la atención al niño que se haya considerado adecuada en cada caso y momento. Hay que tener en cuenta que la importancia de las visitas y contactos que se mantienen entre los padres y sus hijos no sólo radica en que es un derecho de los padres y de los hijos, sino que es el mejor medio para preparar la reunificación, por lo que deben estar planificadas, pues son un contexto inmejorable para enseñar a las familias formas adecuadas de cuidado y de atención a sus hijos.

F.- La separación provisional debe hacerse dentro de un marco claro de tiempo y su duración debe computarse en días, semanas o meses y nunca en años, especialmente a medida que el niño es más pequeño. Esta duración debe establecerse siempre en el interés del niño y nunca en base a criterios de conveniencia para los técnicos o de aspectos burocráticos. Por ello, desde que se produce la separación debe empezarse a trabajar para la reunificación. Por ejemplo, se sabe que si se superan los seis meses en una separación provisional las probabilidades de un retorno inmediato disminuyen drásticamente. Aunque existen casos en los que las previsiones no pueden ser cumplidas debido a la inestabilidad de las circunstancias familiares o a la alta probabilidad de que estas familias se vean sumergidas en diversos tipos de crisis, es necesario trabajar dentro de una estructura de tiempo.

G.- Cuando se considere la separación definitiva del niño de su familia biológica como el mejor plan, es responsabilidad de la administración el haber realizado un esfuerzo mínimo suficiente en recursos y tiempo por preservar la integración familiar y demostrar ante la autoridad judicial la imposibilidad de que se produzcan en la familia, en un plazo razonable de tiempo, los cambios necesarios para que el niño pueda ser atendido adecuadamente.

2.- La toma de decisiones

A.- La toma de decisiones es un proceso muy complejo en el que se ponen en juego multitud de variables. Una de las más importantes son los riesgos estimados para cada opción y los recursos disponibles. En la mayor parte de las decisiones pueden existir riesgos potenciales para el niño que deben ser analizados minuciosamente, así como las medidas preventivas que se adoptan en relación a dichos riesgos. No sólo deben determinar las decisiones la gravedad de los riesgos sino la posibilidad de controlarlos. Hay opciones con riesgos importantes que son preferibles a otras con menor riesgo pero incontrolable. El éxito

de una decisión no depende tanto de los riesgos que entraña como de los sistemas previstos para mitigarles o hacerles frente.

B.- No siempre es posible contar los recursos necesarios o predecir las reacciones de los niños y sus familiares ante determinadas propuestas de los servicios protectores. Por otro lado, en muchas ocasiones determinadas decisiones deben ser modificadas antes de lo previsto debido a que se presentan nuevas circunstancias. Por ello es importante el establecimiento de planes de contingencia o cursos de acción alternativos por si la opción principal fallara. De esta forma se evita el tomar decisiones apresuradas sin la suficiente reflexión o sin disponer de la información suficiente.

C.- La toma de decisiones puede estar mediatizada por muchas variables difíciles de controlar. Unas provenientes de la situación del niño y de su familia; otras se refieren a la disponibilidad de recursos y calidad de los mismos; un tercer grupo tiene que ver con la política, filosofía y práctica habitual del servicio; y un cuarto bloque de variables se circunscriben a aspectos provenientes de las personas individuales que deben participar en la toma de decisiones. Por otro lado, las decisiones que deben tomar los técnicos suelen llevar una gran carga emocional. Por todo ello es habitual que existan discrepancias sobre la percepción e interpretación que diversos profesionales dan a una situación determinada y, por lo tanto, en la solución que cada uno considera más adecuada a un mismo problema. Estas circunstancias, y teniendo en cuenta que el campo de la actuación en materia de protección infantil está continuamente sujeto a revisión, se hace necesario que existan mecanismos y ámbitos formales en los cuales las discrepancias se expresen y resuelvan si es posible. No obstante, en protección de menores debe primar la calidad de las decisiones sobre el consenso, sobre todo en aquellas decisiones que puedan ser trascendentes para los niños, como por ejemplo son los casos de separación definitiva. La calidad de este tipo de decisiones debe recaer sobre el supervisor, el jefe o coordinador de equipo o la autoridad administrativa. Sin embargo, otros contenidos de las decisiones pueden descansar sobre el consenso de los miembros del equipo, especialmente en lo que se refiere al cómo ejecutar las decisiones.

D.- A la hora de estudiar alternativas y realizar decisiones puede ser conveniente que intervengan otras personas ajenas a la administración competente. Por ejemplo: personal de centro escolar, terapeutas que han atendido al niño, técnicos de los servicios sociales básicos, expertos en determinados ámbitos, acogedores que han tenido previamente al niño, otros miembros de la familia del niño o adultos que tienen un conocimiento especial de la historia del niño, etc. El disponer de toda la información y compaginarla puede ser una tarea ardua y compleja. Por este motivo debe existir un marco temporal adecuado dentro del cual la decisión deba ser tomada para balancear la necesidad de disponer de información relevante con el riesgo de retrasar la decisión.

3.- Necesidad de un plan de integración estable

A.- Todo niño con expediente de protección debe poseer un plan de integración definitiva hacia el que se deben encaminar todos los esfuerzos, superando de esta manera las prácticas habituales de "esperar y observar". Debe existir un programa de intervención dirigido a alcanzar los objetivos previstos en el plan. El tiempo necesario máximo para la elaboración de este plan tiene que estar claramente limitado y debe ir precedido de una evaluación de las circunstancias personales del niño y de su familia.

B.- Los planes de integración pueden ordenarse en una jerarquía de preferencia

genérica:

- . preservación familiar;
- . separación provisional de su familia y reunificación;
- . separación definitiva de su familia e integración en otra familia;
- . preparación para la independencia.

Estos cuatro programas de intervención, para poder ser llevados a cabo, deben orientar el desarrollo de recursos: programas de intervención familiar (tanto de preservación como de reunificación), recursos para separaciones temporales (acogimiento familiar, hogares de primera acogida y otros dispositivos residenciales), servicios de adopción y acogimiento permanente, recursos residenciales, educativos y de orientación al mundo laboral, que preparen al adolescente para su independencia.

C.- La actuación protectora, siendo necesaria para garantizar la integridad del niño, no debe ser más intensa y duradera que lo estrictamente necesario, ya que también tiene efectos negativos como es la injerencia en la vida del niño y la de su familia y una posible estigmatización social que puede afectar, de prolongarse excesivamente, a su autoestima y al desarrollo de su identidad.

4.- La separación

A.- Es comúnmente aceptado que cuando deba procederse a una separación, ya sea provisional o definitiva, se estudiará la posibilidad de que el niño vaya a vivir con otros familiares o amigos de la familia. Para que esto sea posible, en muchas ocasiones es necesario disponer de sistemas de ayuda especial, tanto técnica como económica, para que estos acogimientos puedan ser llevados a cabo. Es frecuente que se realicen grandes esfuerzos monetarios y organizativos destinados a que los niños puedan ser atendidos adecuadamente fuera de su familia, ya sea en dispositivos residenciales o en acogimientos familiares. Por lo tanto, deben realizarse por lo menos los mismos esfuerzos dirigidos a apoyar a los familiares, ya que en muchas ocasiones se encuentran en situaciones de escasos recursos económicos y personales .

B.- Es necesario tomar en consideración la opinión de los niños y de sus familias en cuanto a la ubicación más adecuada. Aunque ha de considerarse el acogimiento familiar como la mejor alternativa a la familia biológica para la mayor parte de los niños y para un gran número de adolescentes, muchos de éstos últimos pueden desear no tener que establecer relaciones íntimas con otros adultos diferentes a los de su familia y prefieren una atención en grupo. Igualmente, los padres pueden percibir como altamente amenazante que su hijo se vaya a vivir con otra familia.

C.- En contra de algunas políticas llevadas a cabo de "corte limpio", tanto en las separaciones provisionales como en las definitivas, como en cualquier cambio de ubicación, debe procurarse que el niño mantenga contactos permanentes con personas significativas en su vida a las que le une una fuerte vinculación afectiva, a no ser que se considere claramente contraproducente para el niño. Siempre que se pueda se mantendrá a los hermanos juntos, o al menos en contacto, a no ser que se considere contraproducente, aunque las necesidades de un niño no deben verse sacrificadas con el fin de cubrir las de otro hermano.

D.- La forma más habitual de mantener relación entre el niño y sus padres es a través de las visitas. Como hemos indicado más arriba, dada la trascendencia de éstas para una eventual reunificación, es del máximo interés que las visitas estén planificadas de una

manera detallada en cuanto a la frecuencia, lugar, duración, quiénes estarán presentes, qué tipo de actividades llevarán a cabo, tipo de ayudas que son necesarias para que se lleven a cabo adecuadamente, etc. Para muchos padres y para la gran parte de los niños las visitas son un momento difícil y doloroso, y ambos pueden necesitar ayuda.

F.- Los cambios de hogar, cuidadores, colegio o coordinador de caso deben considerarse la mayor parte de las veces como una situación de riesgo para el niño. Por ello, **todo cambio ha de realizarse después de haber sobrepesado los potenciales beneficios del traslado en contra de los posibles prejuicios.** Los cambios han de realizarse siempre cuando supongan un claro beneficio para el niño y nunca por motivos de conveniencias de otra índole o por factores meramente burocráticos

G.- Ante toda separación, reunificación o cambio de una ubicación a otra, debemos ser sensibles a la tensión que estas circunstancias producen en los niños debido a las pérdidas que estas situaciones llevan consigo y a los esfuerzos que requieren de adaptarse a un nuevo medio físico y social, por lo que **toda transición debe ser cuidadosamente planificada y deben proporcionarse apoyos durante las fases de preparación, acoplamiento y adaptación,** incluso cuando el niño regresa a su hogar, y sobre todo al niño debe dársele tanta seguridad como se pueda acerca de su futuro.

5.- Las necesidades del niño

A.- Una actuación protectora correcta no sólo se centra en la atención a las necesidades del niño que son genéricas para todos los niños y que los padres no pueden cubrir adecuadamente, sino que también contempla otros grupos de necesidades específicas como son, en primer lugar, la atención de aquellas derivadas de la situación de maltrato o abandono que hayan podido sufrir y, en segundo lugar, las que se producen como efecto de la separación que conlleva en ocasiones la actuación protectora. Las necesidades de un niño separado de sus padres varían en función de si ésta es definitiva o provisional, y de si es acogido en una residencia o en una familia. Por lo tanto, en el plan de intervención con el niño se deben contemplar todo este conglomerado de necesidades, muchas de las cuales no son comunes a otros niños de la misma edad.

B.- En las separaciones definitivas en especial, y en muchas de las provisionales, el niño necesita **ser ayudado a afrontar las pérdidas** que conllevan con el apoyo de personas y técnicos preparados, dispuestos a aceptar sus sentimientos y reacciones, a proporcionarle la información necesaria sobre las circunstancias reales, a mostrar apoyo y a facilitarle la expresión de sentimientos negativos de una manera adecuada.

C.- Otra necesidad vinculada a la anterior es la de que el niño desarrolle una **identidad personal segura.** Esta identidad se ve amenazada especialmente en los niños que han estado separados de su familia durante muchos años y más aún si han sido cambiados de ubicación en diversas ocasiones. Es necesario que las personas que estén en contacto con él, haciéndose cargo de su atención, le ayuden a vincular todas las experiencias de su vida, dándole un sentido, y recuperando los recuerdos de las personas con las que ha compartido su desarrollo y de los sucesos más significativos que han acaecido en su vida. Este proceso es un proceso lento que puede prolongarse a lo largo de muchos años y al que deben dar continuidad los profesionales que en distintos momentos estén en contacto con él.

D.- Una tercera necesidad, relacionada con las anteriores es el **desarrollo de una autoestima positiva.** Los niños separados por sus familias son vulnerables a autodesvalorizaciones debido a sus antecedentes en su hogar, al hecho de ser protegidos por la adminis-

tración, a las características de sus familias, a los distintos fracasos a los que se suelen ver sometidos a causa de su desventaja social y en ocasiones a procesos de culpabilización por lo sucedido. Las personas que estén a su lado deben hacerle sentir una persona única, valiosa, competente y querida.

E.- Aquellos niños para los que no es posible encontrar a corto plazo una familia permanente y estable donde crecer, necesitan disponer de un adulto que se implique personalmente en su atención y bienestar y que persiga el pleno desarrollo de sus potencialidades, que pueda participar en la toma de decisiones y que sea una persona especial para el niño. Por este motivo es necesario desarrollar modelos de “padrinazgo”, ejercido fundamentalmente por voluntarios, cuando los padres u otros familiares no pueden asumir estas funciones durante largos periodos de tiempo.

F.- Todos los ámbitos de la competencia social (comportamiento prosocial y empatía, habilidades de comunicación, adaptación y aceptación social, habilidades de solución de problemas interpersonales, vinculación afectiva, etc.) pueden verse afectados por las situaciones más o menos severas de maltrato y abandono. Por este motivo gran parte de los niños protegidos necesitan ser preparados, desde el lugar en el que se encuentre viviendo, para afrontar de manera competente las dificultades y problemas que se le presenten en su relación con los demás, en la utilización adecuada de los servicios de la comunidad, en la convivencia y vinculación afectiva con otros de una manera sana. En los casos en los que el plan definitivo sea la independencia se ha de procurar que el niño adquiera las habilidades que permitan llevar una vida independiente y deben orientarse los recursos a prepararle para la vida adulta. Por todo ello, todas las personas responsables de la atención directa de los niños protegidos deben proporcionarles las habilidades necesarias para el desarrollo de la competencia personal y social de éstos, y en todos los equipamientos deben llevarse a cabo programas estructurados para su entrenamiento.

G.- Aunque la actuación protectora en sentido legal termina a los 18 años, debe asumirse por la administración la responsabilidad de continuar prestando apoyo a las personas que han abandonado el sistema de protección por alcanzar la mayoría de edad y no disponen de un destino adecuado, dado que socialmente a una persona de esa edad no puede exigírsele en el momento actual que sea totalmente independiente, y menos aun con los antecedentes de las personas que han pasado por el sistema de protección que les sitúa en una situación muy deficitaria desde el punto de vista de los recursos económicos, formativos, emocionales y de habilidades sociales e interpersonales. Este apoyo debe proporcionarse fundamentalmente a través de asociaciones voluntarias respaldadas por la administración.

6.- Aspectos organizativos

A.- Es necesario que en todo servicio de protección infantil exista un manual de procedimiento en el que se detalle la forma en que se han de llevar a cabo las actuaciones más importantes, la organización y funcionamiento de la unidad y de sus equipos, y los criterios que han de regir la toma de decisiones. Este manual supone un importante apoyo técnico y normativo para los profesionales, homogeneiza el funcionamiento de diferentes unidades, asienta criterios y principios semejantes para todos los casos más allá de los criterios particulares de técnicos concretos, y explícita los criterios de la entidad en lo que se refiere a lo forma de actuar de todos los profesionales que trabajan en ella. Algunos de elementos que debe contener esta guía son:

- . Principios y bases fundamentales sobre los que se asienta la actuación protectora del servicio.
- . Criterios para determinar una situación de desamparo o riesgo de desamparo y para la apertura de expedientes.
- . Recepción de informes y notificaciones, así como criterios para el inicio de la investigación.
- . Aspectos a valorar en la fase de investigación, rapidez con la que se debe iniciar en función del contenido de la notificación y duración máxima, fuentes e instrumentos, criterios de gravedad, toma de decisiones sobre la necesidad de separación de urgencia.
- . Variables a tener en cuenta en la fase de evaluación, haciendo especial énfasis en las necesidades del niño; fuentes e instrumentos; tiempos.
- . Toma de decisiones: criterios y procedimiento. Personas que participan en el proceso, especialmente los padres y los niños y adolescentes. Elaboración y presentación de informes. Establecimiento del plan de caso.
- . Funcionamiento de la unidad y de cada uno de sus equipos, rol del coordinador del caso, etc.
- . Coordinación interinstitucional. Mecanismos formales e informales. La participación de otros profesionales en la toma de decisiones y en la aplicación del plan.

B.- Cada vez se impone con más fuerza la **necesidad de la existencia de un técnico que coordine todas las actuaciones** que se deben llevar a cabo sobre todos los miembros menores de edad protegidos de una misma familia, independientemente de la medida que tenga cada uno de sus hijos o de los cambios de medida que sufra de cada uno de ellos.

C.- Este técnico clave, o coordinador del caso, **debe formar parte de un equipo interdisciplinar** que le preste diversos apoyos a lo largo de todo el proceso de intervención, incluida una supervisión.

D.- Los informes y las bases de datos relativas a los niños que se encuentran bajo la protección de la administración son instrumentos de primer orden dentro del marco de una buena práctica. El mantenerlos actualizados y con información relevante se convierte en una tarea básica para los técnicos ya que, en ocasiones, son muchos los profesionales que intervienen y toman decisiones sobre el niño a través de información escrita. En segundo lugar, el cambio de coordinador de caso, que de por sí es una situación de riesgo para el niño, es más peligroso aún si este cambio se produce sin que se haya recogido la información que sustentó toda la actuación anterior que fue básica para asegurar el bienestar del niño. Por otro lado, dado que en estos informes se recoge información que tiene un fuerte componente emocional para los muchachos, en un futuro puede ser una fuente de información para éstos cuando sean adultos, especialmente para aquellos que hayan sido separados definitivamente de sus familias. Por último, el cúmulo de datos procedentes de diferentes expedientes pueden tener una importancia para el desarrollo de investigaciones por parte de los departamentos con responsabilidad en materia de protección de menores, para planificar sus recursos y para mejorar la calidad de éstos y de sus actuaciones técnicas y administrativas.

E.- La mejora de la calidad de la información contenida en los expedientes y la implantación de bases de datos llevan aparejados la necesidad de que se garantice la confidencialidad de dicha información, se determinen los técnicos de los distintos niveles y las personas que tendrán acceso a la misma y bajo qué condiciones. Los servicios deben explicitar la política, mecanismos y procedimientos que permitan compaginar el acceso a la información con la preservación de la confidencialidad.

Dentro de las personas que deben tener derecho a disponer de la información relativa al niño que está bajo su responsabilidad es necesario contemplar a los acogedores y a los profesionales de los dispositivos residenciales, ya que se considera que es de máxima importancia el que conozcan las condiciones de vida anterior, las circunstancias que han motivado la protección y las características y peculiaridades del niño que tienen a su cargo, para poder proporcionarle una adecuada atención en función de sus circunstancias y necesidades. La garantía de la confidencialidad de dicha información vendrá dada por la formación que se proporcione a los acogedores y personal de centros, y por los criterios de selección y utilización de los diferentes recursos. En cualquier caso la mala utilización de la información considerada confidencial debe conllevar una respuesta de la administración adecuada a la gravedad que este tipo de hechos supone.

Por último, la información también ha de ser proporcionada a los padres. Es la forma mínima de participación de éstos y debe ser considerado no sólo como un derecho, sino como una práctica relevante para el bienestar del niño. Esta información debe proporcionarse durante todo el tiempo que dura la separación y especialmente cuando el niño regresa a su casa.

F.- Con el fin de mejorar los aspectos organizativos, las características de los programas, los procedimientos y las actuaciones profesionales, los servicios de protección deben determinar reglamentariamente los mecanismos para la evaluación externa periódica y para la autoevaluación del propio servicio, y especialmente de la práctica seguida en algunos casos como, por ejemplo, cuando se han producido interrupciones imprevistas de acogimientos, ya sea en centros o en familia, preadoptivos o no, o en los casos de internamientos de más de dos años de duración de niños con menos de diez años.

7.- Formación y apoyo

A.- “El modelo de competencia” es un marco teórico y práctico de obligada referencia y uno de los que mejor define la orientación que los servicios de protección deben adoptar para capacitar a los niños, a sus familias, a los diferentes recursos y a su propio personal, para que cada uno de estos grupos pueda afrontar adecuadamente las diversas tareas a las que se ven enfrentados dentro del ámbito de la protección a la infancia. La capacitación a través de la adquisición de las habilidades necesarias y proporcionar apoyo es la vía que ha demostrado mayor eficacia en diferentes ámbitos:

- Los programas de prevención, reunificación y preservación van dirigidos fundamentalmente a que los padres adquieran, además de recursos materiales, las habilidades necesarias para atender adecuadamente a sus hijos y a que dispongan de un soporte social que les permita hacer frente a las situaciones de estrés.

- La formación y el apoyo a las personas que acogen en sus casa niños es uno de los mejores predictores de éxito de los programas de acogimiento familiar. La formación previa a la adopción y los apoyos post-adopción se están imponiendo como elementos imprescindibles en la práctica de calidad, y están permitiendo que niños que antes no se consideraban susceptibles de ser adoptados (niños mayores, enfermos y con minusvalías) estén alcanzando cada vez mejores resultados en su acoplamiento y adaptación.

- El personal de los centros cada vez va necesitando entrenamiento en habilidades que les permita manejar grupos de niños, hacer frente al comportamiento difícil de éstos, prestar apoyo social a los niños y sus familias, y ayudarles a afrontar las pérdidas derivadas de la separación.

- El proporcionar habilidades específicas en materia de protección de menores a los profesionales que trabajan en el campo es una tarea imprescindible para los servicios que deben tomar decisiones. Así, hoy no puede concebirse que los profesionales no tengan habilidades básicas necesarias para la detección, recepción de notificaciones, investigación y evaluación de situaciones de maltrato, para trabajar en equipo, comunicarse con los niños que han sufrido maltrato y abuso sexual, comunicarse con padres maltratadores y para hacer frente a situaciones de tensión y amenazantes, etc. Y esta formación debe ser genérica para todos los profesionales independientemente de su titulación académica.

- Por último, cuando los niños son separados de sus familias, ya sea de manera provisional o definitiva, una de las funciones principales de los recursos en los que se encuentra es incidir sobre su competencia social de manera que puedan relacionarse de manera adecuada con otros niños y adultos, establecer relaciones afectivas positivas con otras personas, utilizar los recursos de la comunidad, integrarse escolar y laboralmente, y en otros casos poderse independizar.

B.- La tarea de acogimiento, tanto en centro como en familia, es una tarea difícil que requiere que se preste apoyo permanente a las personas encargadas del cuidado del niño. La protección no termina con la separación del niño de su familia en los casos en los que corra un claro riesgo, sino que en ese momento empieza, por lo que el proporcionar formación y apoyos técnico y económico adecuados durante la fase del acogimiento es un elemento básico de los servicios de calidad.

C.- Todos los servicios y dispositivos dedicados a la atención de niños que se encuentran bajo la protección de la administración deben cumplir standards básicos de calidad, determinados reglamentariamente en base a un estudio detallado de las necesidades de los niños en general y de los que han sufrido maltrato y abandono en sus diversas modalidades.

Para concluir no debemos olvidar que la aplicación de cualquier principio como los expuestos trae consigo múltiples problemas en la práctica, y que requiere de habilidades y recursos adecuados, no siempre disponibles. Pero tampoco debemos recordar que el fracaso en la comprensión y en la aplicación de los principios esenciales puede hacer que hasta los mejores recursos se conviertan en perjudiciales para aquellos a los que se intenta ayudar (HMSO, 1990).

BIBLIOGRAFÍA

- SOCIAL SERVICES INSPECTORATE. DEPARTMENT OF HEALTH. *Evaluating performance in child protection*. Londres: HMSO, 1993.
- CHILD WELFARE LEAGUE OF AMERICA. *Standards for service for abused or neglected children and their families*. Child Welfare League of America, 1989.
- SOCIAL SERVICES INSPECTORATE. DEPARTMENT OF HEALTH. *Principles and practice in regulations and guidance*. Londres: HMSO, 1993.
- MINISTERIO DE SALUD Y ASUNTOS SOCIALES, SUECIA. *Good daycare for small children*. 1981.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. RED DE ATENCIÓN A LA INFANCIA DE LA COMISIÓN EUROPEA. *Calidad en los Servicios para la Infancia*. Bruselas, 1990.

LO QUE NO SABEMOS SOBRE EL MALTRATO INFANTIL

Joaquín de Paúl Ochotorena
Universidad del País Vasco

INTRODUCCIÓN

Asumir el reto de dar contenido a esta conferencia ha supuesto para el firmante de este texto tener que tomar importantes decisiones, y por tanto hacer una difícil elección, sobre la orientación más adecuada que se podía y debía dar (aquí y ahora) a dicho contenido. Entre los múltiples posibles, es evidente que el único que podía ser elegido estaría condicionado por las actuales preocupaciones, intereses y motivaciones del autor, en relación al tema del maltrato infantil. En la selección de temas y en las afirmaciones realizadas en esta conferencia ha primado la presentación de conocimientos actualizados. Pero esta selección ha sido realizada sin temor a presentar una visión subjetiva y personal, y por tanto arriesgada, de cada uno de ellos. Este texto escrito debe entenderse como un resumen de lo que verbalmente será expuesto en dicha conferencia.

El hecho de que sea éste el título de la conferencia plenaria que clausura el IV Congreso Estatal Sobre el Maltrato Infantil supone un reconocimiento implícito de que existen más cuestiones sin resolver en el tema que nos ocupa, de las que a primera vista se pudiera creer. Supone asumir que la investigación llevada a cabo durante los últimos 25 años ha servido fundamentalmente para señalarnos algunas de las principales líneas, vías o temas por las que debe avanzarse con cautela y precisión en el conocimiento (siempre limitado) del fenómeno plural y diverso del maltrato infantil.

Quizás alguno de los asistentes a esta conferencia tuvo la oportunidad de asistir a mi intervención (y el mérito de recordarla) en un plenario similar a éste en el II Congreso Estatal celebrado en Vitoria en 1991. Resultaba obligado releer lo expuesto entonces para preparar este texto. En aquel momento realicé una defensa contundente de la necesidad de aplicación del método científico al conocimiento de los más importantes temas relacionados con el maltrato infantil, hice un repaso de los temas que consideraba más relevantes y de la necesidad de aplicación de metodologías "más duras" en el desarrollo de la investigación. Han pasado cuatro años desde entonces, se han publicado importantes trabajos de revisión e investigación y se han realizado investigaciones interesantes en España. Pero mi impresión personal y actual es que seguimos sabiendo muy poco sobre las cuestiones más relevantes y seguimos necesitando mucho esfuerzo de estudio sobre dichos temas. Unido a lo anterior, creo que en estos momentos no haría una defensa similar de tales metodologías "científicas" como única vía de acceso al conocimiento de la dinámica de los malos tratos a la infancia. Existen muchas cuestiones que quizás requieran todavía la utilización de análisis más individualizados y personalizados que generen nuevas hipótesis y que nos obliguen a modificar y poner en cuestión algunos paradigmas oficialmente admitidos.

En la revisión que a continuación se presenta he tratado de seleccionar aquellos temas que, desde las premisas anteriormente señaladas, tienen mayor relevancia, a mi entender, para la intervención en protección infantil.

LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

En las primeras fases de abordaje del problema se trabajó con un concepto único de maltrato infantil que aglutinaba todas sus posibles formas de presentación. La investigación epidemiológica, los estudios sobre la etiología o sobre sus consecuencias estuvieron condicionados por la ausencia de tipologías que ordenaran y clasificaran adecuadamente el fenómeno. Existía, por otra parte, la tendencia a generalizar todo tipo de resultados relacionados con el maltrato físico al resto de las formas de maltrato. Posteriormente, se organizaron diferentes tipologías que han sido admitidas por la mayoría de trabajos e investigaciones. Se ha trabajado (hemos trabajado) con casos "puros" de maltrato físico o de "negligencia física" tratando de emular la asepsia de los laboratorios para poder acceder al conocimiento de la realidad de cada una de estas situaciones. Pero, tal y como afirma J. Belsky en su interesante y reciente revisión (Belsky, 1993), "la naturaleza conspira contra el análisis científico generando el problema de la comorbilidad". Una de las cuestiones abiertas en la investigación sobre el maltrato infantil se centra precisamente en el análisis de la comorbilidad y en el establecimiento de tipologías mixtas de maltrato. Es preciso clarificar las diferentes condiciones en las que se produce tal comorbilidad. Es por otra parte evidente que en cada uno de los diferentes tipos de maltrato establecidos hasta ahora se dan circunstancias familiares e individuales absolutamente divergentes. Una misma forma de negligencia (inadecuada alimentación del niño) puede estar asociada a un problema de alcoholismo, de retraso mental, de trastorno depresivo o de trastorno de la personalidad. Lo mismo ocurriría con los casos de maltrato físico y de abuso sexual. La tarea no deja de ser compleja, a pesar de basarse en cuestiones que pueden resultar obvias. La investigación sobre aspectos importantes del problema (consecuencias, eficacia del tratamiento) está realizada a partir del establecimiento de tipologías probablemente demasiado simplificadoras que tienden a ocultar la complejidad de las situaciones existentes.

ETIOLOGÍA DEL MALTRATO INFANTIL

Si se realiza un repaso a la investigación etiológica sobre el maltrato infantil en cualquiera de sus tipologías, se pueden apreciar claramente dos fases bien diferenciadas. En un primer momento se produjo una inundación de variables asociadas a las situaciones de maltrato que incluso fueron propuestas como "causas" del mismo. Era difícil que alguna dificultad social, psicológica o familiar no se asociara con el maltrato: alcoholismo, pobreza, depresión, mala relación de pareja, niños con temperamento "difícil", etc. También resultó ser fácil observar que la mayoría de los sujetos con cada uno de dichos problemas no era maltratador. Aparecieron posteriormente algunos modelos teóricos que trataron de aglutinar todas las variables y factores que las investigaciones habían asociado con el maltrato. Estos modelos tuvieron una gran capacidad de seducción por su habilidad para presentar un "cuadro" bien organizado de la realidad. Se afirmaba que el maltrato es una cuestión multifactorial y que solo la presencia de una acumulación de factores hacía cristalizar el problema. Los modelos organizativos (p.e. Belsky, 1980; Cicchetti y Rizley, 1981; Wolfe, 1987) permitieron integrar todos los factores que de manera unidimensional se habían citado hasta entonces y, además, permitieron hacer una distinción entre factores potenciadores, precipitantes y compensadores o moderadores (*buffering*). En contraste con la popularidad de estos modelos organizativos que tienden a ser citados en la mayoría de las investigaciones, llama la atención la escasa cantidad de trabajos en los que las variables objeto de estu-

dio son analizadas desde dicha perspectiva interactiva. Tal y como lo señala en su revisión actual uno de los más conocidos autores que han presentado modelos organizativos: *"el que una variable no presente diferencias en el caso de sujetos maltratadores no significa que dicha variable no sea importante en la etiología del maltrato infantil. Más bien, puede significar que su efecto no es observable cuando se analiza aisladamente o sin evaluar su potencial efecto interactivo con otras variables"* (Belsky, 1993).

Pero no han tardado en aparecer en la década de los años noventa las primeras críticas a la limitación de estos modelos en el sentido de que no pasan de ser meramente descriptivos. Dicho en palabras de algunos especialistas que han abordado esta cuestión: *"se trata meramente de listas de componentes de factores únicos con ligeros intentos de especificar relaciones de contingencia entre componentes o de priorizar la contribución de cada factor a la causalidad"* (Azar, 1991), *"desde estos modelos organizacionales no se ha alcanzado a señalar el proceso explicativo por el cual interactúan los supuestos factores potenciadores y moderadores para producir las situaciones de maltrato infantil"*. Lo que están señalando estos autores es que debe intentar avanzarse más allá de la descripción hacia el terreno de la explicación del maltrato infantil. Y esto supone la arriesgada tarea de realizar propuestas explicativas apoyadas en modelos teóricos. Algunos intentos han sido realizados últimamente por Crittenden (1993) en relación a la negligencia física, por Milner (1993) en relación al maltrato físico y por Hillson y Kuiper (1994) en relación a ambos tipos de maltrato.

Son muchas las cuestiones que siguen quedando abiertas en el conocimiento de la etiología de las diferentes situaciones en las que se produce el maltrato infantil. Quizá sea la cuestión de la transmisión intergeneracional del problema una de las que ha producido un mayor número de publicaciones y controversias. Se partió de la observación clínica de patrones de maltrato infantil que aparecían en diferentes generaciones de las mismas familias. Se comprobó dicha supuesta transmisión en numerosas investigaciones que posteriormente fueron cuestionadas seriamente por defectos de tipo metodológico. Uno de los trabajos más citados sea quizá el de Kaufman y Zigler (1989) en el que se pone en tela de juicio todo lo afirmado hasta entonces. Pero nuevamente merece la pena citar el trabajo de J. Belsky (1993) en el que reabre esta cuestión y relativiza la discusión. Muchos de los sujetos maltratados que no han sido considerados como maltratadores, pueden a lo largo de su ciclo vital desarrollar situaciones de maltrato cuando el niño objeto de estudio sea mayor o con otros niños en un futuro próximo. Es evidente también que muchos sujetos (maltratadores o no) que afirman no haber sido maltratados sean precisamente incapaces de recordarlo o de expresarlo en un cuestionario que se completa en pocos minutos y de una forma impersonal. Quiero utilizar el fenómeno de la transmisión intergeneracional como un ejemplo aplicable en sus aspectos esenciales a otros muchos temas relativos al maltrato infantil.

La investigación sobre la transmisión intergeneracional del maltrato (y sobre cualquier otro aspecto del mismo) necesita apoyarse de una manera más sólida en la investigación sobre los procesos psicológicos básicos, y en este caso, de manera especial, sobre la literatura existente (sin prejuicios de orientaciones teóricas) en relación a la memoria autobiográfica. Debe, por otra parte, intentar apoyarse en metodologías de evaluación que permitan profundizar en el proceso individual de afrontamiento e integración psicológica de la historia personal de crianza (sea maltratante o no). Las entrevistas clínicas en profundidad, los estudios de casos y las historias de vida han sido demasiado poco utilizadas en la investigación sobre la etiología, las consecuencias y la transmisión intergeneracional del maltrato. Quizá sea preciso, además, intentar modificar en cierta manera el paradigma desde el que se analiza el problema. No se trata únicamente de constatar la presencia o no de tal transmisión sino de proponer hipótesis y analizar en detalle los posibles mecanismos psicológicos

responsables de tal transmisión. Existen ámbitos prometedores de trabajo que parten de las dificultades de los sujetos maltratados o maltratadores en la regulación de las emociones y en el desarrollo de la empatía. Probablemente, la literatura existente sobre los denominados *internal working models* puede ser de ayuda en esta línea de investigación, además de permitir aglutinar corrientes consideradas divergentes en la psicología.

La necesidad de modificación de algunos paradigmas puede verse de modo concreto en el desarrollo de investigaciones centradas precisamente en el estudio de los sujetos en los que se produce la ruptura de tal ciclo intergeneracional. Se conocen algunas de las variables que están asociadas a tal ausencia de repetición: apoyo social en la adolescencia, relación de pareja positiva, haber recibido ayuda terapéutica. Pero todas estas razones conocidas no dejan de representar, en cierta forma una tautología. Lo que no sabemos es porqué precisamente estas personas que no maltratan habiendo sido víctimas de maltrato, son capaces de tener dicho apoyo social, dicha relación de pareja o acudir a terapia. Desde este punto de vista es importante reconocer que el estudio de la no repetición del maltrato infantil puede tener una gran potencia en la explicación de la etiología del maltrato infantil.

Precisamente es esta situación de no repetición del maltrato una de las que se encuentra más cercana al concepto de "invulnerabilidad". Los anglosajones han utilizado el término *resilience*. El mismo término se puede utilizar en francés. Otros han tratado de hablar de "resistencia". Fue precisamente en el Congreso Europeo sobre Maltrato Infantil celebrado en 1993 en Padova, donde M. Manciaux expuso en una brillante conferencia la cuestión de la "invulnerabilidad" de determinados sujetos a toda una serie de situaciones adversas. Sería importante analizar en profundidad cuáles son las características temperamentales, psicológicas (cognitivas, emocionales), familiares, ambientales que hacen que un sujeto pueda hacer frente a la adversidad. Pero sería igualmente importante analizar las características de las que pudieran ser denominadas "familias invulnerables", es decir, aquellas familias que pueden ser capaces de establecer una interacción adecuada entre todos sus miembros a pesar de graves dificultades económicas, de salud, etc. La forma en que cada sujeto afronta su historia personal, la forma en que se organizan y procesan intrapsíquicamente los acontecimientos vitales requiere ser estudiada también partiendo de la perspectiva de quienes han conseguido mantener por encima de unos mínimos su integridad psicológica y relacional.

Para tratar de resumir la situación del conocimiento sobre la etiología del maltrato infantil podrían señalarse algunas cuestiones concretas:

1.- Sigue existiendo una laguna casi total de explicaciones etiológicas de la negligencia física. Sigue siendo estudiado todo lo relacionado con el maltrato físico y el abuso sexual, pero a fecha de 1995 siguen ciertas las afirmaciones realizadas por Wolock en 1985 sobre el "abandono del abandono".

2.- Es importante conocer más datos sobre las características del comportamiento de los abusadores sexuales que permitan aportar información relevante para la puesta en marcha de los programas de prevención secundaria. El trabajo publicado por K. Browne recientemente (1995) es un buen ejemplo de ello. En la misma línea se requiere información sobre los abusadores sexuales adolescentes.

3.- Se hace necesario y urgente desde un punto de vista eminentemente práctico desarrollar la investigación sobre el funcionamiento de la memoria aplicado a situaciones de victimización sexual infantil, especialmente en el ámbito intrafamiliar. Resulta patético oír argumentaciones realizadas por forenses y relacionadas con el incesto ("síndrome del falso recuerdo") que se apoyan en los datos provenientes de investigaciones que analizan la forma en que funciona la memoria ante el recuerdo de accidentes de tráfico (Amsterdam,

1994, Congreso de Violencia Familiar). Todas las aportaciones realizadas por las diferentes escuelas (especialmente el psicoanálisis) relativas a la memoria autobiográfica deben ser integradas y actualizadas en un cuerpo de conocimiento que permita conocer mejor la cuestión. La verificación o no de muchos posibles casos de abuso sexual depende de ello.

4.- Es importante trabajar en la investigación del abuso sexual en los varones. La supuesta gran diferencia de victimización entre los dos sexos se está reduciendo año tras año en los estudios epidemiológicos. La fuerza de los movimientos feministas en la puesta al día del abuso sexual no debe impedir que se analice con más detalle la existencia de abusos sexuales en los varones. El estudio de las consecuencias del abuso sexual en los varones puede ser de gran utilidad en la comprensión general del fenómeno.

INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE MALTRATO

La urgencia de la mayoría de las situaciones de maltrato infantil ha obligado a que se pongan en marcha muy diferentes programas de actuación para los niños y sus familias. Todo el proceso de intervención en protección infantil se ha apoyado sistemáticamente en la garantía del bienestar infantil y en el respeto de los derechos del niño. Y todo ello se ha tenido que realizar en los países más desarrollados en un plazo de tiempo no muy superior a una década. Mientras la investigación sobre la prevalencia de cada situación, su etiología, y sus consecuencias no había alcanzado unos mínimos grados de madurez, los responsables y los profesionales de la protección infantil se han visto obligados a poner en marcha estrategias para intervenir (de manera terapéutica o preventiva) con los niños víctimas de malos tratos y sus familias: residencias para niños, programas de acogimiento y adopción, tratamiento familiar, prevención secundaria no sólo del maltrato o la negligencia, sino también del abuso sexual, etc.

En la mayoría de los casos, todos estos programas se han basado en la "buena intención" de los profesionales y expertos que los han diseñado. Difícilmente se puede exigir a todos estos recursos la eficacia por todos deseada cuando la mayoría de las cuestiones claves (sean etiológicas o de consecuencias) no se conocen suficientemente. No obstante, sigue y seguirá siendo imprescindible dar respuesta a las situaciones detectadas de malos tratos sin un suficiente bagaje de conocimiento sobre el problema.

Se precisa, por tanto, que se ponga especial atención a la investigación y análisis de las propias intervenciones. La evaluación de los programas (no sólo de los resultados, sino del propio proceso de intervención) se convierte en el único recurso para poder conseguir entrar en una estrategia de mejora permanente. Algunos de los ámbitos concretos en los que se puede ejemplificar esta cuestión son los siguientes:

1.- El proceso de toma de decisión con todos los casos de maltrato infantil debe ser sometido a una evaluación continua que nos permita garantizar la acumulación de información imprescindible para la corrección de los errores.

2.- La evaluación de los resultados de los programas de tratamiento con las familias y los menores permitirá avanzar en el conocimiento del pronóstico y las posibilidades de recuperabilidad de los muy diferentes y diversos tipos de situaciones de malos tratos.

3.- La evaluación de los programas de intervención familiar (analizando cuidadosamente los recursos y las técnicas que se utilizan con cada familia) debe servir para aumentar el conocimiento de la eficacia de cada uno de ellos con cada situación familiar.

4.- En el ámbito concreto de la prevención secundaria, es importante poner en marcha investigaciones que permitan mejorar la especificidad de la detección de sujetos alto-riesgo,

reduciendo la presencia de falsos negativos y falsos positivos. También resulta de particular importancia analizar la frecuencia y la casuística de los abandonos que se producen en este tipo de programas, con el objetivo de mejorar las estrategias de motivación para las familias necesitadas de una actividad preventiva.

5.- De manera especialmente relevante para el contexto español, se hace necesario analizar la eficacia de la integración de medidas de tipo legislativo en la estrategia de intervención en protección infantil. El proceso de desjudicialización llevado a cabo en España a partir de la denominada ley 21/87 tiene una gran cantidad de implicaciones para todo el proceso de relación de los servicios sociales con las familias maltratantes. Toda la polémica existente en algunos países europeos (Bélgica y Holanda) sobre el papel asignado a la justicia en este contexto es un ejemplo de las dudas existentes al respecto. Sería conveniente poner en marcha sistemas de estudio que permitan analizar la mejor forma de utilización conjunta de los recursos y normativas penales y administrativas en el objetivo de garantizar los derechos de los niños y los de los padres/madres y las familias.

En relación a este tema, y para terminar este repaso a cuestiones concretas, es imprescindible tener en cuenta el movimiento que se está empezando a observar en algunos países europeos y en Estados Unidos y que se ha venido en denominar *backlash*. Desde mi punto de vista, debe analizarse con detenimiento la forma en que se está aplicando la normativa sobre protección infantil y los posibles errores que se puedan cometer con determinado tipo de casos sin renunciar a reconocer la necesidad de relativización de algunas cuestiones que se han considerado intocables en el ámbito de la protección infantil. Pero, también desde mi punto de vista, resulta más importante poner un especial énfasis en el estudio de las representaciones sociales que existen en cada momento en cada uno de los contextos sociales en los que nos encontramos. Buena parte de lo que se percibe detrás del fenómeno citado tiene que ver con las actitudes y representaciones sociales de los ciudadanos, de los profesionales y de los clientes de los servicios de protección infantil.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- AMMERMAN, R.T. Etiological models of child maltreatment. *Behavior Modification* 1990, nº 14, p. 230-254.
- AZAR, S.T. Models of child abuse: A metatheoretical analysis. *Criminal Justice and Behavior* 1991, nº 18, p. 30-46.
- BELSKY, J. Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin* 1993, nº 114, p. 413-434.
- CICCETTI, D.; RIZLEY, R. Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Maltreatment* 1981, nº 11, p. 31-55.
- CRITTENDEN, P. An information-processing perspective on the behavior of neglectful parents. *Criminal Justice and Behavior* 1993, nº 20, p. 27-48.
- HILLSON, J.M.C.; KUIPER, N.A. A stress and coping model of child maltreatment. *Clinical Psychology Review* 1994, nº 14, p. 261-285.
- MANCIAUX, M. De la vulnérabilité a la resilience et des concepts a l'action. *IV Congreso Europeo sobre Maltrato Infantil*. 1993, Padova.
- MILNER, J.S. Social information processing and physical child abuse. *Clinical Psychology Review* 1993, nº 13, p. 275-294.
- VANISTENDAEL, S. Resistance. Une manière possible d'aborder le travail avec les enfants et

les familles. *Asamblea General de Cáritas Internacional*. 1991, mayo, Roma.

- WOLFE, D. *Child Abuse: Implications for child development and psychopathology*. San Diego, CA: Sage, 1987.

- WOLOCK, I.; Horowitz, B. Child maltreatment as a social problem: the neglect of neglect. *American Journal of Orthopsychiatry* 1984, nº 54, p. 530-543.

SIMPOSIOS

TRATAMIENTOS FAMILIARES Y SU EVALUACIÓN

Programa de reinserción familiar de menores institucionalizados

Jose C. Miñones Camaño

Dirección General de Familia, Xunta de Galicia

INTRODUCCIÓN

Tras la aprobación de la Ley 21/1987, los esfuerzos de la Administración Autonómica se centraron en el diseño y puesta en marcha de programas alternativos al internamiento, hasta entonces el único recurso existente para la atención de menores en situación de desprotección social. A pesar de ello, pronto vimos que continuaba sin hacerse efectivo uno de los principios básicos recogidos en la citada Ley (art.172.4), como es el de *"procurar la reinserción del menor en la propia familia"*.

Ciertamente, había una realidad preocupante de situaciones de maltrato infantil que habían originado la separación de los niños de sus familias y su posterior internamiento en una institución, y veíamos que la no intervención con estas familias, la falta de los apoyos necesarios de tipo económico, educativo, terapéutico, etc., impedía que se produjeran los cambios necesarios en esos núcleos familiares que posibilitaran la vuelta de los menores a los mismos. Por otra parte, esa misma no intervención, dificultaba a su vez la posibilidad de buscar otras alternativas para estos menores distintas de su familia, ya que carecíamos de elementos de juicio suficientes para valorar las posibilidades de recuperación de las familias.

En definitiva, no podíamos argumentar que una familia era "irrecuperable", si antes no se había intentado un trabajo serio de recuperación.

Estas reflexiones nos llevaron a diseñar el Programa Experimental de Reinserción Familiar de Menores Institucionalizados por Malos Tratos y presentarlo, en el año 1991, a la convocatoria del Ministerio de Asuntos Sociales, para cofinanciar con las CC.AA. la puesta en marcha de programas experimentales de prevención en situación de riesgo y tratamiento de familias en cuyo seno se producen malos tratos.

Finalmente, para su ejecución, se firmó un convenio de colaboración entre la Xunta de Galicia y el Colectivo Gallego del Menor, una entidad constituida en el año 1983 y que, desde entonces, está realizando un importante trabajo en el campo de la defensa y atención de la infancia en desprotección social, colaborando activamente con la Administración Autonómica.

EL PROGRAMA DE REINSERCIÓN FAMILIAR

Planteamiento previo

El programa fue aplicado con carácter experimental en la provincia de Pontevedra desde septiembre de 1992 a septiembre de 1994.

Durante esos dos años se trataba tanto de implantar y valorar un modelo de intervención familiar, como de verificar la validez de los instrumentos de diagnóstico utilizados, así como contrastar la influencia de los factores de riesgo asociados al maltrato, detectados previamente, sobre los resultados finales de la intervención.

En esta fase de investigación colaboró el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad del País Vasco, facilitando los principales instrumentos de diagnóstico y ofreciéndonos los resultados de las observaciones efectuadas a las familias antes y después de la intervención.

Para la puesta en marcha del programa, el Colectivo Gallego del Menor constituyó un equipo de inserción formado por:

- 1 director de programa.
- 1 psicóloga.
- 1 educador familiar.
- 1 trabajadora social.
- 1 administrativo.

Además, contaban con la supervisión y asesoramiento de 1 técnico del Colectivo Gallego del Menor y 1 técnico del equipo de menores de la provincia.

Hipótesis y objetivos generales

Hipótesis

- Hay un elevado número de menores institucionalizados a causa del maltrato que podrán ser reintegrados a un entorno familiar por medio de un trabajo específico de recuperación.
- La posibilidad de reintegración socio-familiar estará en función de la calidad e intensidad de la propia intervención, así como de la gravedad de los factores sociales, familiares y personales asociados al maltrato existentes en cada caso.

Objetivos

- Mejorar la situación socio-personal de los menores atendidos, interviniendo directamente en sus núcleos familiares de referencia para favorecer un pronto y eficaz desinternamiento.
- Contribuir, a nivel teórico, a un conocimiento más preciso de las situaciones socio-familiares de los menores institucionalizados y de las estrategias de prevención e intervención más apropiadas para cada caso.
- Establecer un marco de colaboración entre todos los estamentos integrados en la red de servicios de atención a la infancia (servicios sociales, equipos técnicos del menor, equipos de inserción, centros de menores, ...).

Población atendida

40 menores internados en centros de Vigo, Pontevedra y Redondela y seleccionados en

base a los siguientes criterios:

- Existencia de informes técnicos que evidencien la existencia de algún tipo de maltrato como causa de ingreso del menor en la institución.
- Residencia familiar en un ámbito geográfico próximo a la ubicación del equipo de reinserción.
- Que haya una cierta relación periódica entre la familia y el menor.
- Que haya miembros de familia nuclear o extensa con conciencia de la problemática familiar y disponibilidad expresa a colaborar en la intervención.
- Preferentemente que sean familias con varios hijos.

Fases de la intervención

1.- Selección de la muestra y diagnóstico

- Análisis conjunto entre equipos de reinserción y equipo del menor de los expedientes de posibles menores beneficiarios del programa, contando con la colaboración de servicios sociales de base y profesionales de los centros en que estén internados los menores.

- Selección consensuada de la muestra en base a los criterios establecidos.
- Diagnóstico de la situación familiar a través de visitas de observación y entrevistas con miembros de la familia nuclear y extensa, reuniones con técnicos de los equipos del menor y personal educativo de los centros, observación de las interacciones de los menores en los centros y en sus hogares, y entrevistas con los menores. Los instrumentos de valoración que se utilizan para sistematizar la información recogida son:

- Entrevista semi-estructurada para padres o tutores.
- Escala de Bienestar Infantil (Magura y Silverman).
- Historia de crianza.
- Cuadro de factores asociados (De Paúl y col. 1992).

Todos estos instrumentos fueron facilitados por el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad del País Vasco.

Otros instrumentos que se utilizan, elaborados por el Equipo de Reinserción son:

- Ficha de menores.
- Ficha de centro.
- Entrevista semiestructurada con los menores.
- Informes de seguimiento.

2.- Estrategias de intervención

Una vez realizado el diagnóstico de cada caso se diseña un proyecto de intervención en el que se reflejan todas las actuaciones a realizar con cada grupo familiar, recursos a utilizar y cronograma previsto.

Podemos englobar las distintas intervenciones que se realizan en los siguientes grupos:

a) Apoyo y orientación para mejorar la situación familiar:

- Entrevistas de orientación.
- Programa de entrenamiento de habilidades sociales y educativas, que abarca las siguientes áreas:
 - . Educación para la salud.
 - . Organización y economía familiar.
 - . Relaciones convivenciales.
 - . Ajuste al medio escolar.
- Entrenamiento en la realización de gestiones administrativas.

- Derivar a tratamientos específicos de terapia familiar, desintoxicación, tratamientos psicológicos individuales, etc.

b) Medicación y acompañamiento para gestionar recursos a los que puedan tener derecho:

- Acceso a viviendas sociales.

- Acceso a planes de empleo.

- Acceso a prestaciones económicas: salario mínimo (RISGA), ayudas para la integración, ayudas a la infravivienda, becas-comedor, etc.

c) Proporcionar recursos específicos con cargo al programa:

- Ayudas para mejora de vivienda, vestuario, equipamiento de mobiliario, pago de tratamientos no cubiertos por la red pública.

d) Buscar alternativas distintas de la integración en la propia familia:

Estas actuaciones pueden plantearse como un paso intermedio entre el internamiento y la inserción familiar, o como alternativas a ésta cuando el proceso de intervención evidencie la inviabilidad de la familia para asumir sus responsabilidades parentales.

Las alternativas posibles son:

- Atención de día.

- Acogimiento familiar con familia extensa o ajena.

- Adopción.

3.- Reinserción y seguimiento

- Como consecuencia de los distintos procesos de intervención, se procede a situar, con una preparación previa y de forma gradual, a los menores en los contextos vitales más apropiados para cada caso.

- Tras un breve seguimiento (3 meses) de la colocación del menor, se efectuará una segunda evaluación diagnóstica aplicando los instrumentos de valoración a fin de realizar la comparación del antes y el después.

4.- Evaluación

Los principales criterios de evaluación utilizados son:

- Comparación estadística del antes y el después de la integración.

- Análisis del porcentaje de reintegraciones familiares logradas respecto de otras medidas y estabilidad de las mismas.

- Evaluación de costes económicos del programa.

- Evaluación de la utilidad de los instrumentos y técnicas utilizados.

Datos de ejecución:

Primer año: septiembre de 1992 a septiembre de 1993

- Características de la muestra: 40 menores de 0 a 16 años: 17 niñas y 23 niños, pertenecientes a un total de 18 familias.

- Tipologías de maltrato:

- . 10 con abandono físico.

- . 8 con maltrato emocional.

- . 2 con maltrato físico.

- . 20 mixtos: fundamentalmente abandono físico y emocional.

- Gravedad del maltrato:

- . 26 con gravedad máxima.

- . 14 con gravedad media.

- Situación de los menores al finalizar el programa:
 - a) Desinternamientos:
 - . Reinserción en familia propia..... 16
 - . Acogimiento familiar..... 2
 - . Adopciones..... 3
 - . Total desinternamientos..... 21
 - b) Continuación en centros..... 19
 - Porcentaje de desinternamientos..... 52%

Segundo año: septiembre de 1993 a septiembre de 1994

- Características de la muestra:
 - 40 menores pertenecientes a 21 familias.
- Situación de los menores al finalizar el programa:
 - a) Desinternamientos:
 - . Reinserción en familia propia..... 21
 - . Acogimiento familiar..... 3
 - . Adopción..... 8
 - . total desinternamientos..... 32
 - b) Continuación en el centro..... 8
 - Porcentaje de desinternamientos.... 80%
- Actuaciones con menores provenientes del programa del año anterior:
 - a) Seguimiento de casos..... 32
 - b) Desinternamientos:
 - . Reinserción en familia propia..... 2
 - . Adopción..... 3

A los 21 menores desinternados en el primer año hay que añadir los 5 del segundo, con lo que el porcentaje de los desinternados de ese programa se eleva al 60%.

CONSIDERACIÓN FINAL

La valoración que hemos hecho de los resultados obtenidos en esos años de aplicación del programa con carácter experimental, es altamente positiva, tanto por el número de menores desinternados como por la utilidad de los instrumentos y la metodología de trabajo empleados.

Por ello, a finales del pasado año se firmó un nuevo convenio de colaboración con el Colectivo Gallego del menor y se constituyó un equipo de reinserción en cada provincia que está trabajando desde entonces con la metodología descrita. Si bien en estos momentos no está hecha la evaluación final, por los datos del seguimiento realizado durante este año, podemos esperar unos resultados igualmente satisfactorios, que nos animan a continuar trabajando en esta línea, a fin de ir consiguiendo poco a poco hacer realidad el objetivo tantas veces proclamado de "procurar la reinserción del menor en la propia familia".

El tratamiento de las familias abusivas. Una experiencia y algunas reflexiones teórico-prácticas

M^a Ángeles Cerezo Jiménez
Universidad de Valencia

En el maltrato, como en tantos otros problemas, la prevención, particularmente la primaria, es el remedio más eficaz porque evita que el problema aparezca. Sin embargo, y a pesar de los necesarios esfuerzos preventivos, la realidad del abuso está también ahí, y muchos niños y niñas se encuentran inmersos en el torbellino de la violencia física, verbal o sexual, y otros muchos sufren las consecuencias de la amarga soledad del abandono con hambres de comida pero, sobre todo, con hambres de cariño y protección. Esa realidad está reclamando una respuesta.

La creciente sensibilización en nuestro país de los profesionales, y de la ciudadanía en general, ante el grave problema del maltrato infantil hace augurar un incremento en las notificaciones y en la demanda social para atenderlo. En este sentido, los nobles esfuerzos por una mejor detección deben ir acompañados de la articulación de medidas rehabilitadoras para las familias problemáticas. La realidad es que se constata un tremendo vacío entre la detección del caso y las medidas de protección, si éste se confirma, que van de un acogimiento más o menos temporal al extremo de la institucionalización del menor. Se trata de un vacío que siempre en interés del menor puede ser cubierto ofreciéndole la oportunidad de volver (o incluso permanecer) con su familia si ésta se aviene a recibir la ayuda psicológica especializada que sea necesaria; una ayuda que reconduzca las relaciones familiares por una vía más satisfactoria que, en definitiva, no amenace el desarrollo de la competencia del niño, sino que la promueva y consolide (Cerezo, 1990; Cerezo, 1995).

Así pues, el tratamiento psicológico de familias con problemas de maltrato se revela como una actuación fundamental dentro de la protección al menor que la sociedad asume, a través de la Administración Pública, cuando los padres se han mostrado incompetentes como tales. En una porción importante de casos esa incompetencia parental *no es irreversible* y consecuentemente, los padres pueden ser rehabilitados y llevar a cabo su función reasumiendo la protección del menor. La rehabilitación de una familia maltratadora hace posible la reintegración del menor a su hogar. En nuestro país, la Entidad Pública se obliga a facilitar esta reintegración garantizando así, en la medida de lo posible, el derecho que todo niño tiene a permanecer con su propia familia.

El propósito de nuestra contribución es plantear las directrices básicas que guían nuestra experiencia en la rehabilitación de familias con problemas de maltrato, en particular abuso físico y emocional, junto con algunas reflexiones en torno a los límites de su aplicabilidad.

ALGUNOS PUNTOS DE PARTIDA

En base a los avances teóricos y los conocimientos empíricos que se vienen desarrollando en el área, nuestra actuación y asistencia psicológica a familias con problemas de maltrato contempla tres aspectos principales que ya han sido argumentados en otro lugar (Cerezo,

zo, 1990; Cerezo, 1992).

En primer lugar, el reconocimiento del carácter multideterminado del problema del abuso infantil, por lo que la intervención considera diversos frentes, no sólo familiares, sino también comunitarios, además del propio niño como elemento fundamental.

En segundo lugar, el reconocimiento de la naturaleza interactiva de los procesos y episodios abusivos, en definitiva, como una problemática que radica en el carácter disfuncional de las relaciones padre-hijo. Esto sitúa al abuso en un extremo de una continuidad de disfunciones relacionales entre padre e hijo.

Por último en tercer lugar, y en estrecha relación con lo que se ha señalado anteriormente, el carácter probabilístico de los episodios de enfrentamientos que, a su vez, pueden derivar, o no, en actuaciones abusivas reiteradas.

Dos puntos más específicos merecen ser subrayados, sobre los que nuestro grupo ha hecho ya interesantes aportaciones: el interés de las pautas interactivas familiares y la problemática, real o percibida, que presente el niño o la niña maltratada.

1.- La importancia de las variables interaccionales familiares, principalmente madre-hijo, sin excluir las interacciones fraternas y las de padre-hijo. Por tanto, desde esta perspectiva, la correcta valoración de estas variables representa una cuestión metodológica y teórica del máximo interés. El método de la observación directa en el hogar cumple con ese propósito en los estudios de familia y ha demostrado ser una fuente de información principal sobre los aspectos interaccionales (Cerezo y D'Ocon, 1995). La observación directa, la llevamos a cabo utilizando un sistema de codificación de la tercera generación, descendiente directo del *Standardized Observation Codes* que desarrollara Wahler y cols. y del cual contamos con la versión castellana: SOC III (Cerezo et al., 1986; Cerezo, 1991).

2.- La problemática que puede presentar el niño es también del máximo interés, por tres razones:

- Primero, por la presencia de sesgos en la percepción de los padres que puede ponerse de manifiesto contrastando la información desde diferentes métodos (Cerezo y Pons-Salvador, en prensa; Cerezo y D'Ocon, en prensa). En efecto, la madre puede atribuirle intencionalidad a los problemas reales que tenga el niño, o puede pedir de su hijo habilidades que aun no domina, o no darle oportunidades para que asuma lo que ya está en disposición de asumir. Estos aspectos, se relacionan con la perspectiva evolutiva y la información y formación que una persona tenga sobre las características y necesidades de los niños.

- Segundo, por el valor que el problema tiene como "precipitante" de conflictos y episodios de abuso en el mantenimiento del ciclo coercitivo (p.e. Patterson, 1982; Wahler, 1994). Esto apunta al carácter interactivo de estos procesos, dándose lugar a determinados ciclos de relación coercitiva entre los interactores que escalan en intensidad y riesgo consiguiente para el elemento más débil de la díada (Cerezo, 1992; D'Ocon, 1994).

- Tercero, por la atención que merece *per se* las secuelas que el niño pueda sufrir por crecer en un ambiente adverso que entorpece el logro de sus metas evolutivas (Cerezo, 1993; Cerezo 1995).

Nuestro modelo de trabajo articula los aspectos apuntados anteriormente a partir de una distinción importante en relación al fenómeno del abuso: "eventos estimulares", o factores directos, y "eventos situacionales", o factores indirectos. Los primeros constituyen el contexto inmediato de los episodios abusivos, mientras que los segundos afectan, a su vez, a este contexto (Reid et al. 1981; Cerezo, 1990). Sobre estas bases teóricas se sustenta el diseño de la actuación terapéutica y su realización operativa.

Los eventos estimulares o factores directos son aquellas variables relativas a las interacciones familiares, que mediante un análisis microsocia se han revelado como más estrecha-

mente vinculadas al fenómeno del abuso infantil. Aquí señalaremos, el número de conflictos y su duración y la falta de competencia parental, en particular la disciplina errática o inconsistente.

Aunque el punto focal de la cuestión lo constituyen las situaciones de disciplina, bien sean reales o percibidas, los problemas de abuso y conflicto crónico parecen encontrarse relacionados, en muchos casos, con una serie de tensiones o stressores, que actúan como eventos situacionales o factores *indirectos* porque actúan a través de los directos ya que, o bien reducen la competencia parental y/o incrementan la probabilidad de los conflictos. Así pues, el proceso abarca un contexto extrafamiliar más amplio con factores tales como los stressores sociales y el aislamiento de la comunidad que padecen los padres. Los problemas que acosan a estos padres, carentes de recursos sociales, facilitan que sean indiscriminados con sus hijos, porque ellos mismos se encuentran en un contexto poco predecible, en el que no son capaces de desligar las diversas fuentes de sus problemas. A la escasa relación social con la comunidad se unen, a menudo, los problemas económicos, los conflictos entre la pareja, y los problemas emocionales, generalmente de carácter depresivo, que también actúan como precipitantes de violencia parental para con el niño, haciendo más probable un mayor número de conflictos con sus hijos y que la duración de los mismos sea más larga.

Una ilustración detallada de la aplicación de nuestro modelo de trabajo, representado en el diagrama anterior puede encontrarse en los estudios de caso (p.e. Cerezo y Frías, 1995; Cerezo y Pons-Salvador, 1994).

Presentadas las base y los puntos de partida generales, ¿cuál es la operativa concreta ante el caso? Es claro que hay muchos niveles desde los que abordar esta cuestión, y el lector interesado puede acudir a exposiciones más amplias y detalladas (Cerezo, 1992). Sin embargo, de un modo muy sintético y obviando todo el capítulo de las habilidades del (o de la) terapeuta y los factores no específicos de la terapia que se relacionan claramente con la actitud que se adopte ante la familia, podría decirse que se parte de definir el perfil de incompetencia parental en sus distintas facetas, socio-cognitiva, afectiva y conductual, y se traza el perfil de competencia aceptable según las características del caso. Este perfil al que se tiende se plasma en unos objetivos muy concretos y mensurables que se deben priorizar. Entre estos dos polos de tensión transcurre el proceso terapéutico.

En la operativa concreta la evaluación es absolutamente consustancial al trabajo. Esta viene a ser como los instrumentos de orientación para el navegante, sin ellos nos perderíamos. Los medios de evaluación en la psicología básicamente se mueven por dos vías: "o miras o preguntas", en las que el mirar u observar se puede realizar con instrumentos muy elaborados en términos de propiedades psicométricas, como los sistemas de codificación, y el preguntar también puede servirse de medios psicométricamente sólidos como los tests, auto-informes, etc.. En este sentido lo recomendable es utilizar una evaluación multi-método donde las discrepancias y confluencias de sus resultados antes, durante y después del proceso terapéutico proporciona una información de gran utilidad para el curso del mismo (Cerezo y D'Ocón, en prensa).

Las estrategias de intervención se articulan en dos niveles uno más dirigido a modificar las variables relacionadas con los eventos estimulares o factores directos, esto es: incrementar la competencia parental y reducir los enfrentamientos y el otro más focalizado a la intervención sobre los factores que en relación al abuso se considera que juegan un papel más indirecto: el aislamiento social, conflictos maritales, problemas emocionales, etc. Para el primer propósito se utiliza básicamente estrategias de entrenamiento cognitivo-conductual de padres y para el segundo se hace uso de un suplemento terapéutico desarrollado por Wahler y Dumas (1989) para familias multiproblemáticas y que ha mostrado efectos positivos en

estudios controlados (Wahler et al., 1993); estos resultados también se constatan en nuestro trabajo (Cerezo, 1992).

LÍMITES DE LA APLICABILIDAD DEL TRATAMIENTO

En relación a la aplicabilidad y sus limitaciones, uno de los problemas es el del abandono del tratamiento. En las familias multiproblemáticas se ha constatado entre un 35 y un 40% de abandono que en nuestra experiencia se corrobora (Dumas y Wahler, 1983). Sin embargo, estudiando un número importante de variables hasta la fecha no hemos hallado diferencias significativas ente los que siguen y los que abandonan (Cerezo y D'Ocon, 1990), no obstante el resultado debe considerarse como provisional debido a lo reducido de los grupos de comparación; las impresiones clínicas parecen apuntar a que algunos casos que no siguen el tratamiento se ajustan más al perfil de familias con conductas negligentes y de abandono con sus niños. La investigación posterior puede delimitar más estos aspectos. En cuanto a los resultados, estos se mantienen en los estudios de seguimiento cuando el tratamiento se ha completado en todas sus fases y se cumplen los objetivos fundamentales del mismo.

La asistencia debe realizarse en la propia comunidad donde reside la familia y en estrecha coordinación con los Servicios Sociales. Además, en nuestra opinión, es importante que la presentación de la ayuda a la familia se lleve a cabo desde una perspectiva de comprensión de la situación en la que ésta se encuentra inmersa, de otro modo podemos convertirnos en un estresor más en sus vidas con la consiguiente repercusión en la conflictividad del ambiente familiar y en los niños que lo sufren. La comprensión no implica disculpar los actos maltratadores pero sí favorece en la persona que ofrece la ayuda una percepción más integrada de los problemas.

ANOTACIÓN FINAL

La intervención con familias que tienen problemas de maltrato infantil es factible. Los resultados son prometedores. En nuestra experiencia una de cada dos familias remitidas con problemática de abuso físico y/o emocional se rehabilitan y encauzan sus relaciones. Iniciamos estas páginas señalando que existe un vacío entre la detección y las medidas de separación del menor de su familia. La intervención programada que se apoya en los conocimientos de la Psicología sobre las muy diversas áreas implicadas en este problema brinda una oportunidad que sabe llegar y lograr resultados, al menos en la mitad de los casos. Esto es una esperanza y un reto para la investigación y la práctica, dura encrucijada en la que se desarrolla nuestro trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- CEREZO, M.A. Programa de asistencia psicológica a familias con menores y problemas de relación y abuso. Resultados de su aplicación en 1989. *Revista de Serveis Socials* 1990, nº 11-12, p. 19-32.
- CEREZO, M.A. *Interacciones familiares: un sistema de evaluación observacional*. Mepsa, Madrid: Mepsa, 1991.

- CEREZO, M.A. *Programa de asistencia psicológica a familias con problemas de relación y abuso infantil*. Valencia: Institut Valencià de Serveis Socials, 1992.
- CEREZO, M.A. *Primera infancia. III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. 1993, noviembre, 15-17, Madrid.
- CEREZO, M.A. El impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar. *Infancia y Sociedad* 1995. Monográfico sobre maltrato infantil.
- CEREZO, M.A.; D'OCÓN, A. Maternal inconsistent socialization: an interactional pattern in maltreated children. *Child Abuse Review* 1995, vol 4, p. 14-31.
- CEREZO, M.A.; D'OCÓN, A. Factores diferenciales en familias con problemas de abuso infantil que abandonan tratamiento. *Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psicología*. 1990, Barcelona.
- CEREZO, M.A.; D'OCÓN, A. (en prensa): Las discrepancias en la evaluación multi-método. Aplicación al tratamiento de familias abusivas. *Anuario de Psicología*.
- CEREZO, M.A.; FRÍAS, M.D. Intervención sobre los procesos familiares en un caso de abuso infantil: una aproximación multimétodo. En: García-Roca, J.; Martínez, A.; Musitu, G., editores. *El estudio de los casos en las profesiones de la acción social*. Paidós, 1995.
- CEREZO, M.A.; PONS-SALVADOR, G. El maltrato paterno-filial: intervención en los procesos familiares. *Infancia y Sociedad* 1994, nº 24, p. 201-222.
- CEREZO, M.A.; PONS-SALVADOR, G. (en prensa). *Ecosystem adversity as setting factors in mother's judgments of child behavior and indiscriminate mothering*.
- CEREZO, M.A., et al. *Standardized observation codes: SOC III*. Documento no publicado del Child Behavior Institute. University of Tennessee. USA, 1986. Publicado en castellano en: Cerezo, M.A., editora. *Interacciones familiares. Un sistema de evaluación conductual*. Mepsa, 1991, cap. 1.
- D'OCÓN, A. *Factores en el mantenimiento de las relaciones coercitivas madre-hijo en familias con problemas de abuso infantil* Tesis Doctoral. Valencia: Universidad de Valencia, 1994.
- DUMAS, J.E.; WAHLER, R.G. Predictors of treatment outcome in parent training: mother insularity and socioeconomic disadvantage. *Behavioral Assessment* 1983, vol. 5, p. 301-313.
- PATTERSON, G.R. A microsocial analysis of structure and process. *Coercive family process*. Castalia, 1982.
- REID, J.B.; TAPLIN, P.; LOEBER, R. A social interactional approach to the treatment of abusive families. En: Stuart, R.B., editor. *Violent behavior. Social learning approaches to prediction, management and treatment*. Bruner/Mazel, 1981, p. 83-101.
- WAHLER, R.G. Child conduct problems: disorders in conduct or social continuity?. *Journal of Child and Family Studies* 1994, vol. 3, nº 2, p. 143-156.
- WAHLER, R.G.; DUMAS, J.E. Attentional problems in dysfunctional mother-child interactions. *Psychological Bulletin* 1989, nº 105, p. 116-130.
- WAHLER, R.G., et al. The impact of the synthesis teaching and parent training with mothers of conduct disorder children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1993, vol. 21, nº 4, p. 425-440.

Evaluación del programa de tratamiento familiar llevado a cabo por la Diputación Foral de Gipuzkoa (Programa de Intervención Familiar GIZALAN)

M^a Ignacia Arruabarrena Madariaga
Asociación de Orientación y Tratamiento Familiar ARCABE

INTRODUCCIÓN

En el año 1990, el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa participó, junto con el Departamento de Bienestar Social del Gobierno Vasco y la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco, en la puesta en marcha y evaluación de un Programa Piloto de Tratamiento para Familias con problemas de Maltrato y/o Abandono Físico Infantil.

Los resultados de esta experiencia fueron valorados satisfactoriamente, y, como consecuencia de ello, la Diputación Foral de Gipuzkoa decidió contar con dicho Programa de Tratamiento (ampliando su abordaje a otras tipologías de desprotección infantil) como recurso propio. El tratamiento familiar se convirtió así en una alternativa y/o recurso complementario a otros recursos e intervenciones llevados a cabo hasta ese momento.

Para desarrollar el Programa, la Diputación Foral de Gipuzkoa concertó los servicios de la actual Asociación de Orientación y Tratamiento Familiar ARGABE (formada por profesionales que habían participado en el diseño y puesta en marcha del Programa Piloto).

Esta ponencia tiene como objetivo presentar algunos de los resultados de la evaluación de dicho Programa de Tratamiento, desde su inicio (febrero de 1991) hasta el momento actual¹. La exposición de esos datos generará algunas reflexiones que pueden ser relevantes a la hora de diseñar e implantar Programas de Tratamiento Familiar.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL DISEÑO DEL PROGRAMA

Objetivos generales

1.- Objetivo básico: mantener la unidad familiar garantizando la seguridad y bienestar básicos del menor/es.

2.- Casos en los que la situación de maltrato/abandono es muy grave y existen factores que indican un pronóstico negativo para la rehabilitación:

- Valorar la capacidad de los padres para ejercer de manera apropiada las responsabilidades parentales.

¹ En este documento se recogen los datos de la evaluación del programa desde febrero de 1991 hasta septiembre de 1994. En la exposición oral del Simposio se presentarán datos más actualizados.

- Ofertar a los padres recursos para su rehabilitación.
- Aportar datos suficientes para adoptar medidas definitivas y estables en relación al menor/es.

Se trata de un *programa intensivo de tratamiento*. Una vez conseguido que la familia se implique en un proceso de cambio, debe dar paso a otros servicios de carácter menos intensivo y especializado que continúen ayudando a la familia a completar/mantener su proceso de rehabilitación.

Población a atender

Tipologías: maltrato físico, abandono físico, maltrato emocional, abandono emocional, incapacidad parental de control de la conducta infantil/adolescente, explotación laboral (incluyendo mendicidad), familias "alto-riesgo", y familias donde uno o varios menores han sido víctimas simultáneamente de abuso sexual intrafamiliar (o se sospecha que éste se ha producido) y otro/s tipo/s de maltrato.

El Programa atiende tanto familias donde los menores permanecen con sus padres, como casos donde el objetivo es el retorno de los hijos al núcleo familiar.

Recursos

1.- Aprovechamiento máximo de los servicios y recursos públicos ya existentes (incluyendo los del propio Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa, que contemplan la provisión de Terapia infantil).

2.- Recursos propios del Programa: cada familia es evaluada de manera individual y la selección y secuenciación de los recursos requeridos se adapta a sus características particulares:

- Trabajadores/as familiares.
- Servicios psicoterapéuticos: terapia individual de adultos, pareja y familia.
- Grupos pedagógicos de padres/madres y grupos de niños/as.
- Supervisores/as de casos.

Nuevamente se destaca el carácter intensivo del Programa, con un servicio permanente de atención a situaciones de urgencia (24 horas/día, 365 días/año).

Secuenciación de la intervención

Duración máxima de la intervención: 24 meses. Fases:

- 1.- Observación (duración: entre cuatro y ocho semanas).
- 2.- Tratamiento intensivo (duración: 21 meses máximo).
- 3.- Seguimiento (duración: entre dos y seis meses).

Sistemas de evaluación de resultados

1.- Evaluación clínica individual de cada caso, realizada por los supervisores/as de caso y recogida en informes periódicos.

2.- Evaluación general del Programa (evaluación del proceso y de resultados), con el apoyo y asesoramiento técnico de la Universidad del País Vasco. Incluye, entre otras cosas, la aplicación a las familias de una serie de instrumentos estandarizados en momentos sucesivos de la intervención.

Variables e instrumentos²:

- Historia personal de crianza de los padres: Subescala del *Maternal History Interview* (MHI; Altemeier y cols., 1979).
- Sintomatología depresiva en los padres: *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, 1967).
- Potencial para el maltrato físico en los padres: *Child Abuse Potential Inventory* (CAP; Milner, 1986).
- Habilidades de enfrentamiento a los problemas en los padres: *Inventario de Reacciones Generales* (Endler y Parker; TEA, 1989).
- Apoyo social parental y familiar: *Social Support Appraisals Scale* (SS-A; Vaux y cols., 1986), *Interpersonal Support Evaluation List* (ISEL; Cohen y cols., 1986) e *Inventory of Social Supportive Behaviors* (ISSB; Barrera y Ainlay, 1983).
- Percepción de problemas comportamentales en los niños/as: *Child Behavior Checklist* en sus versiones para padres/madres (CBCL; Achenbach y Edelbrock, 1991) y maestros (TRF; Achenbach, 1991).
- Escalas de observación acerca del nivel de cuidados y estimulación recibidos por el niño/a en el hogar: *Child Well-Being Scales* (CWBS; Magura y Moses, 1986) y *Home Observation for the Measurement of the Environment* (HOME; Caldwell y Bradley, 1978).

ALGUNOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN Y COMENTARIOS

Desde su inicio en febrero de 1991 hasta el 30 de septiembre de 1994, el Programa ha atendido 104 familias. De ese total, 64 han finalizado el tratamiento (103 figuras parentales, 60 madres y 43 padres, y 224 hijos/as). Los datos que se presentan a continuación corresponden a este grupo de 64 familias:

1.- Tipologías de casos: 31,2% abandono físico (acompañado o no de maltrato y/o abandono emocional); 25% incapacidad parental de control de la conducta infantil/adolescente y familias alto-riesgo; 12,5% maltrato físico (con o sin maltrato/abandono emocional); 15,7% maltrato y/o abandono emocional; 12,5% presencia simultánea de maltrato y abandono físico y emocional.

2.- Al iniciar su participación en el Programa, estas familias se caracterizaban por:

- . Haber sido detectadas mucho tiempo antes por los Servicios Sociales (media=4 años y 6 meses).
- . Elevada frecuencia de familias monoparentales (44,7%) y alto número de hijos (media= 3,45 hijos). Bajo nivel educativo de los padres/madres, dificultades laborales, y total dependencia económica del 42,2% de las familias en los Servicios Sociales.
- . Elevada frecuencia de padres/madres con una historia personal negativa (historia de maltrato o institucionalización en la infancia), abuso de alcohol, y dificultades

² En este documento se recogen únicamente los análisis realizados con los instrumentos BDI, CAP, TRF y CWBS.

severas en las relaciones interpersonales.

3.- Utilización de recursos: 100% supervisor/a de caso; 98,4% trabajador/a familiar; 57,8% terapia (18,8% terapia individual para los padres/madres, 12,5% terapia familiar, 7,8% terapia de pareja, 3,1% terapia individual para los niños/as, 15,6% más de un tipo de terapia); 28,1% grupos pedagógicos de padres/madres y niños.

4.- Motivo de la finalización del tratamiento: 38% objetivos alcanzados; 33% imposibilidad de conseguir mayores cambios; 16% finalización del plazo de tiempo de tratamiento; 14% abandonos.

5.- Sin incluir a las familias que abandonaron el tratamiento, el porcentaje global de rehabilitación obtenido en el Programa se sitúa en el 49,1%. Nótese que la determinación de si la familia ha sido o no rehabilitada se ha realizado exclusivamente en función de si se ha conseguido capacitar a los padres/madres para que sean capaces de cuidar, proteger y asegurar la seguridad y bienestar de sus hijos, manteniendo la unidad familiar. Ello, sin embargo, no evita que en las familias calificadas como no-rehabilitadas haya casos donde el resultado del tratamiento ha sido valorado positivo para el niño aunque los padres no hayan sido rehabilitados. Cuando el tratamiento intensivo no ha tenido ningún resultado, los profesionales responsables de la toma de decisión en relación al futuro del niño tienen la seguridad de haber realizado todos los esfuerzos posibles por rehabilitar a los padres/madres y mantener la unidad familiar. La no obtención de ningún resultado en un Programa de estas características ha de permitir, por tanto, la adopción de medidas estables en relación a los menores.

Del 50,9% de familias consideradas no-rehabilitadas (a) en un 24% de ellas se han conseguido algunos de los objetivos pretendidos durante el tratamiento, pero éstos no han sido suficientes como para garantizar el bienestar de los niños en el hogar, y (b) en un 27% de familias no se ha producido ninguna mejora significativa durante el tratamiento. El 24% de familias que han experimentado una mejora parcial insuficiente han demostrado cierta capacidad de cambio, lo que indica que, como mínimo algunas de ellas, pudieran llegar a alcanzar la rehabilitación si la intervención del Programa de Tratamiento fuese continuada con otra de carácter similar, pero no necesariamente tan intensiva.

6.- Los porcentajes de rehabilitación en las familias con problemas de (a) maltrato físico, y (b) incapacidad parental de control de la conducta infantil/adolescente y alto-riesgo, son los más elevados (75% y 62,5% respectivamente). El pronóstico en los casos de (c) abandono físico, (d) maltrato y/o abandono emocional, y (e) maltrato y abandono físico y emocional, es más negativo (los porcentajes de éxito en estas tipologías han sido del 35%, 30% y 25%, respectivamente). Estas cifras coinciden con otros estudios de evaluación de resultados (Daro, 1988; Starr, 1988).

7.- Evaluación estandarizada: (a) instrumentos sensibles al cambio: BDI, CWBS; (b) instrumentos que no muestran sensibilidad al cambio: CAP, TRF.

8.- Análisis de variables predictoras del resultado del tratamiento:

. A mayor duración del tratamiento y cantidad e intensidad de recursos, mayor probabilidad de rehabilitación.

. Variables iniciales que no discriminan entre familias rehabilitadas y no-rehabilitadas: variables sociodemográficas; abuso de drogas o alcohol en los padres; conflictos en las relaciones interpersonales; experiencia de maltrato/abandono en la infancia (de uno o ambos padres).

. Variables con tendencia a estar asociadas a un pronóstico negativo (sin alcanzar la significación estadística): a) mayor permanencia de la familia en los Servicios Sociales antes de su derivación a tratamiento especializado, y b) problemas económicos severos en la familia

(imposibilidad de cubrir necesidades básicas).

. La "experiencia de institucionalización en la infancia de los padres" como variable asociada de manera significativa ($p=,03$) a un peor pronóstico de rehabilitación.

. Instrumentos estandarizados: las familias rehabilitadas y no-rehabilitadas inician el tratamiento con puntuaciones significativamente distintas en las "Escalas de Bienestar Infantil" (CWBS). 18 subescalas de este instrumento diferencian ambos grupos de familias, indicando que: a) las familias con problemas de abandono físico tienen un pronóstico difícil; b) existe una asociación negativa entre la gravedad del abandono físico y la probabilidad de rehabilitación (mayor gravedad, peor pronóstico), y c) esta asociación entre gravedad y pronóstico también parece producirse en las restantes tipologías de desprotección.

9.- El Programa de Tratamiento como recurso inmerso en una estructura determinada de Servicios Sociales y servicios comunitarios. Dicha estructura influye de manera decisiva en la evolución de las familias objeto de tratamiento y por lo tanto en los resultados generales y eficacia del Programa.

Programas de intervención con familias maltratadoras

José Miguel Sánchez Redondo

Dirección General de Servicios Sociales, Comunidad Autónoma de Castilla y León

LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS MALTRATADORAS

La evolución de los programas para padres maltratadores de sus hijos está determinada por varios factores sociales: el progresivo reconocimiento de los derechos de los niños, específicamente su derecho a vivir preferentemente con sus padres; la percepción social de que la vida de los niños en las instituciones residenciales es una opción insuficiente, e incluso inaceptable; y la noción del derecho del niño y de los padres a una ayuda pública para normalizar las relaciones padres-hijos.

Desde el punto de vista histórico la relación entre los servicios destinados a disminuir los efectos (y las causas) de la pobreza y los destinados a proteger a los menores ha seguido una pauta oscilante entre dos extremos: la unificación o la diferenciación. En el S. XIX la llamada Diputación de Barrio engloba la acción benéfica que después asumirá el Estado. Es en el S. XX cuando se desdobra la beneficencia de la protección de menores, que es básicamente beneficencia para niños.

Durante los años 80 se crean numerosos servicios y programas sociales de carácter comunitario, y los servicios de protección de menores se "descargan" casos en los que la pobreza o el aislamiento rural son los únicos motivos de la protección, al tiempo que se introduce paulatinamente el interés por el maltrato infantil.

A principios de los 90 comienzan a extenderse lentamente programas de intervención con familias maltratadoras, y generalmente se crean con equipos diferenciados de los de proteger a los niños pero sin integrarse con los servicios sociales comunitarios.

Siguiendo esta pauta se crean en Castilla y León seis equipos de apoyo a familias maltratadoras compuestos por un psicólogo y dos educadores aunque nuestra exposición trate de dar un panorama más amplio de los programas existentes.

TIPOS DE PROGRAMAS

Existe una gran diversidad de programas de intervención familiar pero todos ellos enfatizan dos aspectos: uno, la importancia de que el menor permanezca en su casa, y dos, todos centran sus esfuerzos globalmente en la familia como la unidad del servicio. Se desplaza el foco de la atención de la intervención con el menor, a la intervención con toda la familia.

Se deben distinguir dos tipos principales de programa de intervención con familias: programas de **preservación** familiar cuyo objetivo es evitar la separación del niño de su hogar, y programas de **reunificación** familiar en que el objetivo es conseguir la vuelta del menor a su hogar, o secundariamente evidenciar la necesidad de una separación definitiva.

Características de los programas de preservación: servicio intensivo de apoyo a la familia:

Los programas de "preservación familiar" (Bath y Haapala, 1993) son también conoci-

dos como “servicios de intervención en crisis” (Nelson, Landsman y Deutelbaum, 1990) y como “servicios intensivos de crisis centrados en la familia” (Child Welfare League of América, 1989), están concebidos para tratar de evitar la separación del niño en una situación de crisis familiar apoyándola intensivamente durante 4 o 8 semanas durante 10-20 horas a la semana, y comenzaron a aplicarse en el Estado de Washington en 1974.

Como criterios de acceso se establecen (Jones, 1985): El servicio evita una separación del niño, necesaria en caso contrario; la familia admite una colaboración inicial, y la visita del profesional a casa; y la familia no tiene ninguna característica que haga la situación irreversible (fue tratada sin éxito antes, padres drogadictos sin terapia contra la adicción, ya se separó definitivamente a otro hijo); la familia tiene dificultades para comportarse adecuadamente en relación con sus responsabilidades parentales.

Como criterios de exclusión se utilizan: la ausencia de riesgo para el niño; podría ser adecuada una intervención menos intensa; se trata de una familia transeúnte sin hogar; o el programa no puede asegurar la seguridad del niño.

Utilizan una variedad de recursos entre los que destacan las técnicas de asesoramiento y orientación, educación familiar, terapia familiar o individual breve y una serie de servicios complementarios como ayudas económicas, transporte, servicios de día para el niño, etc.

Tratan de proporcionar una respuesta inmediata a los casos derivados porque: 1) normalmente se derivan familias en situación de crisis, 2) el riesgo para el niño requiere actuación inmediata, y 3) la crisis ofrece una oportunidad única para motivar a la familia para el cambio.

Se focaliza en la evaluación de la familia y su tratamiento, utilizando la interacción personal entre todos los miembros de la familia y sus conductas asociadas como el punto principal de cambio.

Se plantea una gama limitada de objetivos, orientados a restablecer la capacidad de la familia para afrontar sus problemas.

El ámbito central de trabajo es la atención a domicilio, y la coordinación de los recursos comunitarios. El servicio es disponible de alguna forma para las familias de manera continua a través de contactos telefónicos.

La intervención es intensiva pudiendo ocupar desde cinco a veinte horas a la semana.

La breve duración de la intervención busca atender a tantas familias como sea posible, suponiendo que hay un beneficio inicial importante para un porcentaje alto de familias.

Características de los programas de reunificación: servicio de apoyo a la familia de larga duración:

Como criterios de admisión se consideran: no fue suficiente o viable el servicio de preservación, y el niño está separado; está prevista la reunificación con su familia; y la familia no tienen ninguna característica que haga la situación irreversible (fué tratada sin éxito antes, padres drogadictos sin terapia contra la adicción, ya se separó definitivamente a otro hijo); y la familia admite una colaboración inicial, y la visita del profesional a casa.

Se centran en mantener los vínculos de la familia con el niño.

Se intenta que las expectativas de toda la familia sean realistas y centradas en considerar la separación como algo necesario y positivo para que todos puedan afrontar los problemas con más dedicación al objeto de vivir juntos en un plazo breve y definido.

Se procura prevenir la fase de crisis que probablemente ocurrirá a los pocos meses o días de la reunificación.

También se centra en involucrar a la familia con los profesionales de los servicios comunitarios a los que deberán acudir cuando termine el programa.

COMPONENTES PRINCIPALES

Existe una proliferación de programas centrados en el desarrollo de la competencia parental a través de la aplicación de programas instruccionales, realizados mayoritariamente en grupos de entrenamiento.

Se utilizan estrategias derivadas de los principios de aprendizaje y de orientación cognitiva. Algunos tópicos que se abordan son: Métodos positivos de control del comportamiento, técnicas de autocontrol, solución de problemas, reestructuración cognitiva acerca de las ideas de los padres sobre sus hijos y la educación, habilidades sociales y maritales, habilidades domésticas y de manejo de la economía familiar, ...

Los programas, además de contemplar los aspectos educativos proporcionan a las familias diversos tipos de recursos complementarios: ayudas económicas, centros de día, ayuda a domicilio, grupos de autoayuda, voluntarios, "familias amigas" voluntarias, tratamientos específicos para algunos problemas de conducta de los menores, tratamientos para algunos problemas de los padres. Estos recursos pueden ser propios del programa o comunitarios, aunque en este último caso pueden existir problemas graves de coordinación.

CONCLUSIONES

Es preciso buscar una mayor concreción de la población diana de los programas.

Los servicios deben estar en función de las necesidades de las familias atendidas, más que en función de otros criterios. Los programas tienden a invertir la mayoría de los esfuerzos en familias con problemas múltiples, graves y crónicos que muestran poca o ninguna mejoría.

Se deben tener en cuenta cuatro niveles de intervención: La familia, la familia extensa, la comunidad en que se integra, y el grupo de apoyo a la familia, constituido por el coordinador de caso, y todos los profesionales de servicios comunitarios implicados (Cimmarusti, 1992).

El profesional debe poner hincapié en la función de apoyo indiferenciado a todos los miembros de la familia, en la organización de los sistemas implicados, y en las secuencias de la dinámica familiar (Cimmarusti, 1992).

La duración de los Servicios de Apoyo a Familias maltratadoras debe ser de largo plazo, unos dos años. Normalmente se están haciendo planes de trabajo con las familias a corto plazo, y sin embargo, pueden beneficiarse más de programas con mayor duración (Nelsón, 1988).

Las familias obtienen beneficio de servicios educativos y de apoyos, y deben continuar recibiendo ayuda tras un periodo inicial intensivo, y tras la reunificación con un seguimiento a largo plazo (Nelsón, 1988, y Berlin, 1992).

Es necesario mejorar las medidas de evaluación del riesgo de separación.

Las evaluaciones realizadas ofrecen pocos resultados definitivos acerca del impacto de los programas sobre el funcionamiento familiar (Rossi, 1992). Esto es así fundamentalmente por problemas metodológicos: medidas e instrumentos de los resultados, tamaño de las muestras, y muchos programas fueron evaluados antes de que pasara un período de tiempo para que el programa se estabilizara.

Los pasados estudios de evaluación tendían a ignorar la naturaleza heterogénea de las características familiares y sus problemas así como de los programas entre sí. Se debería estudiar el impacto de cada tipo de servicio en cada grupo de clientes teniendo éstos simila-

res problemas y características sociodemográficas.

1.- Los programas de intervención familiar muestran ser parcialmente eficaces en mantener a los niños con sus familias. El grado de eficacia varía en función de los criterios de selección, y la gravedad de los casos atendidos, pero se puede decir que tienen un éxito entre el 40 y 90% de casos de menores que pueden permanecer con sus familias.

El mejor predictor de las recaídas es la gravedad del caso en el momento del primer contacto (Cohn, 1979).

2.- Las diferentes aproximaciones a la intervención familiar parecen ser eficaces en función del tipo de problemas del cliente. Así una intervención basada en un modelo clínico y realizada en un despacho puede ser eficaz cuando hay niños mayores y el problema se centra en pautas educativas inadecuadas o problemas de relación. Sin embargo, cuando se trata de niños pequeños y problemas de negligencia parecen más eficaces los tratamientos realizados en el mismo hogar.

3.- Los programas parecen más eficaces al evitar el ingreso de un niño en un centro que al facilitar el regreso de un menor previamente separado. También se alcanzan mayores niveles de éxito cuando se interviene al poco tiempo de detectado el problema que si se dilata mucho la intervención.

4.- La eficacia también está mediatizada por la edad de los niños. Parece que cuando se trata de adolescentes la probabilidad de tener que utilizar medidas que supongan separación aumenta.

5.- El reconocimiento del problema y la motivación de la familia para colaborar con el programa son buenos predictores de éxito, por ello muchos programas ponen un gran esfuerzo en la fase inicial para motivar a los participantes (Daro, 1988).

6.- Aplazar los servicios de apoyo a la familia incrementa el riesgo de separación (Nelson, 1988).

7.- Los programas de preservación pueden alcanzar una eficacia del 90% para prevenir la separación si no se considera el grupo de control. Se constata su utilidad para mejorar el funcionamiento de la familia y de los niños en el hogar Pécora (1992, Kinney (1991).

Se han encontrado tasas de separación diferentes según se trate de maltrato físico 9,6%, negligencia 15,3%, y casos mixtos de maltrato y negligencia 24,2% (Bath y Haapala, 1993).

Sin embargo están surgiendo las primeras investigaciones con grupos de control que indican con fuerza que no está claro que los programas intensivos de preservación reduzcan la tasa de separación. Tasas de separación del 17% y 18% en los grupos de control y experimental (Rossy, 1992), nos habla de que intervenir puede tener el mismo resultado que no intervenir en programas de preservación.

8.- Los programas de reunificación obtienen un éxito que oscila desde un 25% - 28% cuando se trabaja con familias multiproblemáticas en las que ya se consideró los servicios de preservación (Pecora 1992; Lerner, 1990), y un 60%-70% cuando se trabaja con todos los niños en acogimiento familiar o residencial.

9.- No parecen ayudar a las familias a prevenir la separación los servicios sociales ordinarios, ni los de salud mental, ni los servicios directivos por si mismos (acompañar al cliente a una entrevista, coerción, etc.) (Nelson, 1988).

Los programas intensivos de preservación parece que más que evitar la separación, la retrasan, pero termina sucediendo más tarde en ausencia de seguimiento.

Parecen beneficiarse más del programa las familias con niños pequeños y con dificultades para la crianza, que las que tienen adolescentes opositoristas (Spaid y Fraser, 1991).

El vínculo afectivo temprano parece estar relacionado con la aparición del maltrato, y

con la respuesta posterior positiva de los padres a la intervención (Yates *et al.*, 1983).

10.- Los niños con mayor riesgo de separación son: los que estuvieron separados anteriormente, los que tienen familias multiproblemáticas, los que tienen problemas relativos a la adolescencia, y los que tienen familia que no están motivada para aceptar ayuda, y aquellos cuyas familias precisaron más servicios de salud mental.

En las familias cuyos cuidadores principales y niños puntúan alto en las Escalas de Bienestar Infantil de Magúr y Moses (1986), es más probable que pueda evitarse la separación.

La mayor duración de los servicios recibidos en los casos de no separación parece asociarse a una mayor motivación para continuar el tratamiento.

En muchos casos aparecen las características de las familias más asociadas al resultado de la intervención que la propia intervención (Daro, 1988; Bath y Haapala, 1993).

Un tercio de los niños que regresan a casa después de una separación vuelven a ser separados (Berlin, 1992).

ABUSO SEXUAL: INVESTIGACIÓN DEL CASO

¿Qué hacer, qué no hacer?

Antoni Martínez Roig
Hospital Virgen del Mar, Barcelona

El abuso sexual es este tipo de maltrato infantil que se halla entre el físico y el emocional, con unas características de privacidad y modalidades que le convierten en una de las variedades de más difícil diagnóstico para el profesional. En estos momentos es el que ocupa más páginas en las revistas especializadas, lo que es un indicador indirecto del nivel de preocupación de las distintas disciplinas profesionales para disponer de datos, transmitir hechos facilitadores de intervención, exponer experiencias, aclarar dudas y compartir la angustia que supone la duda permanente que se mantiene sobre determinados niños presuntamente abusados pero sin un elemento claramente definidor de la situación.

El abuso sexual podría definirse como la participación del niño en actividades sexuales que no puede comprender, para las que no está preparado por su desarrollo, a las que no puede otorgar su consentimiento y que violan los tabúes sociales y legales. Es evidente que, como todo lo que supone relación entre personas, está inmerso en la llamada relatividad cultural y bajo este punto de vista, se podría incluso decir que este tipo de relación está "penalizada" o mal vista por determinados grupos culturales, pero no por todos o al menos no todas las posibles formas de abuso son consideradas como tal por todas las culturas a través de la historia de la humanidad. En nuestro marco cultural y en este final del siglo XX somos partidarios de la protección del niño frente a este tipo de maltrato que no es, ni más ni menos, que una manifestación del despiadado abuso de poder que el adulto ejerce sobre el niño.

Los criterios fundamentales para poder aplicar el término abuso sexual serían:

- La edad del abusado que se sitúa hasta la primera fase de la adolescencia.
- La asimetría de edad entre abusador y abusado.
- La coerción, autoridad o influencia que utiliza el abusador para obtener el beneficio.
- El beneficio del adulto.
- La naturaleza abusiva independientemente de la forma como se lleva a cabo.

El abuso puede presentarse bajo las siguientes tipologías:

- Contacto físico sexual, penetración vaginal, anal, oral del menor mediante órgano sexual o bien anal o vaginal mediante dedo u objeto.
- Tocamiento intencionado con o sin agresión, de mamas, genitales, zona anal del niño/a, etc, con o sin ropa.
- Estimulación del área perineal del abusador por parte del niño.
- Inducción al niño de penetrar al adulto.
- Fotografías o películas con el fin de satisfacer al adulto.
- Promover la participación u observación del niño/a en actos sexuales del adulto con el

motivo de la excitación, gratificación, agresión o degradación.

- Masturbación en presencia del niño.

- Exposición de los órganos sexuales al menor con la intención de obtener excitación o gratificación.

- Solicitud indecente o seducción verbal explícita.

Como se deduce de las distintas formas, la intimidación que envuelve a los hechos, las distintas edades del posible agredido y la manera como es vivido por el niño/a crean o condicionan las dificultades para el abusador/a manifieste abiertamente la situación en que se encuentra.

La valoración diagnóstica frente al posible abuso se fundamentará en: a) la historia de lo sucedido, a veces a través de la revelación del propio niño/a o de terceras personas; b) la historia social (entorno familiar y aspectos sociológicos); c) la exploración física; d) la exploración conductual y emocional; e) los exámenes complementarios. Se puede decir que bien pocas veces se va a disponer de un dato objetivo en que fundamentar el diagnóstico.

Entre las dificultades del profesional se debe incluir la vía de acceso del abusado a una determinada disciplina, la que el niño/a o familia decidan y que en la gran mayoría de las veces, independientemente de que el trabajo interdisciplinario favorezca el abordaje de la situación, se va a precisar para valorarla de la manera más exhaustiva. Y es a partir de esta situación cuando se abren grandes interrogantes a la actuación profesional. ¿Qué es lo que hay que hacer para obtener la máxima información, sin que la propia actuación profesional suponga un hecho abusivo para un niño con unos condicionantes conductuales precisos?

Es muy importante que en aquellos casos en los que la actuación profesional es solicitada, por la confesión del menor, ésta debe ser ágil, rápida y a la medida de lo que el niño/a nos dice. No se debe hacer esperar a este niño/a ya que para obtener la máxima colaboración debe ver que tras el esfuerzo que a él le ha supuesto sacar a la luz lo ocurrido, la respuesta social es rápida, estable y segura.

La entrevista no debería repetirse por las distintas disciplinas, sino que sólo completarse y debe ser realizada por un experto en comunicación con los niños, adaptado a su lenguaje y al vocabulario y concretamente al de quien se tiene delante, con conocimiento de las técnicas de entrevista para descubrir la veracidad o montaje de lo que nos explican y también de las características de la evolución madurativa de la sexualidad. Se debe considerar muy seriamente las diferentes edades en que puede presentarse para conocer las diferentes formas de expresión, como igualmente con los niños con déficits.

La familia es un punto clave tanto en cuanto a soporte emocional del menor como, a que lo más probable es que un miembro de la pareja sea el abusador. Se deberá también abordar a la familia para exponer la sospecha del abuso, la necesidad terapéutica del menor y del abusador.

Dentro de la dificultad en relación a las distintas edades, pensamos que en el período hasta la escolaridad, el profesional sanitario tiene un gran papel en la valoración ya que puede encontrar manifestaciones orgánicas en revisiones generales, mientras que a partir de esta época puede ser el maestro o el monitor de tiempo libre a los cuales les es más fácil intimar.

En todo este conjunto de dudas aparece la figura judicial, con lentitud, poca preparación en el trato con niños, con poca utilización de los sofisticados medios de ofimática y con actuación penalizadora y desestabilizadora de la comunidad familiar.

Es importante pues que el profesional conozca perfectamente el abuso sexual, conozca perfectamente cual es su papel, y sepa trabajar en equipo.

La perspectiva del fiscal

Félix Pantoja García
Tribunal Superior de Justicia de Madrid

INTRODUCCIÓN

El Código Penal, a lo largo de sus tipos, establece aquellos mínimos éticos que la sociedad reprocha como intolerable su vulneración. Entre ellos, aparecen una serie de tipos penales, a través de los cuales, se establece la protección de los menores víctimas de delitos, y así, aparecen los tipos dedicados a la sustracción de menores (arts.484 y ss.), abandono de familia y niños (art.487 bis), abandono de menores de 7 años (art.488), entrega de menor sin anuencia (art.489), explotación y mendicidad de menores (art.489 bis), malos tratos regulado en los artículos de las lesiones, o los malos tratos habituales (art.425), delitos contra la vida o la integridad física de los menores en los tipos generales como el homicidio y asesinato (arts 406 y 407), parricidio del hijo menor (art.405), así como las diversas faltas por el déficit del ejercicio de sus obligaciones por parte de padres o tutores (art.584), sin olvidar el amplio catálogo de los tipos penales que protegen la libertad sexual, también los menores, violación (arts.429 y 429.3), agresiones sexuales (art.430), exhibicionismo y provocación sexual (arts.431 y ss.), estupro y rapto (arts.434 y ss.), relativos a la prostitución (arts.452 bis a y ss.), facultando el art.443 al Ministerio Fiscal para proceder en muchos de estos delitos, al tratarse de menores víctimas, para el ejercicio de la acción punitiva.

Sin ánimo de agotar la relación, ya que la misma se ha hecho a los solos efectos de mostrar el amplio abanico de tipos penales protectores de las agresiones que pueden sufrir los menores, cabe concluir, que corresponde al Fiscal, en el ejercicio de la acción penal, y de la civil derivada de la anterior, llevar a cabo la efectiva acción protectora, y que en algunos casos, como queda dicho al citar las facultades del art.443 del Código Penal (violaciones, agresiones sexuales, estupro y rapto), se precisa una actividad de denuncia por parte de esta institución para dar curso al proceso.

Aparece pues el Fiscal configurado con un gran protagonismo en la defensa de estos derechos y deberes gravemente vulnerados, a ser los menores víctimas de las infracciones de estos tipos penales.

Ahora bien, esta actividad del Ministerio Público en el proceso, precisa contar, en la generalidad de los casos, con los testimonios de los propios menores, desde que se presenta la denuncia ante la fuerza pública, pasando por las declaraciones ante el Juez y el Fiscal en la fase de instrucción y por último la comparecencia en el plenario, donde el menor, ante la Sala constituida en Audiencia, no siempre pública, y en presencia del acusado, ha de manifestar, de nuevo, y con detalle, la descripción de las agresiones de las que ha sido víctima, y que en muchos casos se convierten de nuevo en una agresión más que ha de soportar el menor en el proceso.

LAS PREVISIONES LEGALES

Regula la Ley de Enjuiciamiento Criminal la declaración de los testigos, en la fase de

instrucción, en los arts.410 y ss. estableciendo la obligación de concurrir al llamamiento judicial para prestar declaración. No obstante, la propia ley de enjuiciamiento, establece una serie de excepciones de concurrir al llamamiento de determinadas personas (art.411), siendo estas el Rey, su consorte, el Príncipe Heredero y el Regente. Además el art.412 exige de concurrir al llamamiento al Juez, aunque no de declarar a determinadas personas de la casa real, autoridades políticas, judiciales, diplomáticos, militares e incluso eclesiásticas; en estos casos, es el Juez el que debe pasar a su domicilio o residencia oficial previo aviso, y señalando día y hora; algunas de estas personas pueden declarar, por escrito, cuando los hechos a que se refiera su declaración se han conocido por razón de sus cargos (art.415). La ley dispensa de declarar a los parientes del procesado, que no obstante pueden realizarlo si lo desean.

Vemos pues, que la ley adopta determinadas cautelas en razón de las personas que han de declarar, atendiendo a sus circunstancias personales, carácter oficial o parentesco con el acusado. Nada dice sin embargo, de los menores, ni planteando excepción ni especialidad en el modo de efectuar la declaración. Ninguna de las múltiples modificaciones de la ley procesal penal, ha tenido en cuenta esta circunstancia. Ni siquiera la más reciente Ley Orgánica 19/94 de 23 de diciembre de protección a peritos y testigos en causas criminales.

Esta reciente ley orgánica trata de hacer posible el necesario equilibrio entre el derecho a un proceso con todas las garantías y la tutela de derechos fundamentales inherentes a los testigos, con un propósito protector puesto ya admitido por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Para ello, prevé la ley que apreciado racionalmente un peligro grave por la Autoridad Judicial que entiende del proceso, acordará motivadamente y en atención al grado de riesgo o peligro las medidas necesarias para preservar la identidad de los testigos, mediante alguna decisión tales como que no consten sus datos identificativos en las diligencias, que las notificaciones se efectúen oficialmente en el propio órgano jurisdiccional, o que comparezca a las diligencias utilizando cualquier procedimiento que imposibilite su identificación visual.

Estas circunstancias pueden mantenerse a lo largo de todo el proceso, de tal modo que acabada la fase de instrucción, el órgano competente para su enjuiciamiento, puede mantener, o también modificar o incluso suprimir, todas o algunas de las medidas adoptadas, valorando todas las circunstancias del proceso y de los derechos fundamentales en conflicto. También prevé la ley la posibilidad de la extensión de las medidas una vez concluido el proceso.

Podemos comprobar, que no existe una regulación que atienda, tampoco en esta reciente norma, a las particularidades de los menores cuando actúan como testigos, y en concreto cuando actúan como testigos en procesos por agresiones sexuales de las que han podido ser víctimas. Debería abrirse debate, del que este congreso puede ser una gran oportunidad, sobre el otorgamiento al menor de un fuero especial como testigo, que tienda a garantizar sus derechos ya maltratados, de tal modo que no tenga que comparecer ante el órgano jurisdiccional, sino que puede prestar la declaración en su propio domicilio, (vigentes arts.412 y 413), y en situación de protección especial, auxiliado por un educador, psicólogo, u otro profesional necesario (art.2 de la Ley Orgánica 19/94), y en definitiva la adopción de aquellas prevenciones encaminadas a salvaguardar el derecho del menor, sin merma por ello de las garantías del proceso penal, a que todo imputado otorga nuestra Constitución.

LA DECLARACIÓN DEL MENOR: LA ACTUACIÓN DEL FISCAL

La realidad cotidiana de nuestros juzgados y salas de Audiencia, lamentablemente, no

cuenta con los mecanismos antes reclamados para llevar a cabo estos testimonios del modo aludido. Nos encontramos, con que los menores acuden a la sede judicial, en un ambiente hostil, donde han de volver a contar sus tristes experiencias para que estas sean valoradas por los profesionales del derecho, que desde distintas ópticas tratan de aprovechar las mismas para sus legítimos intereses procesales, que no siempre han de ser coincidentes con el interés del menor.

No es esta la postura procesal del Ministerio Fiscal. Atribuida a esta Institución la representación de los intereses de aquellos que no tienen capacidad para valerse por sí mismos, el Fiscal, en el proceso debe atender tanto a la defensa de la legalidad y a restaurar mediante la aplicación de la Ley el orden jurídico vulnerado, como a defender los derechos de los menores en tanto que carentes de capacidad de obrar como de víctimas de los hechos que se tratan en el proceso. Articular las obligaciones que el proceso impone a las partes, con la ajustada aplicación de los mismos en el caso de los menores que también protagonizan el proceso, supone un reto que no siempre resulta fácil de asumir, ni de solucionar los problemas que plantea.

A la pregunta orientada por el coordinador del simposio sobre qué hace el Fiscal, cómo valora los informes que le llegan o de qué modo se lleva a cabo la declaración del menor, o los interrogatorios de sus padres, cabe responder, en primer lugar que lo debe hacer con la ley en la mano, es decir siguiendo las obligaciones que la ley de enjuiciamiento criminal impone a los intervinientes en el proceso, y por otra parte, poniendo al servicio del menor y del propio proceso, toda la sensibilidad que pueda compatibilizar con los preceptos legales, y así el Fiscal deberá solicitar que en la declaración del menor esté presente un profesional que pueda orientar al Juez sobre el modo de organizar el acto, y sobre todo que teniendo el juez la policía de estrados, es decir la responsabilidad del orden en los actos procesales, pueda establecer unos criterios para que las preguntas de acusadores y defensores no dañen innecesariamente al menor. En cuanto a la información que el Juez y Fiscal pueden tener acerca de la psicología y demás circunstancias del menor, pueden permitirle el que la actuación de este en el proceso le resulte lo menos dañina posible, a través de la declaración de pertinencia o impertinencia de las preguntas a formular por las partes, siempre, claro que se preserven los derechos del acusado en el proceso.

Vemos cómo en todo momento surge el conflicto entre los derechos fundamentales inherente al menor, y el derecho a un proceso con todas las garantías, entre las que destaca el derecho a la defensa.

EL MENOR COMO AUTOR DEL ABUSO SOBRE OTRO MENOR

Planteamos aquí problemas que merecen la pena ser tratados, pues nos encontramos con que a todo lo expuesto, hay que añadir, que la respuesta a dar al menor agresor, si este lo es de menos de 16 años, no es de naturaleza penal, sino sancionadora y educativa, conforme a los criterios establecidos por la Ley Orgánica 4/92.

Esta circunstancia no se convierte en un problema añadido, sino que por el contrario, lo que obliga a los agentes jurídicos es a valorar el interés del menor, que en este caso consistirá en armonizar los del agresor y los del menor víctima, de modo que la respuesta sea educativa para aquel y no dañina, sino reparadora para éste.

Son distintos los caminos que ofrece la Ley Orgánica 4/92 para llegar a este fin.

Con respecto al menor al que se le imputa el hecho punible, la mencionada Ley Orgánica, establece un procedimiento en cuya virtud, la primera actuación es el informe del equi-

po técnico encargado de dictaminar sobre las circunstancias personales, familiares y sociales del menor, tanto en el caso de que haya que adoptarse alguna medida cautelar. Todo el proceso, va encaminado a atender el interés del menor que ha provocado el conflicto social, al que hay que dar una respuesta educativa pero también sancionadora y limitativa de derechos fundamentales, algunos al máximo rango como el de la libertad. Pero, cabe insistir, valorando el interés del menor a cuyo servicio la sociedad pone gran cantidad de recursos sociales de todo tipo para conseguir el fin perseguido que es, una vez más, dar una respuesta educativa y sancionadora.

Ahora bien, en el caso del menor víctima, la ley orgánica reguladora, tampoco aporta grandes soluciones. En el aspecto de garantías de proceso penal, que recoge la Ley Orgánica, el menor víctima ha de comparecer en audiencia si es citado por la representación de alguna de las partes, además de las declaraciones que haya debido prestar anteriormente en la fase de instrucción. De nuevo se pone de manifiesto la necesidad de armonizar los derechos a las garantías de proceso con la salvaguardia de los menores víctimas de delito también en esta ley de menores donde la solución puede ser más fácil que en el proceso penal.

Otra consideración a efectuar, es el tratamiento de las medidas de reparación extrajudicial o la de trabajos en beneficio de la comunidad. En ambos casos son supuestos de mediación en los que la víctima puede tener un papel que ha de valorarse adecuadamente a la hora de articular la medida. Siempre el criterio técnico en la mediación debe tener en cuenta la obtención del objetivo perseguido, compatibilizándolo con la satisfacción de los derechos de la víctima.

CONCLUSIÓN

Para concluir, cabe expresar el deseo apuntado. Que se regule de modo específico la posición del menor en el proceso, cuando es víctima, articulando aquellos mecanismos encaminados a que en su tránsito por el mismo, se respeten sus derechos, no sólo los procesales, sino los relativos a su integridad psicológica, para lo que, de este Congreso Estatal, debe salir la propuesta de efectuar las reformas legislativas encaminadas a otorgar a los menores (art.1 de la Convención de los Derechos del Niño) un fuero especial similar a los ya regulados en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, ya expuestos al inicio de estas líneas.

La investigación del caso desde la perspectiva psicosocial

Encarna M^a Sánchez Espinosa
Diputación de Sevilla

EL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN: OBJETIVOS E INTERESES

La investigación psicosocial del abuso sexual comparte algunos objetivos e intereses con otras disciplinas que intervienen en los casos de abuso. Sin embargo, la evaluación psicosocial tiene aspectos que la hacen diferente de las otras disciplinas, de estas diferencias son de las que nos vamos a ocupar, así como de los procedimientos en relación a la evaluación de los niños.

Al comparar los objetivos de la evaluación psicosocial con los de otro sistema, por ejemplo el judicial, se pueden ver con facilidad algunas diferencias: Así, el sistema judicial para su investigación necesitara establecer la evidencia del abuso mediante pruebas. La necesidad con respecto a la investigación del abuso en los servicios de protección infantil está más encaminada a detectar si existe una probabilidad incrementada de que haya ocurrido. La necesidad de los servicios de protección a la infancia no es probar que el abuso haya ocurrido, ni establecer la responsabilidad en ello del posible abusador, su prioridad se centra en las necesidades del niño. La prioridad es el niño y esto es importante tenerlo presente en todo el proceso, que comienza con la investigación del caso.

Al igual que las otras disciplinas, está interesado en conocer las experiencias de abuso del niño, pero los servicios de protección han de lograr que el niño no sea una "cesta" de la que todos los profesionales van a obtener sus frutos. Esto convierte la investigación en una situación alienada y despersonalizante tan abusiva como el abuso que dice investigar.

En muchas ocasiones esta revictimización es un proceso que todos aceptan como consecuencia inevitable del abuso. Por ello, es preciso no olvidar, que cuando el sistema ignora o desestima los intereses del niño o los cataloga en un segundo plano es culpable de lo mismo que investiga.

La investigación psicosocial debe determinar si hay una probabilidad incrementada o evidencias razonables de que el niño esté siendo objeto de un acontecimiento o relación sexual abusiva por parte de un adulto.

La primera condición de la investigación psicosocial ha de ser evitar que los niños resulten victimizados psicológica y emocionalmente por estos procedimientos.

DIFERENTES TIPOS DE ABUSO, DIFERENTES PROCEDIMIENTOS

La diversidad de las situaciones es muy amplia por lo que la forma de conducir los procesos de investigación cambia en función de las dinámicas y circunstancias familiares y sociales en las que el abuso se produce. Los procedimientos que se adopten, sobre una base comúnmente establecida, han de ser flexibles para poder adaptarlos a las necesidades de los niños y las familias.

Los procedimientos de investigación y evaluación tienen su especificidad en relación a

los dos subtipos de abuso más habituales: el abuso intrafamiliar y el abuso extrafamiliar.

Los profesionales de la intervención psicosocial coinciden en afirmar que los casos de abuso intrafamiliar por lo general, revisten una complejidad diferente, siendo ésta superior a la del abuso extrafamiliar.

En los procedimientos de investigación de los casos de abuso intrafamiliar es preciso tomar algunas precauciones. Entre ellas es útil predecir el impacto de la revelación del abuso en la unidad familiar. Este riesgo es particularmente evidente en las alegaciones de adolescentes, con frecuencia se desdican de su revelación a consecuencia de las presiones familiares. Otras presiones no provienen directamente del núcleo familiar, sino de los grupos en conflicto que se crean en torno al progenitor abusivo y al no implicado.

Especial dificultad revisten las alegaciones de abuso en parejas con disputas sobre tutela, derecho de visita, bienes u otros conflictos de los padres. En tales casos, los niños resultan sometidos a fuertes requerimientos de lealtad por ambas partes. Su posible instrumentalización los hace pasar de posible víctima a posible sospechoso, su credibilidad queda en entredicho, por lo que es más probable que sea sometido a procedimientos de investigación y evaluación más intrusivos.

En relación a los procedimientos de investigación en casos de abuso extrafamiliar, se ha de cuidar en primer lugar, la reacción de los padres y en segundo la reacción del entorno social. Es importante orientar rápidamente la respuesta de los padres al abuso. El estigma social que suele llevar emparejado se ha de prevenir conduciendo la investigación de modo que se preserve en todo momento la intimidad del niño y la familia.

LA EVALUACIÓN DEL NIÑO

La información que los niños aportan tiene límites que es necesario conocer. Los límites están estrechamente relacionados con el impacto emocional recibido, los sentimientos de culpa asociados y la edad.

Con respecto a la evaluación del niño es preciso considerar que:

- 1.- Interesa partir de una valoración cognitiva y de su capacidad para comunicar y utilizar el lenguaje, sin ello tendremos dificultad para amoldarnos a su competencia.
- 2.- Revisar la presencia de indicadores comportamentales indicativos de abuso sexual.
- 3.- Establecer los cambios o síntomas que la conducta sexual presente.

De especial interés son las recomendaciones extraídas de las normas del American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC).

LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL ABUSO:

Entrevistas

Las entrevistas de abuso deben ser realizadas por profesionales que cumplan ciertos requisitos, entre los que la APSAC cita: el conocimiento y la especialización en el tema del abuso, una experiencia de varios años en el trabajo con niños y familias, al menos dos años de práctica en entrevistas o ser supervisado en otro caso. Otra formación que es aconsejable posea el entrevistador es sobre el desarrollo psicológico de los niños y sus capacidades de comunicación, especialmente del lenguaje. En cuanto a las condiciones de la entrevista,

se podrían resumir en dos: en primer lugar la creación de una relación entre el niño y el entrevistador cómoda para ambos; en segundo establecer un clima de comunicación que permita al entrevistador llevar al máximo las potencialidades del niño.

En torno al contenido, los entrevistadores deben determinar con respecto a los episodios de abuso:

- 1.- Quién hace objeto de abuso al niño.
- 2.- Las relaciones del perpetrador con la víctima.
- 3.- Las conductas sexuales específicas involucradas.
- 4.- Dónde ocurrió el abuso.
- 5.- La naturaleza y el grado de coerción, inducción, fuerza, o intimidación que puede haber sido usada.
- 6.- La duración o amplitud del abuso.

Los tests psicológicos

Varias son las cuestiones planteadas en relación al uso de los tests psicológicos. Algunos autores han investigado si existen diferencias significativas en los tests psicológicos de niños abusados y no abusados sexualmente. Otros se han interesado por los que distinguen a niños abusados y no abusados. Los resultados no son muy concluyentes, por lo que la mayoría de los autores recomiendan el uso de pruebas específicas para el abuso sexual, entre éstas últimos cabe citar: *La Escala de Síntomas de Abuso Sexual* (Kolko, Moser, Weldy, 1988) y *La Entrevista Semi-Estructurada para Niños* (Cohen y Mannarino).

El interés de estos instrumentos está en su poder para diferenciar significativamente entre niños abusados sexualmente y niños no abusados. Otros instrumentos, como *Las Escalas de Conducta Sexual*, son instrumentos que han sido desarrollados para verificar la presencia de problemas conductuales relacionados con la sexualidad tales como *El Inventario de Conducta Sexual Infantil* (Friedrich, 1991).

No obstante, hay que considerar las advertencias de expertos como Berliner (1990). Este autor concluye que la búsqueda de un test de abuso sexual puede ser peligrosa debido a la falta de evidencia científica para la diferenciación de niños abusados y no abusados.

Las muñecas anatómicas

Con respecto a las muñecas anatómicas debemos hacer varias consideraciones, la primera que siempre han de ser utilizadas por profesionales que hayan recibido formación específica sobre su uso. Que a su vez tengan formación sobre desarrollo, el juego, las fantasías y la psicopatología de los niños.

La segunda, que todos los niños abusados o no, tienen fantasías sobre ellos mismos y la sexualidad de sus padres. Para algunos experimentadores no existen datos fiables que permitan determinar que los juegos con tales muñecas puedan ser considerados como una interpretación fidedigna de experiencias que el niño haya tenido; otros autores (White, et al., 1986) consideran que los datos apoyan su fiabilidad y validez siempre que sean usadas correctamente.

La credibilidad en las alegaciones de abuso

Una cuestión que preocupa a los profesionales es cómo determinar si las afirmaciones de los niños, sobre el abuso de que son objeto, son verdad. Los datos hasta ahora recopilados nos hacen pensar que la veracidad va más unida a la capacidad del niño para describir el contexto con detalles y precisar unas conductas y conocimientos sexuales que son superiores a lo esperado para su nivel de desarrollo y edad. La seguridad de las afirmaciones de los niños se incrementa cuando hay un referente de conducta (Bussey, 1992) y cuando es algo relevante en su vida diaria (Hauggard y Crosby, 1989).

Las orientaciones de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1990) para la evaluación del abuso recomiendan que se considere la posibilidad de falsedad en las alegaciones "si estas provienen más del progenitor que del propio niño, si los padres están enzarzados en una disputa de custodia y si el niño es un preescolar".

La coordinación con los otros sistemas implicados en la intervención con el abuso

Teniendo en cuenta la reciente sensibilización de las diferentes disciplinas por el tema del abuso es constatable que nuestros sistemas de servicios sociales, educativos, jurídicos y sanitarios se encuentran poco preparados para responder a las necesidades del mismo. Por ello estamos a tiempo de diseñar una estructura de funcionamiento que evite los desajustes que otras experiencias han señalado. La primera cuestión a resolver, es que cada disciplina actúe sólo para satisfacer sus necesidades evaluativas, considerando la victimización por los procedimientos como algo inevitable. Un esfuerzo común es necesario para superar la descoordinación. El objetivo debe ser consensuar esos intereses en apariencia irreconciliables, elaborando un procedimiento coordinado que no produzca daños añadidos en las víctimas y que resuelva las necesidades investigativas de las diferentes disciplinas que intervienen en los procedimientos de investigación y evaluación del abuso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COULBORN, K. Criteria for judging the credibility of children's statements about their sexual abuse. *Child Welfare* 1988, vol. 67, nº 5, Sep-Oct.
- COULBORN, K. *Child sexual abuse: an interdisciplinary manual for diagnosis, case management and treatment*. New York: Colombia University Press, 1988.
- SOLNIT, A.J. ; NORDHAUS, B.E.; LORD, R. *When home is no heaven*. Yale University Press, 1992, p. 81-101.
- STEWARD M.S., et al. Implications of developmental research for interviewing children. *Child Abuse and Neglect* 1993, vol.17, nº 1, p. 25-37.
- WALKER, L.E. Psychological assesment of sexually abused children for legal evaluation and expert witness testimony. *Profesional Psychology: Research and Practice* 1990, vol. 21, nº 5, p. 344-353.
- WATERMAN, J.; LUSK, R. Psychological testing in evaluation of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 1993, vol. 17, nº 1, p. 145-159.

El abuso sexual infantil: aproximaciones técnicas a los distintos momentos de la intervención

Amparo Olmedilla Ramos

Instituto Madrileño de Atención a la Infancia

La comprensión del fenómeno del maltrato infantil en general y del abuso sexual, especialmente el que se produce en el seno de la familia, va contando ya con numerosos estudios e investigaciones, algunos, afortunadamente, realizados ya sobre población española, que desde las distintas disciplinas implicadas, van configurando un cuerpo teórico que posibilita la unificación de criterios, la comunicación de experiencias y en definitiva el abordaje del problema con un cierto respaldo metodológico.

En mi intervención trataré de aproximarme a los aspectos que han adquirido mayor consenso en cuanto a la conceptualización del abuso sexual infantil, la población afectada, las repercusiones a corto y largo plazo en el desarrollo personal y los modelos explicativos que tratan de dar respuesta a la casuística del problema.

La cuestión es ahora las posibilidades de acceso de los profesionales a esta formación y en los acuerdos institucionales necesarios para dar respuesta adecuada a los casos.

En consecuencia, las cuestiones relativas a la intervención del profesional han sido consideradas prioritariamente por esta mesa y en ellas trataré de centrar mi exposición, diferenciando los aspectos fundamentales a tener en cuenta en los diferentes momentos de la intervención: detección, investigación y valoración, planificación y provisión de servicios.

El tratamiento de los casos afecta a profesionales e instituciones con diferentes niveles de implicación en cada fase. Así, en el momento de la detección cobran una importancia fundamental los profesionales del ámbito comunitario que pueden identificar factores de riesgo, indicadores y recibir las primeras demandas de ayuda por parte de los niños/as o de otras personas implicadas en el problema. Esta fase presenta algunas dificultades, relacionadas con características específicas del abuso sexual infantil, (ley del secreto, dificultad para identificar indicadores, lagunas en la información y formación de los profesionales para detectar).

La capacitación de los profesionales de atención directa a la infancia y la familia, en aspectos básicos que les permitan identificar las circunstancias que pueden hacer sospechar la existencia de abuso sexual, y la formación para actuar adecuadamente ante la sospecha o ante la demanda de ayuda, resultan imprescindibles para asegurar el adecuado abordaje del problema desde el primer momento.

En la fase de investigación, el protagonismo lo adquieren los equipos de los servicios de protección infantil, a quienes el profesional del ámbito comunitario derivará el caso. La tarea fundamental e inicial de estos equipos va a ser la de realizar una primera valoración del riesgo del niño/a de sufrir nuevos abusos, las posibilidades de protección que le ofrece su entorno y, en consecuencia, la necesidad de poner al menor bajo protección. En este punto me referiré especialmente a la obtención de datos relevantes para la valoración de la urgencia y a los aspectos fundamentales del diseño y realización de las entrevistas con los afectados.

Finalmente, en la planificación de la intervención, se tratarán las cuestiones relativas al establecimiento de hipótesis respecto a las circunstancias que han dado lugar a la aparición

del abuso, la identificación de necesidades y las prioridades de actuación, las posibilidades de recuperación del núcleo familiar, etc., ya que destacan como cuestiones especialmente difíciles de abordar en estos casos.

ABUSO SEXUAL: TRATAMIENTO DE VÍCTIMAS Y ABUSADORES

La terapia de los abusadores sexuales infantiles: modelos, eficacia y retos del tratamiento

Bárbara Torres Gómez de Cádiz Aguilera

Centro LAUKA de Estudios e Intervención Familiar y Comunitaria, San Sebastián-Donostia

El interés en el ámbito internacional por tratar a los abusadores sexuales de menores es relativamente reciente ya que, tradicionalmente, los ofensores sexuales eran vistos dentro del sistema de justicia penal sin apenas involucración de los servicios de salud mental (Becker y Kaplan, 1988). De esta forma, ha existido una larga tradición desde la que se consideraba a la cárcel como la medida adecuada para castigar este tipo de delitos y prevenir su reaparición. Sin embargo, los datos existentes evidencian la ineficacia de este "abordaje": la mayoría de los delitos sexuales no son denunciados y, para aquéllos que lo son, no es fácil encontrar pruebas suficientes para lograr un veredicto de culpabilidad del ofensor y, por tanto, su encarcelamiento (Abel, Mittelman y Becker, 1985). Además, las tasas de recidiva tras la estancia en prisión de los sujetos encarcelados por este tipo de delitos y que no reciben tratamiento son, en general, muy elevadas (Hildebran y Pithers, 1992). Una razón adicional que avala la conveniencia de que los abusadores sexuales infantiles reciban atención terapéutica reside en la posibilidad de que el tratamiento ayude a evitar la creación de futuras generaciones de ofensores sexuales, ya que un porcentaje no despreciable de estos sujetos han sido ellos mismos víctimas de abusos sexuales en su infancia (Freeman-Longo y Wall, 1986).

La mayoría de los programas específicamente dirigidos al tratamiento de los ofensores sexuales infantiles se han desarrollado a partir de la década de los 70. Los límites de este trabajo obligan a restringir el foco de atención de esta revisión de los enfoques terapéuticos en el tratamiento de los perpetradores de abusos sexuales a menores, limitándonos a contemplar aquellos programas terapéuticos especializados en esta materia y que tienen como "blanco" de su intervención a los ofensores sexuales adultos varones. Así, no serán considerados aquí los programas de tratamiento específicamente dirigidos a abusadores juveniles o adolescentes, las intervenciones diseñadas para la terapia de las mujeres abusadoras, o el tratamiento basado con exclusividad en los denominados grupos de auto-ayuda.

LOS MODELOS DE ABORDAJE TERAPÉUTICO

Aunque con algunas matizaciones (ver, por ejemplo, Becker y Kaplan, 1988; Dixen y Jenkins, 1981; Lanyon, 1986; Salter, 1988; Knopp, Freeman-Longo y Stevenson, 1992),

pueden distinguirse cuatro abordajes básicos en el tratamiento de los abusadores sexuales infantiles:

1.- Enfoques psicodinámicos tradicionales: puede decirse que la terapia psicoanalítica individual ha sido, hasta los años 60, el método de tratamiento por excelencia de las parafilias, incluido el abuso sexual infantil (Lanyon, 1986). También se ha aplicado la terapia psicodinámica grupal como tratamiento de los ofensores sexuales infantiles (Quinsey, 1977). La base de este tipo de abordajes está en la suposición de que la resolución de traumas y conflictos tempranos despojaría al individuo de la ansiedad experimentada frente a parejas sexuales apropiadas, posibilitando así que el paciente abandone sus fantasías y comportamientos sexuales desviados.

No obstante, en la actualidad la aplicación del enfoque psicodinámico tradicional al tratamiento de los abusadores sexuales se ha visto notablemente reducida. De hecho, en la descripción de Knopp y cols. (1992) sobre programas de tratamiento de ofensores sexuales en los EE.UU., menos del 1% de los programas de los que se obtuvo información (n = 1461) se adscribían a un modelo psicoanalítico de intervención, aunque un 11% se adherían a un modelo "psicoterapéutico" en general.

2.- Enfoques fisiológicos o biológicos: su fundamento reside en la reducción del impulso sexual por medios quirúrgicos o bioquímicos (Berlín y Meinecke, 1981). Tal y como señala Lanyon (1986), la eliminación quirúrgica de los testículos fue utilizada en Europa como tratamiento voluntario de algunos ofensores sexuales, incluidos abusadores infantiles. No obstante, algunos de estos métodos utilizados inicialmente en el tratamiento de los abusadores sexuales infantiles (castración quirúrgica o la neurocirugía esteroatáxica) han caído en desuso debido tanto a razones éticas como a su escaso fundamento científico (ver, por ejemplo, la revisión de Heim y Hursch, 1979 sobre los efectos a largo plazo de la castración).

Así, en los últimos años la terapéutica biológica por excelencia en estos casos es la utilización de medicación orientada a reducir de forma significativa el nivel de andrógenos de estos sujetos (p.ej.: Depo-Provera -acetato de medroxiprogesterona- que puede reducir los niveles de testosterona de un hombre a niveles prepuberales). En el citado estudio de Knopp y cols. (1992), el 18% de los programas empleaban esta droga antiandrógena.

3.- Enfoques cognitivos-conductuales: este tipo de abordaje terapéutico se ha revelado como el más significativo durante los últimos 20-25 años y, de hecho, la gran mayoría de los estudios de evaluación de programas realizados para valorar la eficacia de los tratamientos a ofensores sexuales inciden en este tipo de tratamientos.

Aunque el marco conceptual genérico que subyace a este tipo de enfoques es la teoría del aprendizaje social, es la denominada "hipótesis de la excitación sexual desviada" (Rosen y Beck, 1988) la que ha dominado tradicionalmente este abordaje, especialmente en sus inicios. Por ello, tal y como señala Kelly (1982) en su revisión, el foco del tratamiento en un principio estuvo en la reducción de dicha excitación a través de diferentes procedimientos aversivos y otras técnicas de supresión de respuesta, entre las que destaca en los últimos años la "saciación masturbatoria" desarrollada por Marshall (1979). No obstante, como indican Rosen y Hall (1992) en su revisión, en la actualidad la mayoría de los autores recomiendan la utilización concomitante de técnicas positivas de cambio comportamental y, más recientemente, se ha enfatizado el entrenamiento en la prevención de la recaída como un componente esencial del tratamiento (Hildebran y Pithers, 1992; Laws, 1989). Tan significativo ha sido este énfasis, que algunos autores (Knopp y cols., 1992) consideran a este último procedimiento como un abordaje terapéutico específico en el tratamiento de los ofensores sexuales inspirado en la terapia de las adicciones. No obstante, en mi opinión y de

acuerdo con otros autores (George y Marlatt, 1989), este método es mejor caracterizado dentro de los enfoques cognitivo-conductuales por compartir su referente teórico (aprendizaje social) y muchas de sus técnicas de intervención. La diferencia queda establecida en que el mismo no está orientado a detener la conducta adictiva sino a conseguir que, una vez logrado esto, el sujeto sea capaz de mantener este cambio sin llevar a cabo tal conducta.

Para ejemplificar el auge que este tipo de enfoque terapéutico ha adquirido en los últimos años, baste citar que en el estudio de Knopp y cols. (1992) el 39% de los programas para ofensores adultos se adscribían a un modelo cognitivo-conductual y otro 20% se auto-calificaban como basados en el modelo de prevención de la recaída.

Aunque exista un gran número de programas de inspiración cognitivo-conductual para el tratamiento de los abusadores sexuales infantiles, muchos de ellos coinciden en las áreas o componentes típicos de la terapia (Abel y cols., 1985; Rosen y Hall, 1992; Becker y Kaplan, 1988; Priest y Smith, 1992; Salter, 1988): Reducción del arousal sexual desviado; incremento de la activación sexual apropiada; entrenamiento en habilidades sociales; desarrollo de habilidades asertivas; mejora del conocimiento y educación sexual y tratamiento de posibles disfunciones sexuales; reestructuración cognitiva; fomento de la empatía hacia la víctima y prevención de la recaída.

4.- Enfoques familiares sistémicos: con el desarrollo de los enfoques sistémicos en la conceptualización y el tratamiento de determinadas patologías y problemas familiares en general, se ha experimentado un rápido incremento de la aplicación de tal abordaje en el tratamiento del abuso sexual infantil, particularmente en el caso del abuso de tipo incestuoso. Desde la década de los 70 la popularidad de la terapia familiar en la intervención con los casos de incesto ha sido tal que, como indica Sgroi (1982) muchos profesionales han llegado a asumir que este enfoque terapéutico constituye el tratamiento de elección para este tipo de casos. En el mencionado estudio de Knopp y cols. (1992), el 80% de los programas de tratamiento para ofensores sexuales adultos incluían la modalidad de terapia familiar en su intervención.

Desde el sustrato teórico de este abordaje se considera al incesto como el resultado de un sistema familiar problemático, entendiendo que todos los miembros de la familia están involucrados en el origen y mantenimiento del abuso sexual. Por tanto, y en un principio, desde esta perspectiva el tratamiento del ofensor se inscribe dentro del tratamiento de la totalidad de la familia. En este sentido, elementos típicos del trabajo terapéutico en la terapia familiar del incesto son, entre otros (Sgroi, 1982; Furniss, 1991; Barudy, 1993; Hoke, Sykes y Winn, 1989; Madanes, 1993; Trepper y Barrett, 1989): necesidad de romper el secreto y establecer el abuso como una realidad familiar compartida; asunción de la responsabilidad por el abuso; fracaso en el establecimiento de límites (personales e intergeneracionales); abuso de poder y autoridad; estructura familiar (jerarquías, roles, reglas, cohesión, ...), patrones comunicacionales en la familia; impacto del abuso en la víctima y funcionamiento familiar; arrepentimiento y solicitud del perdón por el daño infligido a la víctima y estrategias o actuaciones de reparación de dicho daño.

Por último, y en relación a este primer apartado, es importante enfatizar que esta distinción en los abordajes de tratamiento de los ofensores sexuales infantiles queda muy frecuentemente superada por el carácter "híbrido" de la mayoría de las intervenciones especializadas que se desarrollan en la actualidad. Así, cada vez existe un consenso más generalizado en torno a la necesidad de que en el tratamiento del abuso sexual infantil se empleen diferentes modalidades (terapia individual, grupal, familiar) y técnicas terapéuticas (orientadas al insight, farmacología, cognitivo-conductuales, sistémicas, ...) que trabajen las necesi-

dades específicas de los diferentes miembros implicados (ofensor, víctima y otros). De esta forma, han ido adquiriendo gran popularidad lo que podríamos denominar enfoques integrados de tratamiento (Giarretto, 1982, 1989; Orenchuck-Tomiuk, Matthey y Pigler-Christensen, 1990).

LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

A pesar de la proliferación de programas de tratamiento para ofensores sexuales infantiles, puede decirse que todavía son muy escasas las evidencias empíricas con las que contamos para poder valorar la eficacia de los mismos. De hecho, y tras una amplia revisión sobre el particular, Furby, Weinrott y Blackshaw (1989) indican que no es posible establecer conclusiones significativas en relación a la eficacia de ninguno de los procedimientos de tratamiento empleados con los abusadores sexuales.

Por ejemplo, en el caso de los abordajes de índole psicodinámico o psicoanalítico, y como suele ser habitual con este tipo de tratamientos, existen dificultades serias para evaluar los resultados terapéuticos y, de hecho, puede decirse que no existen datos sistemáticos al respecto. En cualquier caso, algunos autores han mostrado claramente su decepción sobre los resultados del psicoanálisis y la psicoterapia en el tratamiento de los abusadores sexuales, particularmente cuando son contemplados como la única forma de terapia de estos sujetos (Cook y Howells, 1981 citado en Becker y Kaplan, 1988; Groth, Hobson, y Gary, 1982).

En lo que respecta al tratamiento farmacológico de los abusadores sexuales infantiles, y de acuerdo a revisiones recientes (Bradford, 1990; Marshall, Jones, Ward, Johnson y Barbaree, 1991; Becker y Hunter, 1992), los resultados obtenidos por las investigaciones realizadas parecen indicar la existencia de diferencias reseñables en los resultados en función del tipo de droga o medicamento empleado. En general, según estas revisiones, estos fármacos parecen mostrarse efectivos para reducir el impulso sexual de los sujetos y/o incrementar su capacidad para suprimir la excitación desviada, especialmente en aquellos sujetos que muestran elevados porcentajes de comportamiento sexual desviado (Marshall y cols., 1991). No obstante, existen ciertos aspectos problemáticos que conviene comentar como, por ejemplo: eficacia limitada al período de ingestión; ausencia de incidencia sobre la orientación sexual del sujeto; dudas acerca de si tienen un efecto diferencial según el patrón de excitación sexual (pedófilos homosexuales *versus* heterosexuales *versus* bisexuales); existencia de efectos secundarios indeseables (p. ej.: problemas de eyaculación retardada o pérdida del interés sexual por la esposa).

Tal y como se indicaba anteriormente, la práctica totalidad de los estudios de evaluación de programas en el caso del tratamiento de abusadores sexuales infantiles han incidido sobre intervenciones que siguen los principios y técnicas de corte cognitivo-conductual. Por esta razón, lo que puede decirse en relación a la eficacia de la terapéutica de estos sujetos se reduce prácticamente a este tipo de abordaje.

A este respecto, las revisiones de algunos autores (Marshall y cols. 1991; Becker y Hunter, 1992) indican que los programas terapéuticos cognitivo-conductuales para los ofensores sexuales infantiles intra- y extra-familiares han sido las intervenciones más efectivas. No obstante, otros (Milner y Herce, 1994) indican que las deficiencias metodológicas de los estudios y la falta de evidencias concluyentes que avalen la superioridad de ningún tratamiento en términos objetivables, obligan a una valoración más cautelosa.

Por último, en el caso del enfoque sistémico familiar nos encontramos también con

serias dificultades para valorar su nivel de éxito. Así, por ejemplo, aunque algunos informes ofrezcan datos que pueden calificarse de espectaculares, tales como la tasa de recidiva inferior al 1% en el programa de H. Giarretto (1982, 1989), problemas metodológicos importantes (p.ej: utilización de otras modalidades de tratamiento diferentes a la terapia familiar) no permiten otorgar el apropiado rigor a tal resultado. En definitiva, podríamos afirmar junto con Lanyon (1986) que, a pesar de su extendida aceptación y de ser valorado como el de mayor utilidad clínica en los casos de incesto, no existen datos empíricos adecuados que avalen la eficacia de la terapia familiar en el tratamiento del abuso sexual infantil (ofensores, víctimas y resto de miembros de la familia).

PRINCIPALES DESAFÍOS

Obviamente, se ha avanzado mucho desde los inicios de los programas especializados en el tratamiento de ofensores sexuales infantiles. No obstante, también es obvio que todavía son muchos los problemas que dificultan el abordaje clínico de estos sujetos y los interrogantes a los que debe responder los estudios orientados a evaluar estas intervenciones.

Corresponde a otros expertos en el marco de este Simposio hablar de los retos que deben afrontar los profesionales de la clínica que trabajan con los ofensores sexuales infantiles. En lo que se refiere al segundo grupo de desafíos, está claro que existe una necesidad urgente de potenciar la realización de estudios de evaluación de estos programas de tratamiento que posean suficiente rigor metodológico (p.ej: con grupos de control adecuados, con métodos y procedimientos de evaluación estandarizados, con índices apropiados de valoración del éxito terapéutico). Así, algunas de las áreas que requieren un conocimiento científicamente fundado son (Lanyon, 1986; Milner y Herce, 1994; Becker y Hunter, 1992; Marshall y cols., 1991):

- Qué tipo de ofensores tiene más probabilidades de aceptar y no abandonar un tratamiento y, dentro de los que no abandonen, cuál es el perfil que caracteriza al sujeto que tenderá a finalizar con éxito el tratamiento.

- Qué componentes terapéuticos y qué combinación de los mismos se revelan como más eficaces para qué tipo de ofensores (violentos o no; intrafamiliares o no; con múltiples parafilias o no; "fijados" o "regresados"; centrados en un sólo grupo de edad o no).

- El grado en que determinadas condiciones de tratamiento afectan a su resultado (obligado *versus* voluntario; ambulatorio *versus* interno, etc.).

En definitiva, es preciso que se incrementen los esfuerzos en este sentido ya que, como señala Furniss (1991), "... en última instancia, cualquier enfoque terapéutico del abuso sexual infantil es sólo tan bueno como lo sea la terapia de los abusadores". (p.160).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEL, G.G.; MITTELMAN, M.; BECKER, J.V. Sex offenders: results of assessment and recommendations for treatment. En: Ben-Aron, H.; Hucker, S.; Webster, C., editores *Clinical criminology: current concepts*. Toronto: M & M Graphics, 1985, p. 191-205.
- BARUDY, J. Dictaduras familiares, abusos sexuales, incesto. Estrategias terapéuticas. En: *Actas del II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1993, p. 159-188.
- BECKER, J.V.; HUNTER, J.A. Evaluation of treatment outcome for adults perpetrators of

- child sexual abuse. *Criminal Justice and Behavior* 1992, vol.19, nº 1, p. 74-92.
- BECKER, J.V.; KAPLAN, M.S. Assessment and treatment of the male sex offender. En: Schetky, D.H.; Green, A.H., editores. *Child sexual abuse*. New York: Brunner/Mazel, 1988, p. 136-149.
 - BERLIN, F.S.; MEINICKE, C. Treatment of sex offender with antiandrogenic medication: conceptualization, review of treatment modalities, and preliminary findings. *American Journal of Psychiatry* 1981, nº 138, p. 601-607.
 - BRADFORD, J.M. The antiandrogen and hormonal treatment of sex offenders. En: *Handbook of sexual assault: issues, theories and treatment of the offender*. New York: Plenum Press, 1990, p. 297-310.
 - DIXEN, J.; JENKINS, J.O. Incestuous child sexual abuse: A review of treatment strategies. *Clinical Psychological Review* 1981, nº 1, p. 211-222.
 - FREEMAN-LONGO, R.E.; WALL, R.V. Changing a lifetime of sexual crime. *Psychology Today* 1986, March, p. 58-64.
 - FURBY, L; WEINROTT, M.R.; BLACKSHAW, L. Sex offender recidivism: a review. *Psychological Bulletin* 1989, nº 105, p. 3-30.
 - FURNISS, T. *The multiprofessional handbook of child sexual abuse. Integrated management, therapy and legal intervention*. London: Routledge, 1991.
 - GEORGE, W.H.; MARLATT, G.A. Introduction. En: Laws, D.R., editores. *Relapse prevention with sex offenders*. New York: Guilford Press, 1989, p. 1-31.
 - GIARRETTO, H. A comprehensive child sexual abuse treatment program. *Child Abuse and Neglect* 1982, nº 6 p. 263-278.
 - GIARRETTO, H. Community-based treatment of the incest family. *Psychiatrics Clinics of North America* 1989, vol. 12, nº 2, p. 351-361.
 - GROTH, A.N.; HOBSON, W.F.; GARY, T.S. The child molester: clinical observations. En: Conte, J.; Shore, D.A, editores. *Social work and child sexual abuse*. New York: Haworth, 1982, p. 129-144.
 - HEIM, N.; HURSCH, C.J. Castration for sex offenders: a review and critique of recent European literature. *Archives of Sexual Behavior* 1979, nº 8, p. 281-304.
 - HILDEBRAN, D.D.; PITHERS, W.D. Relapse prevention: application and outcome. En: O'Donohue, W.; Geer, J.H., editores. *The sexual abuse of children: clinical issues*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1992, p. 365-393.
 - HOKE, S.L.; SYKES, C.; WINN, M. Systemic/strategic interventions targeting denial in the incestuous family. *Journal of Strategic and Systemic Therapies* 1989, vol. 8, nº 4, p. 44-51.
 - KELLY, R.J. Behavioral reorientation of pedophiliacs: can it be done?. *Clinical Psychology Review* 1982, nº 2, p. 387-408.
 - KNOPP, F.H.; FREEMAN-LONGO, R.F.; STEVENSON, W.F. *Nationwide survey of juvenile and adult sex-offender treatment program and models*. Orwell, VT: The Safer Society Program, 1992.
 - LANYON, R.I. Theory and treatment in child molestation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 1986, vol. 54, nº 2, p. 176-182.
 - LAWS, D.R., editor. *Relapse prevention with sex offenders*. New York: Guilford Press, 1989.
 - MADANES, C. *Sexo, amor y violencia. Estrategias de transformación*. Barcelona: Paidós, 1993.
 - MARSHALL, W., et al. Treatment outcome with sexual offenders. *Clinical Psychology Review* 1991, nº 11, p. 465-485.
 - MILNER, J.S.; HERCE, C. Abuso sexual intrafamiliar: Teoría, investigación y tratamiento.

Infancia y Sociedad 1994, n° 24, p. 139-173.

- ORENCHUCK-TOMIUK, N.; MATTHEY, G.; PIGLER-CHRISTENSEN. The resolution model: a comprehensive treatment framework in sexual abuse. *Child Welfare, LXIX* 1990, vol. LXIX, n° 5, p. 417-431.
- PRIEST, R.; SMITH, A. Counseling adult sex offenders: unique challenges and treatment paradigms. *Journal of Counseling and Development* 1992, n° 71, p. 27-32.
- ROSEN, R.C.; BECK, J.G. *Patterns of sexual arousal: psychophysiological processes and clinical applications*. New York: Guilford Press, 1988.
- ROSEN, R.C.; HALL, K.S.K. Behavioral treatment approaches for offenders and victims. En: O'Donohue, W., Geer, J.H., editores. *The sexual abuse of children: clinical issues*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1992, p. 301-330.
- SALTER, A.C. Offender treatment. En: Salter, A.C., editor. *Treating child sex offenders and victims. A practical guide*. London: Sage, 1988, p. 111-130.
- SGROI, S.M. *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*. Lexington, MA: Heath, 1982.
- TREPPER, T.S.; BARRETT, M.J. *Systemic treatment of incest. A therapeutic handbook*. New York: Brunner/Mazel, 1989.

Investigación en el tratamiento de niños que han sido abusados sexualmente: una revisión y recomendaciones

David Finkelhor

University of New Hampshire, EE.UU.

En este artículo se revisan los resultados y las recomendaciones de 27 estudios que evaluaron, con técnicas cuantitativas de medición de resultados, la eficacia de los tratamientos aplicados a niños que habían sido abusados sexualmente.

Los estudios cubrían una variedad amplia de población, incluyendo niños muy pequeños (Stauffer y Deblinger, 1993) y adolescentes (Larzelere et al., 1993; Larzeler et al., en prensa a; Larzeler et al., en prensa b), niños en circunstancias especiales, como aquellos que viven en instituciones o niños sordos (Sullivan et al., 1992) y una amplia gama de modalidades de tratamiento, incluyendo educación sexual, terapia musical, terapia familiar, terapia de grupo y tratamiento cognitivo-conductual.

Los estudios pueden clasificarse en tres grupos basándonos en su diseño:

1.- Diseños de pre-test y post-test, sin grupos de comparación.
2.- Diseños cuasi-experimentales con comparación de grupos, pero sin asignación de tratamientos.

3.- Diseños experimentales con comparación de grupos y asignación de tratamientos.

Revisaremos cada uno de estos grupos de forma separada.

Los 15 estudios pre-post encontraron todos una mejora significativa en los niños tratados como un grupo en al menos una de las mediciones de resultados, en períodos temporales que variaban de 9 a 12 meses. Sin embargo, la principal objeción de esta conclusión, y limitación inherente de los diseños pre-post, es que no sabemos si la mejora se debió al tratamiento que recibieron los niños o simplemente al paso del tiempo (1990; Runyan et al., 1988).

Muchos de los estudios mejoraron en algunos indicadores y no mostraron la mejora en otros. En particular, los problemas sexuales y de "exteriorización" (el término utilizado por los ítems del *Child Behavior Check-List* que indican agresividad, realización, etc.) parecen ser más resistentes al cambio. Los estudios pre-post muestran también que algunos niños mejoraron algo más que otros.

Es interesante que tres de los diseños cuasi-experimentales no encontraron ninguna ventaja en los niños que estaban recibiendo terapia *per se*, en comparación con los niños que no recibían ninguna (Gomes-Schwartz et al., 1990; Goodman et al., 1992; Oates et al., 1994). Esto podría significar que los niños sin terapia estaban de hecho recibiendo otra cosa de igual valor, como un buen apoyo paternal, o podría significar que no estaban bajo terapia porque los padres notaron que ya se estaban recuperando bien sin ayuda profesional. Pero podría también significar que las terapias no específicas eran bastante ineficaces.

Entre los diseños verdaderamente experimentales, los tres experimentos que comparaban grupos con tratamientos y grupos sin tratamiento (Burke, 1988; Pérez, 1988; Verleur et al., 1986) han hallado todos efectos significativos del tratamiento. En contraste, los cinco experimentos que comparaban tratamientos alternativos (Baker y Duncan, 1985; Berliner y

Saunders, 1993; Cohen y Mannarino, 1992; Monck *et al.*, 1994; Pérez, 1988) no han mostrado resultados favorables de forma tan consistentemente.

Tomados en conjunto, los estudios sobre los niños que han sufrido abuso sexual en tratamiento muestran en su mayoría mejoras que apoyan la creencia que la intervención terapéutica facilita la recuperación del niño. Sin embargo, sólo cinco de los estudios (dos de ellos descritos completamente, de diseño experimental, -Burke, 1988 y Pérez 1988- y los tests pre-post con comparaciones) muestran la evidencia necesaria de que la recuperación ampliamente observada no se debe simplemente al paso del tiempo o a algunos factores externos a la terapia, y desgraciadamente los dos estudios experimentales son tesis inéditas.

Desde el punto de vista de la evaluación científica, que hoy en día se basa primordialmente en pruebas clínicas aleatorias, habría de decirse que, debido a que no se han llevado a cabo suficientes estudios adecuados, la eficacia de los tratamientos de abusos sexuales no se ha demostrado todavía. Sin embargo, la investigación existente es importante, ya que, aunque incluso los diseños pre-post proporcionan una oportunidad para confirmar la nula hipótesis de que no hay cambios, casi todos ellos rechazan esta hipótesis. Según los estándares científicos estrictos, la evidencia no dice que el tratamiento del abuso sexual no sea efectivo ni necesario. Más bien es prometedor, pero los estudios definitivos no se han hecho todavía.

Además, la evidencia sobre la eficacia del tratamiento del abuso sexual debe ser puesta dentro del contexto de la literatura sobre resultados del tratamiento en general, que es algo más extensa y avanzada. Hay una literatura abundante sobre la psicoterapia infantil que confirma su utilidad en una amplia gama de desórdenes en una gran variedad de niños (Casey y Berman, 1985; Kazdin, 1991; Kazdin, 1993). Hay bastantes razones para esperar que esto también sea verdad con niños que han padecido abusos sexuales. Mientras la investigación sobre niños que han sufrido abusos sexuales está todavía en su niñez, parece seguro que muchos y más sofisticados diseños seguirán a los actuales.

Mientras tanto, los estudios sobre el tratamiento de niños que han sufrido abusos sexuales contienen otros resultados e indicaciones que merecen la atención tanto de médicos como investigadores:

1.- En primer lugar está la indicación importante de que algunos síntomas son más resistentes al tratamiento. Muchos estudios han hallado que problemas como la agresividad y los comportamientos sexuales no cambian tanto ni tan consistentemente con un tratamiento. Esto podría ser porque tales problemas, una vez que están desencadenados, son intrínsecamente más difíciles de cambiar. Pero podría también ser que los terapeutas no están tratando estos problemas con efectividad, porque estos comportamientos les incomodan, o porque no cuentan con las habilidades específicas para enfocar los tratamientos de manera que puedan alterar estos comportamientos. Parece que más estudios deberían dirigirse específicamente a trabajar en el tratamiento de estos problemas.

2.- Un segundo resultado importante de las investigaciones hasta la fecha es el hecho claro que, a pesar de los efectos generales de los tratamientos, algunos niños no mejoran o no mejoran tanto. Este es un tema crucial y no está suficientemente atendido por las investigaciones. Incluso los diseños pre-post más simples podrían aportar algo al conocimiento sobre los, así llamados, fallos en los tratamientos, informando regularmente del número de estos fallos y sus características, aunque esto rara vez se hace. Se necesita más análisis de quien son los niños que no mejoran y porqué. Larzelere *et al.* (1993) sugieren que los niños con patrones de rechazo y esquivos tienen más dificultades en la recuperación, mientras que es más probable que se recuperen los niños cuyos síntomas les dan un motivo fuerte

para cambiar, como ansiedad y miedo.

3.- Finalmente, hay indicaciones en la investigación actual de que algunas terapias pueden que no sean particularmente efectivas o que su efectividad ha sido supervalorada. Muchos de los estudios cuasi-experimentales no demuestran que los niños en conjunto mejoran cuando aprovechan las distintas opciones de tratamiento comunitarios generalmente disponibles. Otro grupo de estudios no ha demostrado las ventajas de un tipo de tratamiento sobre otro. Esto es similar a los resultados en la literatura general sobre psicoterapia infantil, que, en conjunto, no ha hallado diferencias fiables entre modelos distintos, como formatos de grupo, de juego o individuales (Casey y Berman, 1985).

Como se puede ver de esta revisión, el campo de la investigación en la evaluación de los tratamientos de abuso sexual está aún en desarrollo. Hay una gran gama de temas importantes que necesitan tenerse en cuenta por médicos e investigadores en la elaboración de este campo. En las siguientes sesiones, queremos destacar algunos de estos temas y señalar la importancia que tienen para médicos e investigadores que intentan tomar decisiones sobre cómo organizar el tratamiento y cómo evaluarlo.

Tratamiento clínico para agresores y víctimas de incesto y abuso sexual

M^a Victoria Noguerol Noguerol
Centro de Psicología Clínica Noguerol, Madrid

Los abusos sexuales en la infancia y adolescencia constituyen un problema grave dadas las pruebas cada vez más numerosas de sus efectos traumáticos a corto y largo plazo. Hace sólo unas décadas que se ha comenzado a desvelar estas dramáticas consecuencias individuales y sociales así como la frecuencia tan alta en todas las clases sociales, religiosas y culturales en aquellos países en que se ha investigado.

No existen evidencias de que la actividad sexual entre adultos y menores sea beneficiosa para estos y sí evidencia abundante para sostener que el abuso sexual puede tener efectos devastadores en la vida de los niños y niñas abusados así como graves consecuencias familiares y sociales. Ahora se comienza a tener información sobre su alta incidencia pero sólo en muy pocos casos el abuso se desvela y muy pocos de los abusos descubiertos reciben el tratamiento necesario para aliviar sus síntomas.

La investigación clínica propugna que las consecuencias del abuso sexual son tan devastadoras, en la mayoría de las víctimas, que la intervención terapéutica puede realizar una tarea determinante en su recuperación. Demuestra asimismo que el agresor muy difícilmente podrá controlar esta conducta, la cual tiende a repetir, si no recibe un apoyo terapéutico adecuado.

Aunque el objetivo aquí será describir el tratamiento clínico éste se debe conectar con el resto de las etapas entre las que se desarrolla, todas ellas participan en la explicación del tratamiento, estas son: detección, intervención, tratamiento y seguimiento.

TRATAMIENTO PARA LAS VÍCTIMAS

Para comprender el fenómeno del abuso sexual infantil se han presentado diferentes modelos uno de ellos que trata de explicar los efectos de los abusos sexuales es el del síndrome de estrés post-traumático que se caracteriza por la existencia de un claro suceso estresante y está ampliamente estudiado en víctimas de violencia familiar; para el entendimiento del abuso sexual infantil se propone asimismo el *Traumagenic Dynamic Model* que trata de dar una respuesta específica de comprensión a los síntomas que muestran las víctimas infantiles de abusos sexuales.

A la hora de proponer estrategias de tratamiento efectivo para las víctimas se ha de tener en cuenta aquellos aspectos del abuso que más les impactan, aquellas áreas donde suelen manifestar reacciones agudas a las experiencias vividas. Se sugieren algunas consideraciones para el tratamiento clínico con víctimas de incesto que proponen organizar las terapias desde la comprensión y manejo adecuado de las siguientes áreas:

- . Sentimiento de daño.
- . Culpa.
- . Depresión

- . Baja autoestima.
- . Rabia reprimida.
- . Carencia de confianza.
- . Confusión de roles.

Al observar las señales que deja el abuso sexual, la ansiedad se presenta como un resultado frecuente que se puede manifestar de diferentes formas tanto a corto como a largo plazo: en relación con el sexo opuesto, en síntomas somáticos y comportamentales, en fobias y pesadillas. El terapeuta debe tener en cuenta que no siempre las víctimas de abuso sexual están dispuestas a hablar de ello y es más frecuente que soliciten tratamiento por algunos de los síntomas como depresión o ansiedad. Comentan que si el terapeuta hubiera abiertamente preguntado por la existencia del abuso habría sido más fácil hablar de ello. Si no lo hace, se suelen sentir incapaces de abordar el trauma del abuso sexual por ellas mismas.

FASES DEL TRATAMIENTO:

Intervención en crisis

Esta fase es emocionalmente estresante para todos. Es complicada y requiere habilidades en intervención y conexión con otros recursos de la comunidad. Idealmente el psicólogo debe estar en el caso desde el principio de la intervención en crisis.

Durante esta etapa la víctima y su familia requieren apoyo total. El psicólogo debe ayudar tanto a la víctima como a los miembros de la familia a enfrentarse con exámenes médicos, visitas de los servicios sociales, juzgados y entrevistas con abogados.

El objetivo prioritario en la intervención en crisis es cubrir las necesidades físicas y emocionales si la víctima ha de ser sacada del domicilio. Necesitan depender del profesional que se encargue del caso, como de un aliado para enfrentarse con la ruptura de sus vidas después que se ha descubierto el abuso.

Este profesional ha de ayudar a la víctima si dice que no ha sucedido y que se ha inventado el abuso hecho que puede suceder al descubrir la víctima que las amenazas eran ciertas y que ella tiene la culpa de separar a su familia.

Terapia a corto plazo

Sigue a la intervención en crisis. Las víctimas que no han tenido severos traumas físicos o emocionales pueden necesitar sólo terapia a corto plazo. La relación con el agresor es muy importante para determinar la duración así como la respuesta de los padres, si ésta es de apoyo, la terapia a corto plazo es la indicada.

Terapia a largo plazo

Puede durar dos o más años. La relación con el agresor vuelve a ser un factor determinante. Si el impacto ha sido grande será necesaria una terapia prolongada individual, de grupo y familiar. La gravedad del trauma del abuso sexual, y por tanto la duración de su tratamiento, va a depender de los siguientes factores:

Edad de la víctima en el momento del abuso.

- . Intensidad.
- . Frecuencia.
- . Relación con el agresor.
- . Tipo de amenazas.
- . Apoyo familiar.

MODALIDADES DEL TRATAMIENTO

Terapia individual

Debe empezar desde la fase de intervención en crisis y continuar hasta que el niño está fuerte para otro tipo de tratamiento. Se debe hacer una evaluación diagnóstica en los tres primeros meses así como identificar las fuerzas y debilidades del niño y establecer relaciones de confianza entre el terapeuta y el menor. Un niño que se ha sentido indefenso, inseguro y con miedo para confiar en los otros durante años debe desarrollar confianza en su terapeuta antes de resolver otros asuntos. La confianza se desarrolla con tiempo y con apoyo emocional del psicólogo y manifestar la creencia de que el niño está diciendo la verdad y que el abuso sexual ocurrió.

La terapia individual le permite expresar sus sentimientos sobre el abuso, sobre sus familias y los acontecimientos sucedidos desde que se desveló el secreto. En muchos casos se resistirán a hablar de ello necesitan apoyo, confianza y tiempo.

Al trabajar en terapia individual con los más pequeños conviene recurrir a la terapia de juego, los niños de preescolar no han desarrollado el nivel cognitivo para resolver sus problemas verbalmente, y pueden tener miedo para expresar su enfado contra uno o los dos padres pero lo pueden expresar con los muñecos sin sentirse culpables. Este es un proceso saludable de expresión de los sentimientos negativos y un aprendizaje apropiado estableciendo las buenas interacciones familiares.

Terapia de grupo

Es el mejor tratamiento para adolescentes y preadolescentes una vez ha finalizado la intervención en crisis y terapia Individual. En grupo, descubren que son fuertes para aceptar las críticas de sus compañeros. La adolescencia es una etapa donde tiene mucha importancia la influencia de los compañeros. Esta influencia del grupo puede ser muy poderosa. El grupo se debe reunir en un lugar donde se sientan seguros de discutir sobre el abuso sexual, actitudes familiares, educación sexual, relaciones chico-chica. Necesitan sentirse capaces de expresar sus sentimientos sin sentirse culpables y recibir respuestas a sus preguntas. Los psicólogos se presentan como un recurso para responder sus preguntas, guiarlos y mostrarle comportamientos apropiados de interacción.

Terapia madre/hija

En casos de incesto esta terapia es especialmente importante. Madre e hija deben dis-

cutir su relación, expresar su rabia. Conviene iniciarla después de la terapia individual y se puede llevar a la vez que la terapia de grupo. Es importante para que ambas puedan entender por qué la comunicación se ha roto entre ellas y por qué la madre no era una ayuda viable para la niña cuando el abuso sexual comenzó. Ambas necesitan ser conscientes del cambio de roles y como y por qué este se debe de corregir. Deben compartir su dolor, enfado y celos relacionados con el abuso sexual. La niña necesita oír de su madre que ahora la va a proteger y que el incesto no fue culpa de la niña.

Este es un proceso doloroso para la madre y para la hija. La madre también debe estar en terapia de grupo durante esta fase del tratamiento para recibir el apoyo de sus pares. En algunos casos la interacción entre madre/hija no cambiará significativamente, es seguramente la parte más difícil del proceso terapéutico. El cambio más crítico que debe suceder es que la madre asuma la responsabilidad de proteger a la niña de futuros abusos sexuales o, si sucede, actuar para protegerla.

Terapia familiar

Sólo se debe dar cuando en casos de incesto los padres están dispuestos a tomar la total responsabilidad del abuso sexual de la niña. El agresor debe asumir la responsabilidad del abuso, disculparse con la niña y asegurarle que no volverá a suceder jamás.

La madre debe asumir también su responsabilidad por no haberla protegido. La familia debe discutir como un todo, el dolor emocional asociado con el abuso sexual, el cambio de roles, la necesidad de los niños de participar en relaciones acordes con su edad, la pobre comunicación, la necesidad de buenas habilidades paternas, y la necesidad de sistemas de apoyo social para todos los miembros de la familia.

TRATAMIENTO PARA AGRESORES

Cuando el terapeuta tiene que planificar el tratamiento para el agresor sexual tiene muchas opciones de que este se realice positivamente si, a priori, el paciente presenta motivación al tratamiento para trabajar y expresar sus síntomas.

Si reconoce su responsabilidad en el abuso sexual cometido y si no tiene adicción de drogas o alcohol.

La terapia se basará en un cuidado programa de tratamiento en base a la intervención en:

Pensamiento cognitivo

Incluye la información obtenida del agresor, ofreciendo posibles explicaciones de cómo podría el haber adquirido esos patrones de comportamiento a través de principios del aprendizaje y ofreciendo ejemplos específicos de su pasado. Se utilizan técnicas como detección del pensamiento y control de impulsos.

Área afectiva emocional

Su primer objetivo es ayudar al agresor a tomar conciencia de la diferencia entre pensa-

mientos y sentimientos, aprender a reconocer y etiquetar sus propias emociones y aprender a expresar esos sentimientos a los demás, todo en relación a sus comportamientos pasados y presentes.

Ahorras heterosociales

Aprenden un amplio rango de comportamientos sociales y sexuales a partir del modelado y aprendizaje vicario; se le enseñan habilidades de comunicación.

Es muy importante, con esta población, el seguimiento y futuras intervenciones. Se aconseja un seguimiento de cinco años mínimo. No existen garantías de éxito aunque éstas son muy superiores a la prisión.

Límites y ventajas de la terapia familiar sistémica en el tratamiento de las víctimas y los perpetradores de abuso sexual

Jorge Barudy

Centro Médico Psico-Social para Refugiados Políticos y Víctimas de la Tortura EXIL, Bruselas

Una visión eco-sistémica del fenómeno de los abusos sexuales perpetrados sobre menores nos obliga a analizar cada situación particular, considerando el contexto donde este se produce.

Esto para considerar los diferentes factores, individuos y situaciones que de una manera compleja interactúan, de tal forma de producir el fenómeno que nos interpela. Así por ejemplo, en el caso de abuso sexual intrafamiliar no puede haber un tratamiento eficaz de las víctimas si no se considera el tratamiento del agresor, así como el de los demás miembros de la familia, especialmente el de la madre.

Cualquier intento de ofrecer un tratamiento sin preocuparse, ni tomar el tiempo para analizar el fenómeno en su complejidad causal, en su carácter procesal, así como en su función reguladora de otros conflictos y problemas puede conducir en el mejor de los casos a un agotamiento de los recursos terapéuticos existentes y en el peor a ofrecer tratamientos que sólo agraven el sufrimiento de los implicados.

Por lo tanto, toda ayuda terapéutica de las víctimas y de los perpetradores deberá enmarcarse en una visión eco-sistémica. Esto no quiere decir que la mejor alternativa de tratamiento sea la terapia familiar. Desgraciadamente, se ha confundido a menudo el paradigma sistémico con una de sus aplicaciones, la terapia familiar. Esta confusión llevo a algunos profesionales a ofrecer cesiones de terapia familiar a familias que habían producido abusos sexuales en su seno. Estos procedimientos, no hacen mas que agravar la situación de la víctima y reforzar la homeostasis patológica de la familia.

En este sentido, mi ponencia pretende ilustrar a través de mi práctica clínica y mis reflexiones las diferentes aplicaciones de la terapia sistémica en el tratamiento de las víctimas infantiles de abuso sexual y en el tratamiento de sus abusadores. Para esto, intentaré exponer las tres situaciones en la cual un/a niño/a puede ser abusado/a, extrayendo de estas los contenidos mas relevantes que sus experiencias traumáticas. Por una parte insistiré en el tipo de relación que el abusador impone a su víctima y por otra parte en la participación del resto de la familia en la perpetración del abuso, así como el impacto de éste en la familia como sistema y en las personas que la componen.

Distinguiremos un primer grupo que corresponde a las víctimas que fueron agredidas por un abusador extrafamiliar desconocido para la familia. Se trata de situaciones trágicas que a menudo terminan con la muerte del niño.

La atención de niños que sobrevivieron a estas agresiones nos ha permitido constatar que la dinámica del abusador corresponde a menudo a la de un violador, y la vivencia de las víctimas que sobreviven se expresan por una parte por las manifestaciones descritas para el PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*) y por otra parte por el mantenimiento de la distancia víctima-agresor que permite al niño de reconocerse como víctima.

En estos casos, la terapia del abusador deberá ser dirigida a evitar antes que nada la repetición de la agresión sobre otros niños, a través de un enfoque terapéutico penitenciario.

Para la víctima un apoyo psicoterapéutico es indispensable, así como un acompañamiento familiar para facilitar la elaboración de la experiencia.

Un segundo grupo corresponde a niñas y niños agredidos por un abusador conocido de la familia. Se trata a menudo de un sujeto con un funcionamiento pedófilo, que seduce a su víctima y a menudo se infiltra su medio familiar creando un clima de familiaridad que le proporciona la impunidad necesaria para obligarla a mantener el secreto. En este caso la víctima no solamente es traumatizada, sino que además participa en un modo de relación perversa que la confunde, provocándole confusión, culpabilidad y vergüenza. El desafío de la terapia es por una parte, ofrecer una ayuda psicoterapéutica a la víctima para elaborar el contenido traumático de su experiencia y por otra parte un proceso de "reeducación", para liberarla de la influencia de su abusador.

En lo que se refiere a la familia, ésta a menudo debe ser también ayudada desde un equipo terapéutico para "descontaminarla" de la influencia del abusador reapropiándose de sus funciones y de sus diferentes roles, especialmente los parentales.

En mi ponencia insistiré que el tratamiento de este abusador es también fundamental no solo para la víctima directa, sino que para prevenir la emergencia de otras víctimas potenciales.

Nuestras experiencias nos llevan a considerar que es contraindicado tratar este tipo de abusadores en el mismo programa de tratamiento que las víctimas.

Por último, describiré la situación de niñas y niños abusados en el interior de sus familias poniendo el énfasis en la situación de doble "doble vínculo" familiar en la cual las víctimas se encuentran, lo que explica no sólo el carácter altamente patógeno de su situación, sino que además el síndrome de adaptación que ellas presentan, descrito por diferentes autores.

En este caso insistiré en la necesidad de considerar el proceso terapéutico como un antídoto primeramente individual para todos los miembros de la familia y secundariamente para la familia como sistema en dos momentos bien diferentes, manejados por equipos de intervención totalmente diferentes para cada fase.

En esta ponencia abordaré en detalles los diferentes componentes de la primera fase que llamaré de **intervención social** de la familia, así como los de la segunda fase que corresponde a la que denominamos **fase terapéutica**. Por último a partir de nuestras experiencias, comentaremos los factores que han facilitado u obstaculizado la aplicación de este modelo en mi práctica clínica.

APOYO A LA ADOPCIÓN

Apoyo post-adopción a la madre biológica

Ana Jiménez Girón, Pilar Sánchez Salas, Margarita Sánchez Salas, Mercedes Gayán
Guardiola, Ángeles Delgado Rodríguez, Ana López Andrades
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

El motivo de la realización de este trabajo, ha sido reconocer los factores socio-familiares que tienen las gestantes que renuncian al hijo que van a nacer.

Por otro lado, presentar a la sociedad a estas mujeres como responsables, maduras y conscientes de la decisión que toman, y que con esta acción dan muestras de la gran generosidad que tienen al ofrecer a sus hijos un presente y un futuro cubiertos de afecto, cuidados y atenciones que ellas no les pueden ofrecer.

Por ello, nos marcamos unos objetivos en base a la dinámica que se generaba en el personal sanitario cuando se atendía algún caso, como rechazo a esta mujer (no la consideran buena madre), falta de respeto hacia su decisión, intentos de modificar ésta, petición de su hijo para adopción ilegal, etc., y que son mejorar la atención integral a las mismas, la visión pública hacia ellas, y que el estudio sirva como base para posteriores investigaciones.

Es necesario también, conocer el significado que tiene ser madre en nuestro medio, y cuáles son las características, roles, etc. para que una mujer pueda ser identificada como madre. Debemos conocer igualmente qué factores sociales o familiares impiden que esta madre ejerza su función. Por último, conocer qué sentimientos han provocado la toma de esta decisión.

Por ello nos planteamos las siguientes hipótesis:

- La falta de apoyo familiar y ciertas carencias psico-afectivas motivan el dar el hijo en adopción.
- La adopción se la plantean como una alternativa al aborto.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se ha realizado del estudio de 26 mujeres que han dado el niño en adopción en el Hospital Universitario Virgen del Rocío en el período de tiempo que comprende desde la puesta en vigor de la *Ley de diciembre 1987* hasta Julio 1991.

De éstas 26, sólo tenemos datos completos de 21, ya que 5 de estas mujeres han parido en festivos o fines de semana, por lo que no hemos podido entrevistarlas por irse de alta antes de nuestra jornada laboral.

De las 21, una de ellas ha tenido dos partos cuyos hijos han sido dados en adopción, por lo que sus datos están tabulados como si de dos personas se tratara.

La metodología de trabajo en la recogida de los datos, consistía en registrar la filiación,

situación familiar, lugar de residencia, motivo de la decisión, datos del embarazo y del parto, y por último las incidencias, características de los casos y adecuación del protocolo de actuación.

Analizando los resultados, vemos como el perfil de las gestantes que dan sus hijos es el siguiente: mujer joven, con edad comprendida entre los 20 y 24 años, soltera, de procedencia urbana, mayoritariamente de Sevilla y con estudios primarios. De profesión empleada de hogar y prácticamente sin ningún factor de desadaptación social.

Del total destacamos 6 con una problemática social o personal concreta: una persona con drogadicción que dio su hijo en adopción sin formalizar previamente la renuncia, otra con esquizofrenia que renunció al niño cuando contaba tres meses de edad, otra con trastornos emocionales desde su infancia y con antecedentes de conflictos familiares, estaba separada y con cuatro hijos institucionalizados, otras dos personas ejercían la prostitución, tenían un nivel familiar aceptable y podríamos decir su empleo era vocacional, y por último, una menor de etnia gitana y que decidió darlo en adopción evaluada por su madre y su abuela.

De los datos familiares, destacamos 12 mujeres sin pareja estable y con varios hijos, de las que solo 2 viven con ellos. Esto significa que anteriormente a este embarazo, ya tenían dificultades para atender personalmente a sus hijos, por lo que lo consideramos un condicionante más para la toma de su decisión. Siguen 7 mujeres que viven con su familia de origen (padres y hermanos). Continúan 2 que tienen pareja estable e hijos. Por último, 8 viven solas.

Respecto a la procedencia de la muestra por el lugar donde residen, 16 son urbanas y 5 son del medio rural.

En cuanto a los motivos de la decisión, 9 tenían familias de apoyo con anterioridad al embarazo y 12 carecían de ella.

Respecto a los condicionantes socio-familiares, en 15 mujeres existe rechazo de la familia, frente a 6 en las que la familia no las condicionan en absoluto para tomar esta decisión. No especifican si la familia desconoce los hechos o es que no la rechazan en estas circunstancias.

En todos los casos, los embarazos no han sido deseados o no han surtido el efecto para lo que se gestó: sujeción de la pareja.

En cuanto a los datos del embarazo y parto, destacamos que previo a aquél, 14 mujeres no había utilizado planificación familiar. Esto entendemos significa falta de responsabilidad hacia la posibilidad de ser madre.

De las 7 que utilizaban métodos anticonceptivos, el rechazo hacia el embarazo fue aún mayor.

Respecto al estado anímico en el proceso de la gestación, tenemos 10 que dicen haberse encontrado regular (período de inquietud, temores, intranquilidad, ...) y 5 dicen haberse encontrado bien.

En cuanto a las revisiones durante el embarazo, existen 17 que han acudido a alguna cita médica, aunque ninguna antes de los seis meses, frente a 4 que no lo han controlado en ningún momento.

Referente al proceso de gestación, el desarrollo fue normal en 17 de los casos, distócico en 7 y regular en 4.

El desarrollo de 1 parto, 11 lo recuerdan muy mal (con grandes dolores, temor e incidencias de comentarios) y 10 dicen haber estado bien, porque la durmieron durante el mismo.

En relación al estado emocional posterior al parto, 8 estaban bien, deseando salir del Hospital, otras 8 se encontraban regular, con estado depresivo y "sin ganas de nada", aun-

que sí de salir pronto del Hospital y 5 con malos recuerdos de todo el proceso y con grandes sentimientos de culpa.

INTERVENCIÓN

A dos niveles:

- Con el personal hospitalario: protocolo de adopción.
- Con la gestante: tratamiento psico-social post-adopción.

PROTOCOLO DE ADOPCIÓN

Objetivos:

Marcar normas de actuación para la atención de gestantes que decidan donar el hijo en adopción, creando el ambiente propicio para que la decisión se lleve a efecto.

Actuación:

- Durante la estancia de la gestante en cualquiera de los Servicios del Hospital, todo el personal sanitario y no sanitario que tenga relación con ella deberá guardar la debida confidencialidad prescrita en cualquier paciente, debiéndose hacer con más escrupulosidad en estos casos, dada sus características.

- Para evitar que el recién nacido sea visto por la madre biológica, se retirará inmediatamente de paritorio, prestándole la debida asistencia en otro lugar. No se realizarán otros comentarios al respecto del recién nacido, excepto si la madre lo solicitara.

El recién nacido ingresará en el Hospital Infantil con los apellidos que a nivel identificativo autorice la Delegación Provincial de Trabajo y Asuntos Sociales y que remitirá la Unidad de Trabajo Social al despacho del Pediatra de Guardia de Paritorio.

En ningún caso figurará en la historia clínica del niño la identificación de la madre, ni se dará a conocer dato alguno que permita su identificación.

- La parturienta pasará a camas de obstetricia en habitaciones con madres sin hijos y, a ser posible, estará sola en la habitación si así lo deseara.

- En el certificado de asistencia al parto no se hará constar el nombre de la madre, indicando en su lugar "sin identificar a petición de la propia interesada", según el punto 15 de dicho certificado que hace referencia al art. 167 del reglamento del Registro Civil. Este certificado se remitirá a la Unidad de Trabajo Social.

- Finalmente, el recién nacido será recogido en el Hospital infantil por el personal designado por la Delegación Provincial de Trabajo y Asuntos Sociales. Se acompañará certificado de asistencia al parto, informe del alta médica del niño, resultados de las pruebas de errores innatos del metabolismo, etc. y las que queden pendientes de resultados se remitirán posteriormente.

TRATAMIENTO PSICO-SOCIAL POST-ADOPCIÓN

Entendemos que la conflictiva que se desarrolla en la mujer para llegar a una decisión madura y generosa como ésta, debe ser de alguna manera, superada y que esta madre tratándose la posible culpa, pueda acceder en su momento a ejercitar una maternidad planificada y responsable.

Por esto nuestra intervención está basada en el fomento de la autoestima, la defensa de sus derechos y hacerle más fácil este episodio de su vida.

Igualmente se trabaja la posible culpa que engendra el dejar el niño en adopción, por la pérdida que se produce y por el sentimiento de abandono de su hijo.

Por último no puede faltar la orientación en Planificación Familiar, ya que motivar para que se tomen medidas preventivas, no solo evita que se repita este episodio (la adopción), sino que es fundamental para no tener embarazos no deseados.

En los casos que observamos precisen una atención especializada se deriva a consulta de psicología.

Padres adoptivos: necesidades de apoyo en torno a la adopción

Jesús Palacios González, Yolanda Sánchez Sandoval
Universidad de Sevilla

Durante muchos años, los responsables de los departamentos de servicios sociales en las diferentes administraciones del Estado han estado obsesionados con la provisión de servicios para la infancia, en gran parte como consecuencia de una creciente demanda, pero en parte también para tratar de rellenar los enormes agujeros existentes en la escasa red de servicios sociales de que se disponía en la España preconstitucional. Los cambios habidos en las normas legales, en la dotación de recursos y el establecimiento de redes, en la sensibilización de las administraciones y de la opinión pública, etc., han sido extraordinarios, por más que aún queden vacíos que cubrir y realidades que mejorar.

Una vez que estos recursos iban estando disponibles, nuevas preocupaciones fueron haciendo su aparición, más vinculadas a la investigación, la prevención, la promoción, etc., en todos los temas relacionados con la infancia, y en particular en aquellos relacionados con lo que genéricamente se puede denominar infancia en riesgo social.

Tomemos en caso del tema que nos ocupa en este simposio, que es el de la adopción. Además de importantes cambios normativos, en años recientes hemos conocido la proliferación de equipos de adopción, campañas para sensibilizar a la opinión pública en torno a las adopciones especiales, un interés cada vez mayor por las adopciones internacionales, etc. Pero una vez instituidos y organizados los servicios y campañas correspondientes, algunas administraciones empiezan a interesarse por otros temas. Es en este contexto en el que se nos hace desde la Dirección General de Atención al Niño de la Junta de Andalucía la petición de acercarnos a la realidad actual de los 600 niños que han sido adoptados en Andalucía a partir de 1987, momento en el que cambia la legislación en materia de adopción y en que la administración autonómica adquiere un mayor protagonismo en el tema. La investigación se ha llevado a cabo en el marco de un convenio entre la Junta de Andalucía y la Universidad de Sevilla y gracias a ella hemos podido acercarnos a la realidad de una muestra final de 400 familias adoptivas, así como de los correspondientes niños adoptados.

En general, puede decirse que como conclusión básica de la investigación se concluye que las familias adoptivas suelen funcionar como familias bastante típicas y que los niños y las niñas adoptivos son niños y niñas bastante típicos también. Que las familias funcionen bien y los adoptados se desarrollen muy normalmente dice sin duda mucho a favor de los equipos de adopción, que han hecho una correcta selección de las familias en la inmensa mayoría de los casos.

La investigación ha servido también para poner de manifiesto la existencia de un apoyo claramente insuficiente en todo aquello que va más allá del proceso de selección de la familia y de "emparejamiento" familia adoptante-niño adoptado. Nos parece que los datos concretos constituyen una clara llamada de atención a las administraciones educativas en el sentido de que las familias necesitan más información, más apoyo, más recursos. No creemos, naturalmente, que se trate de sobreproteger a los padres, por la misma razón que no creemos aconsejable sobreproteger a los niños. Pero sí nos parece que hay una laguna

importante en los apoyos que los padres adoptivos reciben por parte de los equipos, así como en relación con muchos de los trámites relacionados con el proceso de adopción. Sin duda alguna los equipos y la Administración son conscientes de este problema, que se da como consecuencia no de negligencia o malevolencia (de hecho, más de las tres cuartas partes de los padres adoptivos se sienten satisfechos o muy satisfechos de su relación con los equipos de adopción), sino como indicación de que ese es probablemente el siguiente reto que se plantea en un proceso de progresiva implantación de recursos y servicios.

Como ejemplos de los problemas que quedan aún por resolver y que plantean a los padres dificultades, vamos a referirnos a tres: los trámites relacionados con la adopción, la información que los padres reciben cuando les es entregado el niño, y todo lo relacionado con el asesoramiento en torno a la revelación.

Por lo que a los trámites relacionados con la adopción se refiere, algunos datos son representativos de la realidad a que nos referimos: mientras que el 50% de los padres tardan en torno a un año en ser recibidos por los equipos desde que plantean su solicitud de adopción, un 30% hubo de esperar entre uno y dos años, y un 20% adicional tuvo que esperar más de dos años para la primera entrevista. Desde la primera entrevista hasta la llegada del niño, la mitad de las familias tuvieron al niño en menos de un año, pero debe destacarse que un 29% tuvo que esperar más de cuatro años desde que iniciaron el proceso hasta que tuvieron al niño. Una vez llegado el niño o la niña, los trámites judiciales posteriores llevaron menos de dos años para el 38% de las familias, mientras que un 20% tuvo que esperar más de cuatro años. El tiempo de espera en cada uno de estos pasos es vivido por las familias con muchas preocupaciones y temores, y si bien es cierto que los equipos pueden hacer poco para aligerar algunos de esos trámites, no cabe duda de que otros trámites están más en su ámbito de actuación y de que, además, si son conscientes de lo penosa que la espera es para los padres, pueden hacer algo por aliviarla.

La información de que los padres disponen antes de que el niño pase a formar parte de la familia, en relación con las características del niño y con su historia previa, es en conjunto muy insuficiente. Así, por ejemplo, sin tener en cuenta a los niños que llegaron recién nacidos, el 89% de los padres tuvieron escasa o nula información sobre las características psicológicas de los niños. Casi un 20% de los padres desconocen si su hijo estuvo en alguna institución antes de ser adoptado. De los que saben que su hijo estuvo en alguna institución, un 30% ignora el tiempo que el niño pasó en la institución. Cuando el niño es entregado a su nueva familia, sólo en la mitad de los casos se entrega a los nuevos padres alguna documentación médica o psicológica. Por todo ello, es poco sorprendente que los padres valoren como insuficiente la información recibida sobre los antecedentes físicos y de salud (46%), características psicológicas y de comportamiento (72%) y circunstancias sociales del niño (64%).

Finalmente, está todo lo relacionado con la revelación. Según lo que los padres nos contaron, sólo un 37% de las familias recibieron algún consejo o asesoramiento sobre el tema por parte de los equipos de adopción. De hecho, son muchos los padres que no saben cuándo y cómo llevar a cabo la revelación, manteniendo muchos además algunas ideas probablemente erróneas o equivocadas al respecto. Así, algunos padres creen que hay que esperar a que el niño tenga en torno a 10 años para hacer la revelación, otros esperan a que sea el hijo el que tome la iniciativa y les haga alguna pregunta, mientras otros creen que con una vez que se hable con el niño de estos temas es suficiente. Con este tipo de ideas y de incertidumbres, no es sorprendente que aproximadamente la mitad de los padres adoptivos no han abordado todavía con sus hijos el tema de la revelación. De los que lo han hecho, algunos han pasado por el asunto como de puntillas y probablemente tratarán de

que no vuelva a surgir. No debe ignorarse que a la mitad de las familias entrevistadas les resulta difícil abordar el tema con sus hijos.

Los tres ejemplos que aquí hemos utilizado ilustran algunas de las necesidades de apoyo que tienen las familias adoptivas. Puede discutirse si el apoyo debe darse antes o después de la llegada del niño; puede discutirse si hacerlo individualmente o en grupos; puede ponerse en cuestión si el apoyo debe ser sólo en respuesta a la demanda o como práctica sistemáticamente utilizada con los padres adoptivos. Pero lo que nos parece incuestionable es la necesidad misma del apoyo. Naturalmente, la naturaleza y la forma de realización del apoyo variará según cual sea el momento que se considere dentro del proceso de adopción, así como según cuales sean las características de las familias y de los niños. Claramente, cuanto más sean los problemas del niño y cuanto menores sean los recursos de la familia (recursos psicológicos, de apoyo y red social, culturales, etc.), tanto mayores y más significativos deberían ser los apoyos puestos a su disposición.

Parece en todo caso que las administraciones públicas, que han mostrado ya en toda España su preocupación en relación con la consecución de adopciones, ponga ahora un fuerte empeño en todo lo relativo al apoyo a los implicados, padres y, si procede, hijos. Sin duda alguna ello favorecerá el desarrollo de los niños y favorecerá su integración en la familia. Pero favorecerá también a los padres adoptivos, que realizan una labor cuyo mérito debe ser socialmente reconocido y destacado.

MATERNIDAD ADOLESCENTE Y EMBARAZOS DE RIESGO

Embarazo adolescente en Andalucía. Consecuencias, causas y modelos de prevención

José Manuel Aranda Regules, Francisco Castaño, Milagros Tirado
Centro de Salud San Andrés Torcal, Málaga

Todos, sanitarios, educadores, padres y la sociedad en general comparten la trascendencia de este problema de salud pública, no solo por los riesgos médico-obstétricos durante la gestación y el parto, sino por las consecuencias de orden psicosocial que tiene un embarazo no buscado para la madre adolescente y el niño.

El objetivo de esta comunicación es presentar los resultados de dos proyectos de investigación realizados por nuestro equipo en Andalucía, y someter a debate un modelo de prevención del embarazo en la adolescencia, que lleva dos años funcionando en el Centro de Salud, orientado por las conclusiones de los citados estudios y la experiencia nacional e internacional sobre el tema.

RIESGOS MÉDICO-OBSTÉTRICOS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN ANDALUCÍA

El primer estudio que comentamos se realizó con una muestra aleatoria y representativa a nivel provincial de 1852 partos ocurridos en los 24 hospitales públicos de Andalucía en el período 1987-88.

Como variables dependientes fueron estudiadas el peso al nacer, la edad gestacional, la hipoxia del recién nacido medida a través del test de Apgar, el parto patológico las estancias maternas y neonatales prolongadas y el embarazo no deseado. Las variables independientes incluían características de la mujer gestante, antecedentes médico-obstétricos, patología aparecida durante el embarazo, hábitos y conductas, características de la atención prenatal y variables socioeconómicas considerando entre estas el apoyo social.

La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario extrayendo la información de las historias clínicas de la madre y del niño y con una visita domiciliar posterior.

Se sometieron los datos a un análisis estadístico univariado (Chi cuadrado) y multivariante (regresión logística) de manera que en este último el peso de cada factor es independiente de los restantes.

El número de embarazos en adolescentes fue el 9% del total de la muestra sin que se encontraran diferencias significativas interprovinciales.

Mientras que en los análisis univariantes la edad inferior a 19 años presentó asociación estadística significativa con todos los problemas analizados, el control de las otras variables que suponen los modelos logísticos hizo desaparecer el riesgo que la adolescencia tiene como factor independiente en el peso al nacer, el parto patológico, la hipoxia y las estan-

cias neonatales, manteniéndose débilmente en la prematuridad (OR 1.29). Las estancias maternas resultaron prolongadas en este grupo de edad (OR 1.75). Estos hallazgos nos muestran, en coincidencia con otras investigaciones que la edad por sí sola, considerando a las menores de 19 años, no supone un factor de riesgo apreciable (causas biológicas) y sí lo es por los fenómenos de orden psicosocial que conforman el complejo del embarazo adolescente como problema de salud pública.

Comentario aparte requiere la variable embarazo no deseado.

Este problema fue medido en 3 momentos de la gestación y a través de las actitudes de la mujer respecto a la planificación de la descendencia (embarazo no buscado) y la reacción que desencadenó al inicio de la gestación (embarazo rechazado) y a su terminación (embarazo rechazado al final de la gestación).

El 77,1% de las gestaciones en las adolescentes fueron no planificadas, cifra similar a las del grupo de mayores de 35 años y con diferencias claramente significativas respecto al grupo de 20 a 35 años. La reacción inicial no fue positiva en el 69,2% siendo las diferencias significativas con el resto de los grupos de edad. Pero este rechazo se mantuvo solo en el 14,2% al final del embarazo con cifras similares en el grupo de 20 a 35 años a diferencia de las mayores de 35 que mantuvieron el rechazo en un 21,5%. La estimación del riesgo relativo en los modelos multivariantes para la adolescencia fue de 2,2 independientemente de otras variables. El 73,9% de las adolescentes embarazadas no usaban ningún método anticonceptivo en el momento de la concepción, consecuentemente la causa del embarazo en el grupo restante puede atribuirse a un mal uso de los mismos. Las diferencias fueron significativas con el resto de los grupos etarios.

De estas cifras podemos concluir que la mayor parte de los embarazos en la adolescencia son deseados finalmente, que el grado de aceptación durante el embarazo es superior a otros grupos de edad y que la causa fundamental de estos es el no uso de métodos anticonceptivos. ¿Podríamos identificar a la luz de estos resultados el embarazo adolescente con un embarazo no deseado? ¿El hecho de que sean la mayor parte deseados quita relevancia a la consideración de grave problema de salud pública a este fenómeno? ¿Si no quieren quedar embarazadas por que no usan algún método anticonceptivo?

Buscar respuestas a estas preguntas justificaron la realización de la siguiente investigación.

DETERMINANTES COGNITIVOS PARA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA ADOLESCENCIA

Esta investigación se llevó a cabo durante 1991 usando la técnica de grupo focal con 5 grupos de 10 adolescentes cada uno (39 mujeres y 11 hombres). El grupo focal es una técnica no directiva, no estructurada de entrevistas abiertas donde un grupo homogéneo discute un tema en particular. El director de la técnica tiene el papel de mantener el nivel de interés de la discusión introduciendo nuevos items y animando a la participación. La reunión ha de ser grabada para su análisis posterior usando un modelo de análisis categórico. El modelo que nuestro equipo usó fue el de la Teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen.

Las conclusiones del análisis, de una forma resumida, fueron las siguientes:

1.- Son los adultos y no los adolescentes los que perciben el embarazo como un grave problema. Para estos últimos el verdadero problema es la reacción de rechazo de los adultos aunque este temor se ve mitigado por el convencimiento de que los padres (los adultos cuya opinión mas valoran) acabarán aceptando la situación.

2.- Los adolescentes hacen claras diferencias entre las conductas sexuales (espontáneas, mágicas, apasionadas, románticas, inesperadas) y las contraceptivas. Estas últimas están dentro de la esfera racional y se perciben como complejas. Para ellos es muy difícil simular estos dos diferentes patrones de conductas.

3.- Los principales obstáculos para cambiar las conductas contraceptivas de los adolescentes son los sentimientos de culpa y vergüenza hacia su propia sexualidad, no se reconocen, dentro de la esfera racional, como seres sexualmente activos. Esperan que los adultos hagan automáticamente juicios morales de su comportamiento, desconfían de ellos. El grupo es el arma más importante que tienen para luchar contra la culpa.

4.- La información y la educación proveniente de figuras de autoridad parecen tener efectos muy limitados por las características psicológicas de los adolescentes y por el tipo habitual de relaciones que mantienen con sus padres y educadores. La modificación de actitudes a través de estos mecanismos es poco probable ya que el balance entre el coste de adquisición y uso de anticonceptivos y los beneficios esperados es claramente desfavorable. No debe esperarse que los adolescentes se comporten como adultos en las relaciones sexuales.

5.- Los sentimientos de culpa proyectados hacia los adultos y las barreras reales para el uso de servicios de planificación familiar de la Seguridad Social, hacen que los adolescentes tengan ideas claramente definidas sobre éstos, a pesar de que reconozcan que nunca los usaron (te desnudan, se ríen de ti, exploran tu cuerpo).

6.- Nuestros resultados sugieren que existen dos vías fundamentales de acción para enfrentar el problema. La primera parte de reconocer que la intención de uso de métodos anticonceptivos depende, en los adolescentes, más de la norma subjetiva (lo que pienso yo que piensan otros que me importan, de lo que hago), que de las actitudes. De esta forma la creación de espacios abiertos para la comunicación horizontal entre iguales es un mecanismo de importancia, siempre y cuando exista un flujo de información fidedigna que facilite la generación de sus propias conclusiones. El papel de los monitores sexuales juveniles puede ser crucial.

La segunda es la necesidad de crear centros de orientación sexual específicos para jóvenes, donde sin trabas burocráticas ni psicológicas se les informe de lo que deseen saber y se les ofrezca gratuitamente métodos anticonceptivos.

En cualquier caso el embarazo en este grupo de edad es un reflejo de la tolerancia que nuestra sociedad tiene hacia la sexualidad adolescente. Sin modificaciones profundas en los patrones culturales de los adultos no será posible enfrentar la raíz del problema.

EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE SAN ANDRÉS TORCAL

Basados en las conclusiones de los estudios comentados y en las experiencias existentes, se configuró una estrategia doble:

1.- Por una parte de influencia en los distintos actores sociales del barrio implicados en el problema (los propios adolescentes, sus familias, los profesores de los grupos escolares y los profesionales sanitarios). El objetivo de esta línea de trabajo era poder crear espacios abiertos no normativos entre los adolescentes, donde exista una discusión abierta del tema partiendo de información veraz y puedan ser identificados modelos juveniles de comportamientos sexuales y anticonceptivos. Esta estrategia lleva implícito el aumento de aceptación y tolerancia del barrio de la sexualidad adolescente.

2.- La segunda estrategia tenía como propósito aumentar la accesibilidad (económica, física, temporal y cultural) de los adolescentes del barrio a los métodos y el consejo contraceptivo.

Esta estrategia significaba una modificación de actitudes de los profesionales del Centro, base para el inicio de la anticoncepción de urgencias y la apertura de consultas específicas de orientación para adolescentes.

Las características de estas consultas han sido bien descritas en la bibliografía y los distintos programas iniciados en Andalucía (confidencialidad absoluta, horario adecuado, no necesidad de citas previas ni de documentos, posibilidad de acudir en grupos, desmedicalización, personal entrenado y reparto gratuito de métodos anticonceptivos).

Los propósitos enunciados se transformaron en el siguiente conjunto de actividades:

- Subprograma de educación sexual en la escuela.
- Apertura de una consulta específica para adolescentes con horario de tarde dos días a la semana (Tarde Joven).
- Oferta generalizada de anticoncepción de urgencia en todas las consultas del Centro de Salud.
- Taller de formación de monitores sexuales juveniles.
- Programa de formación para sanitarios en sexualidad y anticoncepción adolescente.

RESULTADOS

La intervención educativa en las escuelas se ha desarrollado durante 3 años consecutivos y ha estado basada en las premisas de implicación del claustro docente y del Consejo Escolar, el partir de las necesidades de información de los niños a través de una encuesta previa y las técnicas docentes participativas.

Con el objetivo de la continuidad (evitar intervenciones puntuales), desde el Centro de Salud se ha intentado transferir progresivamente la responsabilidad de la intervención a los educadores. Así en el curso 92/93 las actividades educativas fueron desarrolladas por los sanitarios, en el 93/94 conjuntamente y en el 94/95, tras un taller conjunto con los maestros, exclusivamente por éstos. El problema de la falta de implicación de los profesores en este último curso intentó suplirse con un "paquete mínimo" de actividades que desarrollaría el Centro de Salud en caso de no participación de los maestros.

La respuesta de éstos ha sido claramente diferente a lo largo de estos 3 años, de aceptación y participación pasiva los dos primeros años (en las 4 escuelas) a participación activa generalizada (en dos), participación activa desigual con necesidad del "paquete mínimo" en algunos cursos (en uno) y rechazo completo (en uno). La respuesta de los alumnos en todos los casos fue excelente y no hubo en ningún caso quejas por parte de los padres.

La Tarde Joven se inició simultáneamente con el taller de monitores y la oferta de anticoncepción de urgencias hace un año (junio 95). Se han atendido cerca de 200 consultas y 15 grupos en demanda de información. De las consultas la mitad eran primeras visitas, se han abierto 52 historias por anticoncepción oral y postcoital, la mayor parte de las consultas eran en parejas (amigos/as, novios/as) o pequeños grupos. El perfil del usuario ha cambiado a lo largo de este año. Inicialmente eran muy jóvenes, más en grupos grandes en demanda de información y en clara relación con nuestra aparición en las escuelas. Posteriormente la edad aumentó y la demanda explícita era de métodos anticonceptivos especialmente la píldora para parejas con cierto grado de estabilidad (novios). La contracepción postcoital ha sido muy demandada así como los test de embarazo. No ha habido propaganda en el barrio

de la apertura del servicio.

El taller de monitores se realizó con un grupo de chicas del barrio que manifestaron su interés por el tema. Después de discutir un programa se realizaron 8 sesiones de formación. La asistencia fue muy desigual y el propósito de convertirlas en personas capaces de trabajar con nosotros en las consultas y repartir preservativos no se ha conseguido. Sin embargo han sido una de las fuentes de clientes de nuestra consulta.

Maternidad adolescente: un problema de falta de recursos

María Victoria Hidalgo García, M^a Carmen Moreno Rodríguez
Universidad de Sevilla

Convertirse en padres es una experiencia normativa para la mayoría de los miembros de nuestra especie. No obstante, aunque se trata de un hecho biológicamente uniforme, existen importantes diferencias en los procesos psicológicos y sociales que acompañan a la paternidad, en función de las características personales de cada mujer y hombre que se convierten en madre y padre. Así, entre las características propias de los sujetos que pueden establecer diferencias en la forma de afrontar la paternidad, la **edad** a la que mujer y hombre se convierten en padres ha sido uno de los factores por el que más se han interesado los investigadores de esta temática, dando lugar a un amplio e interesante conjunto de estudios y datos.

En estos estudios, se observa un acuerdo unánime en señalar que el ejercicio de la maternidad y la paternidad pueden ser muy distintos en función del momento del ciclo vital en que tales acontecimientos tengan lugar (Coltrane, 1990; Cowan y Cowan, 1992; Daniels y Weingarten, 1988; Issod, 1987; Teachman y Polonko, 1985). En general, los resultados existentes apuntan que es más beneficioso acceder a la paternidad más tarde que demasiado pronto, dejando al descubierto importantes problemas asociados al hecho de convertirse en padres durante la adolescencia. Así, aunque no se han encontrado diferencias concluyentes entre madres adolescentes y adultas en índices tan significativos de un mal desempeño de la maternidad, como es el caso del maltrato infantil (Palacios, 1990), son bastantes los estudios que describen distintos efectos negativos para los niños de madres adolescentes; efectos que se derivarían de un ejercicio poco competente por parte de los padres. Las razones de este hecho son, como es normal, de índole diversa. Por un lado, tal y como es apuntado desde la psicología evolutiva, convertirse en padres durante la adolescencia obliga a que sujetos psicológicamente inmaduros se enfrenten y tengan que adoptar roles típicamente adultos. Por otro lado, conforme menos edad tienen los dos miembros de la pareja cuando se convierten en padres, hay mayor probabilidad de que el embarazo no sea deseado, que chico y chica se conozcan poco, que sus relaciones de pareja carezcan de toda estabilidad, etc. En definitiva, puede que no sea la edad *per se*, sino la interacción de la edad con otros factores asociados, lo que esté produciendo estos resultados (Palacios, 1990).

Los estudios que exploran específicamente a adolescentes que acceden a la paternidad aportan datos que apoyan estas ideas (Luster y Mittelstaedt, 1993; Osofsky, Osofsky y Diamond, 1988; Panzarine y Elster, 1986; Reis, 1987). En conjunto, muchos de estos estudios muestran que los problemas asociados al hecho de convertirse en padres durante la adolescencia proceden de distintas fuentes. En la mayoría de los casos y como apuntábamos más arriba, se trata de embarazos no deseados, con las complicaciones que tal hecho ocasiona; por otro lado, la transición a la paternidad a esta edad quebranta en gran medida la trayectoria de vida previa (con frecuencia acarrea el abandono de los estudios, matrimonios precipitados, etc.); en gran parte de los casos, además, son parejas poco estables, con poco tiempo de relación anterior, etc. Éstas y otras circunstancias hacen que la adaptación a la paternidad de los adolescentes sea especialmente complicada, mostrando características

específicas.

No obstante, a pesar de todas estas circunstancias, el acceso a la paternidad durante la adolescencia no siempre tiene los mismos resultados. Las características personales de los adolescentes (mayor o menor madurez emocional y cognitiva), el contexto social en que se hallen inmersos, el apoyo familiar y formal que reciban, etc., pueden convertirse en importantes predictores del resultado de esta experiencia (Baumrind, 1991; Colletta, Hadler y Gregg, 1981; Colletta y Gregg, 1981). Analizar las diferencias que conlleva convertirse en madre en la adultez o en la adolescencia, puede ayudarnos a comprender por qué algunas adolescentes tienen problemas para adaptarse a su nuevo rol de madres.

En el presente trabajo presentamos los resultados de dos estudios realizados en el Área de Psicología Evolutiva de la Universidad de Sevilla que pueden aportar datos de gran interés en este sentido.

DIFERENCIAS EN EL ACCESO A LA MATERNIDAD DE ADOLESCENTES Y MUJERES ADULTAS. UNA APROXIMACIÓN EMPÍRICA.

Los datos que vamos a ofrecer en este trabajo proceden de dos estudios longitudinales sobre el proceso de convertirse en madre, uno realizado con adolescentes y otro con mujeres adultas. En el estudio de las madres adolescentes, se estudiaron a 48 jóvenes menores de 17 años que iban a convertirse en madres. El otro estudio se realizó con 64 mujeres entre 20 y 35 años, que también iban a convertirse en madres. Ambas muestras fueron captadas en los mismos centros sanitarios de la red pública cuando las mujeres iban para seguir el control médico de su embarazo.

En ambos casos, se trata de estudios longitudinales que abarcaron el seguimiento de estas mujeres desde el principio del embarazo hasta que sus bebés cumplieron su primer año de vida. Durante este período se hicieron tres recogidas de datos: al principio del embarazo (entre el tercer y quinto mes de embarazo), al final del embarazo y en torno a los 10-12 meses de los bebés. En cada uno de estos tres momentos se entrevistaron a las madres y, en el último caso, se evaluó el nivel de desarrollo de los niños y la estructuración del ambiente educativo y familiar por parte de las madres. Los contenidos abordados mediante las distintas entrevistas fueron de distinta índole; los más importantes tenían que ver con: ideas evolutivo-educativas; rasgos de personalidad; red y apoyo social durante el embarazo y el primer año de vida de los bebés; características de la relación de pareja y apoyo percibido del cónyuge; características de la situación laboral o de estudios y modificaciones a raíz de la maternidad; expectativas sobre el desarrollo del embarazo, parto y primeros cuidados del bebé; hábitos, dudas y conocimientos sobre embarazo, parto y prácticas de crianza; fuentes de recursos con las que se había contado para afrontar la maternidad; satisfacción con la maternidad, etc.

Los resultados obtenidos en ambos estudios nos muestran el acceso a la maternidad como un proceso complejo que desencadena procesos de distinta índole tanto a nivel personal como social. La comparación de madres adolescentes y adultas arroja importantes diferencias entre los procesos vividos por unas y otras; estas diferencias pertenecen tanto al ámbito personal como contextual y, sobre todo, evidencian una importante falta de recursos apropiados en el caso de las madres adolescentes para afrontar adecuadamente la maternidad. Resumimos a continuación algunas de las diferencias más importantes encontradas a nivel personal y social.

Diferencias a nivel personal

Lo primero que llama la atención es que las adolescentes y mujeres adultas que conformaban ambas muestras, aunque pertenecían a los mismos contextos sociales (tenían su cobertura sanitaria en los mismos centros), presentaban importantes diferencias de estatus. Las chicas adolescentes que acudían a los centros sanitarios elegidos, pertenecían a familias con niveles socioeconómicos bastante bajos, por debajo de la media de la muestra de mujeres adultas.

En el plano más psicológico, también encontramos diferencias importantes entre las adolescentes y las mujeres adultas tanto a nivel emocional como cognitivo. Había ciertas diferencias en sus rasgos de personalidad y, sobre todo, había muchas diferencias en las ideas y conocimientos sobre los niños, su desarrollo y su educación entre ambos grupos. Las adolescentes afrontan la maternidad con un cuerpo de conocimientos mucho menor y con unas ideas y valores sobre estos aspectos totalmente indefinidos. En conjunto, las adolescentes cuentan con muchos menos recursos personales para afrontar su maternidad que las mujeres de mayor edad.

Diferencias a nivel social

Si encontramos muchas diferencias a nivel personal, no son menos las existentes en el plano más interpersonal.

En primer lugar, las relaciones de pareja y el apoyo recibido del padre del bebé, eran totalmente distintos en uno y otro caso. Parece claro que las parejas adolescentes son las que poseen una relación más frágil, con poco apoyo emocional entre ambos miembros de la pareja. Este tipo de relación, con menos estabilidad, parece ser mucho más sensible a los posibles efectos de la paternidad, que se dejan sentir, por ejemplo, en la adopción de patrones más tradicionales en el reparto de roles dentro del hogar que en el caso de las parejas de mayor edad. Esta falta de apoyo de la pareja en el caso de las adolescentes es especialmente grave, si tenemos en cuenta que este tipo de recursos fue uno de los que tenía mayor peso a la hora de predecir una transición a la maternidad más o menos satisfactoria.

Por otro lado, también las relaciones sociales, con familiares y no familiares, fueron distintas para adolescentes y mujeres adultas. Mientras que las mujeres adultas valoraban mucho el apoyo del cónyuge y buscaban el apoyo de otros sujetos no familiares (amigos con niños pequeños, profesionales, etc.), las adolescentes contaban con el apoyo y ayuda de familiares como su principal fuente de apoyo para afrontar la maternidad. Apoyo y ayuda que, en la mayoría de los casos, se traducían en una dependencia -al menos económica- de las adolescentes respecto a sus familias para poder seguir adelante y afrontar el nacimiento y crianza de sus bebés.

ALGUNAS CONCLUSIONES FINALES

A la luz de los distintos datos encontrados, parece evidente que la edad con la que se accede a la paternidad es un factor importante que puede explicar algunas diferencias existentes en la forma de vivir y afrontar este proceso; situando a los adolescentes en una situación de riesgo. No obstante, no parece que sea la edad en sí misma, ni de forma independiente, la responsable de los posibles problemas. A nuestro juicio, es probablemente la inte-

racción de la edad con otras características asociadas, lo que realmente pone en situación de riesgo y predice determinados resultados de la maternidad y paternidad adolescentes. Así, no es la edad de la chica adolescente lo que puede predecir una adaptación difícil a la maternidad, sino la inmadurez característica de esta edad, la posibilidad de que sea un embarazo no deseado, los cambios drásticos que ese acontecimiento puede suponerle, la falta de un apoyo emocional adecuado para afrontar el proceso, etc. Si estas mismas circunstancias se dieran en una mujer quince años mayor (lo que es más improbable), los resultados del proceso puede que no fueran muy diferentes.

En esta línea, entendemos que es posible, además de conveniente, entender la maternidad adolescente, en gran parte, como un **problema de falta de recursos adecuados**. Recursos de distinto tipo, tanto personales como sociales (madurez emocional, ideas evolutivo-educativas adecuadas, apoyo emocional del cónyuge, apoyo social, etc.) que como hemos expuesto detalladamente en otro lugar (Hidalgo, 1994), se muestran como un factor clave que explica las diferencias entre los sujetos que llevan a cabo un ejercicio más y menos competente de su paternidad.

Parece claro que convertirse en padres durante la adolescencia hace de esta experiencia una situación de riesgo, que puede vivirse como un acontecimiento difícil y discontinuo; pero creemos que más que el momento del ciclo vital en el que este hecho tiene lugar, lo realmente determinante del resultado final de este proceso es la cantidad, y sobre todo la calidad, de recursos con los que cada adolescente cuenta para afrontar esta importante transición evolutiva.

Esta forma de entender el problema de la maternidad adolescente, nos permite además ser optimistas en cuanto a las vías de actuación. Si dejamos de lado la edad en sí misma, y somos capaces de explorar y averiguar qué factores concretos dificultan la adaptación a la paternidad por parte de los adolescentes; es decir, descubrimos qué necesitan los adolescentes para afrontar satisfactoriamente la paternidad, estaremos sentando las bases para poder diseñar y poner en marcha programas sociales de apoyo, que aporten a estos jóvenes todos aquellos recursos necesarios para que se conviertan en unos padres satisfechos y que sepan ejercer como padres competentes, creando contextos de desarrollo estimulantes para sus hijos y, en definitiva, optimizando lo más posible su desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAUMRIND, D. Effective parenting during the early adolescent transition. En: Cowan, P.A.; Eherington, E.M., editores. *Family transitions*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1991.
- COLLETA, N.D.; GREGG, C.H. Adolescent mothers' vulnerability to stress. *The Journal of Nervous and Disease* 1981, nº 169, p. 50-54.
- COLLETA, N.D.; HADLER, S.; GREGG, C.H. How adolescent cope with the problems of early motherhood. *Adolescence* 1981, nº 16, p. 499-512.
- COLTRANE, S. Birth timing and the division of labor in dual-earner families: exploratory findings and suggestions for future research. *Journal of Family Issues* 1990, nº 11, p. 157-181.
- COWAN, C.P.; COWAN, P.A. *When partners become parents. The big life change for couples*. Basic Books. Nueva York: Basic Books, 1992.
- DANIELS, P.; WEINGARTEN, K. The fatherhood chick. The timing of parenthood in men's lives. En: Bronstein, P.; Cowan, C.P., editores *Fatherhood today. Men's changing role in the family*. New York: Wiley: New York, 1988.

- HIDALGO, M.V. *El proceso de convertirse en padre y madre. Análisis ecológico desde la Psicología Evolutiva*. Universidad de Sevilla: Tesis Doctoral no publicada, 1984.
- ISSOD, J.L. A comparison of "on-time" and "delayed" parenthood. *American Mental Health Counselors Association Journal* 1987, nº 9, p. 92-97.
- LUSTER, T.; MITTELSTAEDT, M. Adolescent mothers. En: Luster, T.; Okagaki, L. editores. *Parenting. An ecological perspective*. Hillsdale: Erlbaum, 1993.
- OSOFSKY, J.D.; OSOFSKY, H.J.; DIAMOND, M.O. The transition to parenthood: special tasks and risk factors for adolescent parents. En: Michaels, G.H.; Goldberg, W.A., editores. *The transition to parenthood*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.
- PALACIOS, J. Adaptación y promoción en embarazos adolescentes. Datos desde la Psicología Evolutiva. *I Simposio de Salud Infantil*. 1990, Granada.
- PANZARINE, S.; ELSTER, A.B. Coping in a group of expectant adolescent fathers. En: Moos. R.H., editor. *Coping with life crises. An integrated approach*. New York: Plenum, 1986.
- REIS, J. Teenage pregnancy and parenthood in Illinois: estimated 1979-1983 costs. *Journal of Adolescent Health Care* 1987, nº 8, p. 177-187.
- TEACHMAN, J.D.; POLONKO, K.A. Timing of the transition to parenthood: a multidimensional birthinterval approach. *Journal of Marriage and the Family* 1985, nº 47, p. 867-880.

La prevención del embarazo en los adolescentes: ¿un objetivo abordable?

Francesc Domingo I Salvany

Centro de Asistencia Primaria Balaguer, Lérida

El embarazo de la adolescente (se incluyen las chicas con edad igual o inferior a 19 años) constituye un problema mayor de salud pública y es un claro ejemplo de como el problema individual de una joven se transforma en una situación biológica, psicológica, familiar y social de difícil solución que plantea dificultades presentes y futuras. A pesar de que la mortalidad por esta causa no es alta la morbilidad y los problemas que acarrea son enormes. En el origen de un embarazo siempre existe la figura masculina que no debe ser olvidada. Los hombre jóvenes deben aceptar también su responsabilidad en la prevención de los embarazos no deseados (Vilhelbeitia, 1988; Weinstein y Rose, 1994).

CAUSAS DEL INCREMENTO DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

1.- Elevado número de adolescentes en la sociedad.

2.- La progresiva disminución en la edad de aparición del brote puberal, tanto en los chicos como en las chicas. Muchos/as adolescentes son todavía psicológicamente inmaduros/as cuando inician la actividad sexual.

3.- Factores socioculturales. La mayor permisividad en las relaciones prematrimoniales, los cambios familiares y el impacto erotizador de los medios de comunicación permiten que las oportunidades para las relaciones coitales estén, de hecho, al alcance de la mayoría de jóvenes. A ello se añade la falta de centros de planificación familiar específica para adolescentes o el buscar voluntariamente el embarazo, como una salida a una situación familiar o personal difícil. En un artículo anterior ya apuntamos que determinadas conductas deben hacernos sospechar que el embarazo puede ser fruto de una relación incestuosa (embarazo del que no se aclara la paternidad, huida del domicilio familiar, intento de suicidio, ...) (Domingo, 1989).

4.- Conducta sexual del adolescente. El sentimiento de invulnerabilidad que tiene el/la adolescente, el desconocimiento de la anatomía y la fisiología, y por tanto de las posibilidades de reproducción en cada momento, y el rechazo a romper el ritmo durante una relación sexual inciden negativamente en la utilización de métodos anticonceptivos. Es preciso destacar el papel de la "pulsión sexual", que no parece ser tan apremiante en las chicas. Para ellas la satisfacción sexual puede tener un carácter accesorio, siendo más importantes la seguridad, el afecto y el amor. La situación, sin embargo, es distinta según el tipo de relación. En parejas espontáneas y fugaces es difícil predecir cual será la conducta sexual dado que dependerá de las peculiaridades individuales y de la situación que ha propiciado el encuentro. Mejor estudiada ha sido la progresión ascendente de la relación sexual de la pareja en "apareamiento mantenido" (Vilhelbeitia, 1988). La información a los/las adolescentes de estos datos puede serles de ayuda para prever las situaciones y encontrar alternativas.

NIVELES DE PREVENCIÓN

La prevención primaria

Va dirigida a dotar a todos los adolescentes de los medios para que asuman su sexualidad, se comporten de forma responsable y eviten los embarazos no deseados. El retraso en el inicio de la actividad sexual durante la adolescencia sería la solución ideal, dado que el proponer la abstinencia (el método más seguro para evitar el embarazo) tiene unas probabilidades de éxito limitadas en muchos ambientes juveniles, especialmente en aquellos donde hay adolescentes que presentan factores de riesgo: a) las chicas con desarrollo físico adelantado; b) las adolescentes de medios económicos deficitarios (cuarto mundo, inmigrantes); c) las que han vivido en ambientes familiares perturbados; d) aquellas cuyo comportamiento hacen prever un posible embarazo; e) jóvenes prostitutas; f) adolescentes inactivos/as o en paro y, g) adolescentes que ya han pasado por un embarazo, llevado o no a término.

- Un primer paso va dirigido a potenciar el papel de los profesionales para que conozcan mejor la realidad del problema en su ámbito de actuación y los recursos de que disponen para hacerle frente dado que es difícil que alguien pueda resolver un problema si tiene, de él, poca o nula información.

- Eliminar o reducir al máximo las circunstancias ambientales que permiten su aparición. No vamos a insistir aquí en los múltiples factores originarios apuntados anteriormente y que precisan ser corregidos. Para romper el aislamiento y ayudar a mejorar el nivel de salud individual y la formación personal del adolescente es útil el fomentar el establecimiento de relaciones interpersonales mediante la participación en grupos culturales, deportivos o de animación (principalmente si permiten trabajar con niños y conocer sus necesidades). Las "escuelas de padres" son un buen sistema de orientación para ayudar a los padres a mejorar la comunicación con sus hijos, ayudarles a comprender su sexualidad y a preparar su propia vida familiar.

Los profesionales de la información se encuentran en una situación privilegiada para hacer llegar a nuestros jóvenes una información que puede ser de gran ayuda en el ámbito de la prevención primaria. Es difícil ir contra corriente y dar mensajes de contención y austeridad. Pero es preciso aprovechar el poder de los medios de comunicación para mostrar valores distintos y positivos. Los profesionales en contacto con adolescentes debemos perder el miedo a entrar en el mundo audiovisual (prensa, radio, televisión) como parte activa. Si no lo hacemos quedaremos a merced de aquellos que sí lo hacen y que ahora criticamos.

- Aumentar la información y la formación de los adolescentes para conseguir unas actitudes más positivas. El órgano sexual por excelencia es el cerebro. La mejora del nivel educativo y cultural actúa como un factor frenador de actividades sexuales de riesgo de embarazo. La ampliación de la edad de escolarización obligatoria de los 14 a los 16 años abre un campo con las condiciones idóneas para abordar de forma efectiva la mejora del nivel de conocimientos y de actitudes positivas en la población adolescente: a) se reúnen de forma habitual en un lugar determinado; b) tienen un nivel educativo similar; c) son todavía modelables en el sentido de adoptar pautas de conducta que mejoren sus expectativas de salud; y d) no han empezado, en su mayoría, a tener hijos. Además de tratar los temas de salud sexual y planificación familiar es preciso hablar de qué es y qué exigencias comporta un hijo (Domingo, 1989). Los adolescentes deben saber que un embarazo precoz cerrará muchas puertas a su propio futuro y también al de su prole. Entre las consecuencias nega-

tivas que comporta se incluyen: atención prenatal tardía, prematuridad, bajo peso al nacer, estrés, nutrición y desarrollo deficientes y maltrato infantil (Randolph, 1986). Como instrumento de entrada en estos temas hemos utilizado con éxito una encuesta de elección que permite introducirse en diferentes ámbitos de la paternidad/maternidad responsable (Domingo, 1989). El acudir, los profesionales, de forma regular a los institutos y centros de juventud resulta mucho más operativo que no intentar que los adolescentes acudan a los centros sanitarios.

Los programas experimentados en prevención primaria del embarazo en la adolescencia incluyen tres componentes (Apte, 1987): a) implicación social; b) servicios de información y asesoramiento específicos para adolescentes adscritos a los institutos; y c) métodos interactivos de educación. En Estados Unidos se llevan a cabo proyectos de investigación preventiva mediante el uso de juegos de ordenador, un sistema que se ha mostrado efectivo en la mejora de conocimientos y actitudes (Paperny, 1989).

Anticoncepción en la adolescencia

En las recomendaciones sobre planificación familiar de la Organización Mundial de la Salud se aconseja, dentro de los seis puntos programáticos, tres aspectos que tienen que ver con el embarazo en adolescentes: a) primer embarazo entre los 20 y los 24 años; b) ningún embarazo no deseado; y c) niños nacidos con intervalos de unos tres años (más de dos y menos de cinco) (OMS, 1981). La anticoncepción, absolutamente importante en muchos casos, no es, sin embargo, la panacea para los embarazos no deseados de la adolescente. La solución es mucho más compleja y debe abarcar la triple vertiente biológica, psicológica y social. El anticonceptivo ideal no existe. Cada adolescente tiene su singularidad y debemos adaptarnos a ella. El hecho de dispensar anticonceptivos a menores de edad puede constituir un problema en determinados ambientes. Cualquier método anticonceptivo debe evaluarse según cuatro parámetros: a) la reversibilidad, que es indispensable a esta edad; b) la efectividad teórica y la efectividad real (que depende del uso que de él se haga); c) la tolerancia (según los efectos secundarios); y d) la aceptabilidad para los dos miembros de la pareja. Si nos dirigimos a adolescentes el éxito vendrá más a menudo de cómo, quién y cuándo se da la información que no del mismo método. Una breve orientación puede ser la siguiente (Mande, 1978; Trumper, 1987):

- Anticoncepción hormonal: indicada en adolescentes con buena motivación, a partir del tercer año ginecológico (años desde la menarquía), con ciclos regulares y capaces de cumplir las indicaciones sin error. Exige una amplia evaluación inicial y controles periódicos dada la inmadurez del eje hipotálamo-hipofisario (en adolescentes jóvenes) y los efectos colaterales. Las inyecciones trimestrales de progestágeno da todavía más problemas que en la mujer adulta. La contracepción postcoital con estrógenos es utilizada en casos de violación.

- Dispositivo intrauterino (DIU): no es un método recomendable ya que puede comprometer la futura fertilidad.

- Métodos mecánicos: el diafragma es eficaz en adolescentes motivadas pero exige una inversión inicial de tiempo para instrucción sobre su uso. El preservativo previene contra enfermedades venéreas y responsabiliza al varón en la regulación del embarazo. Su interferencia en el ritmo de la relación provoca reticencias en su utilización. Ahora se dispone del preservativo femenino. Mejoran su efectividad si se asocian a espermicidas. Son útiles cuando la actividad sexual es esporádica.

- Métodos naturales (temperatura, Billings, Ogino-Knaus): son útiles para facilitar a las adolescentes el conocimiento del propio cuerpo pero tienen una eficacia limitada dadas las restricciones que imponen. El coito interrumpido continua siendo tan popular como poco efectivo.

La prevención secundaria

Empieza a actuar una vez iniciado el embarazo e incluye: a) medidas de consejo, que permitirán a la adolescente tomar una decisión con respecto a la evolución de su embarazo y de su porvenir y b) medidas de ayuda, necesarias sea cual sea la solución adoptada. Es preciso valorar cada caso individualmente en su contexto biopsicosocial si queremos encontrar la mejor solución. Una adolescente embarazada (como la mayoría de adolescentes) ignora los pasos que debe seguir, se siente aislada y no siempre encuentra la atención y la disponibilidad necesaria en el personal médico y social.

La continuación del embarazo

En adolescentes embarazadas existe una morbilidad materna y perinatal aumentada. El motivo fundamental está en la demora a solicitar el primer control de su estado gravídico. Los servicios multidisciplinarios intensivos para adolescentes que deciden llevar a término su embarazo, que debe ser considerado como de riesgo, deben tener como objetivo (Mande y cols. 1978):

- Conseguir la máxima salud física y psicológica de la madre, especialmente del estado nutricional, para asegurar el embarazo.
- Prepararla para la maternidad (si ésta es su elección) o para dar el niño en adopción.
- Aportar ayuda psicológica y material para resolver los problemas inherentes al embarazo o ya preexistentes.
- Capacitarla para su crecimiento hacia la edad adulta facilitando la posibilidad de proseguir su escolaridad o su actividad profesional, y prever entonces quien se ocupará del niño. Las que más ayuda precisarán son las madres solas que no regresan con sus familias.
- Intervenir ante la familia de la adolescente y ante el joven padre para crear un equilibrio familiar favorable.

La interrupción voluntaria del embarazo

El aborto constituye, para la adolescente, un traumatismo psicológico grave. Las secuelas que dejará dependerán de cómo se tomó la decisión y de las personas que la acompañaron. Cuando la ley admite esta posibilidad existe un rápido aumento de las peticiones por parte de jóvenes. Debemos estar preparados para atender la demanda de abortos por parte de adolescentes, y saber abordar todos los aspectos biopsicosociales que intervienen, sabiendo que, dado el retraso en el reconocimiento de la situación, muchos casos se van a presentar en avanzado estado de gestación.

La prevención terciaria

Cuando ya ha llegado el pequeño es preciso asegurar su porvenir y el de sus jóvenes padres. Se deben considerar:

- Ayudar a los padres a decidirse a conservar el niño o a darlo en adopción. Si se quedan con el niño es indispensable una paciente tarea de orientación junto a ellos. La adopción precoz reclama que sea presentada con mucha antelación, de forma positiva y sin ejercer ninguna presión sobre la adolescente.

- Decidir con la joven madre cómo criar a su hijo.

- Asegurar el porvenir social y profesional de los padres.

- Prevenir un subsiguiente embarazo no deseado, ya que la repetición de sucesivas gestaciones empeora el pronóstico, biológico, social y emocional. Ya en la primera entrevista postparto debe planificarse el intervalo a un próximo embarazo dado el alto índice de recidivas precoces. Aquellas que continúan su educación son menos propensas a tener un nuevo embarazo no planeado. La edad de la madre adolescente en el primer nacimiento es un predictor del número subsiguiente de embarazos y del nivel de estudios final al que la madre accederá (Jones y Mondy, 1994).

Nuestros adolescentes, en **conclusión**, se encuentran en evidente riesgo de embarazo, que será, a su vez, de elevado riesgo tanto para la madre como para el niño. Es importante saber, sin embargo, que el embarazo en los adolescentes es prevenible. Nuestro papel como profesionales empieza por estar convencidos de ello y continua por enfrentarse a una realidad difícil que nos exige información, comprensión, trabajo en equipo y disponibilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APTE, D.V. A plan to prevent adolescent pregnancy and reduce infant mortality. *Public Health Reports* 1987, vol. 102, nº 1, p. 80-86.
- DOMINGO, F. El pediatra extrahospitalario ante los malos tratos a los niños: signos de sospecha y conducta a seguir. *MTA-Pediatría* 1989, vol. 10, nº 1, p. 33-43.
- DOMINGO, F. Prevención primaria de los malos tratos a los niños. *I Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. 1989, Barcelona.
- DOMINGO, F. El pediatra extrahospitalario ante la Planificación Familiar: utilidad de una encuesta para la educación de los adolescentes. *III Reunión Anual de la Sección de Pediatría Extrahospitalaria de la AEP*. 1989, agosto, 6-8, Valencia.
- JONES, M.E.; MONDY, L.W. Lessons for prevention and intervention in adolescence pregnancy: a five-year comparison of outcomes of two programs for school-aged pregnant adolescents. *Journal of Pediatric Health Care* 1994, vol. 8, nº 4, p. 152-159.
- KORMEBLIT, E. Embarazo y anticoncepción. Embarazo en la adolescencia. En: De Zeiguer, B. *Ginecología infantojuvenil*. Buenos Aires: Panamericana, 1987.
- MANDE, R.; MASSE, N.; MANCIAUS, M. *Pediatría social*. Barcelona: Labor, 1978.
- MACANARNEY, E.R.; HENDEE, W.R. The prevention of adolescent pregnancy (see comments). *JAMA* 1989, vol. 262, nº 1, p. 78-82.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Un avenir meilleur. La santé maternelle et infantile*. Genève: OMS, 1981.
- PAPERNY, D.M.; STARN, J.R. Adolescent pregnancy prevention by health education computer games: computer-assisted instruction of knowledge and attitudes. *Pediatrics* 1989, vol. 83, nº 5, p. 742-752.

- RANDOLPH, L.A.; GESCHE, M. Black adolescent pregnancy: prevention and management. *Journal of Community Health* 1986, vol. 11, nº 1, p. 10-18.
- SURÍS, J.C.; PARERA, N.; PUIG, C. Enquesta de salut als adolescents de la ciutat de Barcelona 1993. Implicacions per als pediatres. *Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria* 1995, vol. 55, p.1, p. 28-33.
- TRUMPER, E. Embarazo y anticoncepción. Anticoncepción en la adolescencia. En: De Zeiguer, B. *Ginecología infantojuvenil*. Buenos Aires: Panamericana, 1987
- VILLELABEITIA, J.A. Adolescencia y embarazo: un problema de actualidad. *Clínica Rural* 1988, nº 300, p. 11-16.
- VILLELABEITIA, J.A. Contraceptivos en la adolescencia. Anticonceptivos que pueden aconsejarse a las adolescentes. *Clínica Rural* 1988, nº 301, p. 10-15.
- VILLELABEITIA, J.A. Sexo y sexualidad del adolescente: su conducta y educación. *Clínica Rural* 1988, nº 302, p. 42-47.
- WINSTEIN, E.; ROSEN, E. Decreasing sex bias through education for parenthood or prevention of adolescence pregnancy: a developmental model with integrative strategies. *Adolescence* 1994, vol. 29, nº 115, p. 723-732.

Embarazo y recién nacidos en adolescentes

María Victoria Domínguez Corrales
Centro de Salud de Dos Hermanas, Sevilla

La adolescencia es un período de transición entre la infancia y la edad adulta, sin una cronología bien definida y que implica grandes cambios somáticos y psíquicos.

Se han establecido numerosas clasificaciones en un intento de precisar las características de la adolescencia, dividiéndose esta etapa en dos o tres períodos, si bien la mayoría de los autores lo hacen de la siguiente manera: adolescencia precoz (12 a 16 años) y adolescencia tardía (17-19 años).

El embarazo en adolescentes adquiere una gran importancia no sólo por el alto número detectado, pues frente a un marcado descenso de la natalidad en casi todos los países occidentales es cada vez más evidente el incremento de éstos, sino por lo que puede ser más importante, un doble motivo: uno, los problemas de diversa índole que pueden derivarse en su desarrollo (psíquicos, sociales, familiares, económicos, etc.) y otro, la repercusión física que puede provocar en un organismo que no ha adquirido su madurez.

La **frecuencia** es difícil de precisar, siendo muy variable según los distintos países, así frente al llamativo 9,6% de los Estados Unidos, sorprende el 1,4% de Holanda. Respecto a España, aunque las estadísticas son menos precisas, oscilan desde el 1,5% de Asturias al 6% de Aragón y Valencia, encontrándose la media en Andalucía en un 4,1%.

Los **factores** que favorecen el incremento de estos embarazos son múltiples:

Factores biológicos:

- Descenso de la edad de la menarquía lo que supone un adelanto de la edad fértil.
- Inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales.

Factores sociales:

- Mayor permisividad en relación con la sexualidad.
- Desaparición de tabúes sexuales.

Factores familiares:

- Familias con relaciones interpersonales pobres.
- Actitud imitativa respecto a sus madres.
- Falta de tutela materna por fallecimiento o divorcios.

Factores personales:

- Perfil característico: bajo rendimiento escolar, escasas aspiraciones profesionales, actitud de rebeldía frente a sus padres y/o normas sociales.
- Mecanismo para retener a su pareja y con ello tener mejores expectativas de realización social y personal.

Factores educativos:

- Desconocimiento del ciclo sexual.
- Escaso conocimiento de los métodos anticonceptivos y de los Centros de Planificación Familiar.

REPERCUSIONES DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Los efectos de este embarazo sobre un organismo que aún no ha adquirido su desarro-

llo total son variadas, tanto para la madre, como para el feto y futuro niño, por lo que el embarazo en la adolescente debe ser considerado como un embarazo de riesgo y como tal controlado y atendido en el momento del parto.

Respecto a la madre serían:

- **Físico:** mayor incidencia de patología durante el desarrollo del embarazo y del parto, tales como: anemia, hipertensión arterial, infecciones, toxemias, desproporciones, partos instrumentales e incremento de la mortalidad.

- **Psíquico:** mayor incidencia de trastornos psicológicos o descompensación de los existentes.

- **Sociales:** abandono de la escolarización, escasas expectativas laborales, riesgo de nuevos embarazos y alto índice de divorcios.

Respecto al niño los efectos nocivos serían:

- Mayor incidencia de pretérminos y bajos peso.

- Mayor incidencia de mortalidad en el período neonatal y primera infancia.

- Más incidencia de malos tratos.

- Alta incidencia de trastornos de comportamiento, escolarización y socialización.

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

Fruto de nuestra preocupación por este tema detectado en nuestro quehacer diario, como un grave problema en nuestra área de salud, decidimos realizar un estudio prospectivo en el período de noviembre de 1991 a noviembre de 1992, entre las pacientes ingresadas en nuestro hospital que parían cuya edad era inferior a los 19 años.

Del total de **4157** partos acaecidos durante este período, **268** resultaron ser de madres adolescentes, lo que supone una incidencia del **6,44%**. Porcentaje bastante elevado en relación con la media provincial, regional y nacional, como podemos ver en páginas anteriores, cercana a los países más desarrollados de Europa, si bien la situación socioeconómica es muy diferente como todos sabemos.

Analizaremos someramente algunos de los datos obtenidos en dicho estudio, valorando de forma descriptiva diversas variantes que nos interesan en este momento.

Edad

Encontramos una alta incidencia, el 34,7%, de partos en el período de adolescencia precoz en nuestra serie, destacando 2 casos de 13 años de edad.

Riesgo social

La cuantificación del riesgo social, se realizó efectuando una valoración global de la

situación familiar, considerando diversos parámetros tales como: situación económica, características de la vivienda, número de convivientes, trabajo estable familiar, problemas asociados de alcohol y/o drogas, familia desestructurada, enfermedades crónicas especialmente las invalidantes o psíquicas.

Del total de la serie un 50,7%, no presentaban ninguno de los factores de riesgo señalados. Es el riesgo económico el más frecuente. El 3% de nuestras jóvenes pertenecían a la etnia gitana.

Niveles de estudio

Un 64% de las adolescentes no tenían estudios o presentaban unos estudios básicos incompletos para su edad.

Ocupación

Estudian sólo el 14% y se definen con trabajo el 38%, pero el total de éstas desempeñaban un trabajo esporádico, eventual y no especializado.

Antecedentes familiares de embarazos adolescentes

En un 64% de nuestras madres existían antecedentes de tales embarazos, de los cuales un 60% se habían producido en la madre de la chica. La adolescente como dijimos más arriba tiene una actitud imitativa como queda demostrado en este dato.

Relaciones sexuales

168 adolescentes de la serie, el 62%, iniciaron las relaciones sexuales completas en la adolescencia precoz y un 15% de ellas tuvieron más de una pareja, destacando una joven con cuatro.

El uso de anticonceptivos como podemos deducir no está generalizado entre esta población, de manera que el 41% no lo habían usado nunca y el 34% en escasas ocasiones, siendo en éstas los métodos más rústicos y por lo tanto más inseguros los usados, tales como coito interruptus y preservativo masculino.

Estado civil

El 84% de ellas eran solteras en el momento de la concepción, lo que subraya la falta de planificación con la que se producen estos embarazos. Unido a este dato, es interesante destacar que en el 60% de los casos se produce el cambio de estado civil de la soltería al matrimonio, como una solución social necesaria, aún, a un embarazo extramatrimonial. Estos matrimonios son menos estables y es muy alto el riesgo de separaciones en un corto espacio de tiempo.

Dependencia económica

Casi todas nuestras adolescentes antes del embarazo dependen económicamente de sus padres y tras éste, algunas, el 20%, comienzan a depender de su pareja, pero la mayoría pasa a depender de sus suegros por la falta de recursos económicos de la pareja.

El embarazo fue deseado sólo en el 24% de las jóvenes, mayoritariamente como una forma teórica de retener a la pareja o darle una solución a su situación vital. Entre las parejas el rechazo era aún mayor alcanzando el 90%.

Ante el hecho incontrovertible del embarazo se produjo su aceptación inmediata en el 70% de los casos, aunque algunas jóvenes reconocieron que en algún momento pensaron la posibilidad de una interrupción voluntaria pero la desecharon inmediatamente y en ningún caso solicitaron información al respecto.

Control del embarazo

El control del embarazo, dado que se trata de un embarazo de alto riesgo es aconsejable desde su comienzo.

En el 10% de la serie no se llegó a realizar ningún control durante todo el embarazo, porcentaje que supone casi el doble, el (5-6)%, del total de embarazos entre madres no adolescentes en el mismo período en nuestro hospital.

También destacar que entre los que si fueron controlados, el 30% no inició estos controles hasta el segundo trimestre.

Coincidimos con otras series en estos hallazgos, que pueden poner en grave aprieto la salud de la adolescente; achacables al miedo familiar y al pudor social que dificulta la solicitud de consulta en su momento adecuado.

Patología del embarazo

Un 23% de patología entre nuestras madres, en contraposición con el 9% del total de madres de edad superior, señala la alta incidencia de patología durante el desarrollo del embarazo, que si bien dichos procesos no han supuesto mortalidad en nuestra serie, si han ocasionado ingresos numerosos, originados fundamentalmente por amenazas de abortos y partos prematuros, en el 31%, e hipertensión arterial, en el 29% de los casos.

Patología del parto

No hemos encontrado en contraposición con otros autores, mayor índice de patología en el parto; incluso el índice de cesáreas entre nuestras madres adolescentes fue ligeramente inferior a la media del hospital.

Actitud ante el recién nacido

Igual que en otras series la incidencia de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gr. es bastante superior entre las madres jóvenes, elevándose de manera muy significativa la pro-

porción de grandes pretérminos, menores de 1.500 gr.

Patología de los recién nacidos

Como se deduce de los datos anteriores, destacamos la alta incidencia de patología ocasionada por los recién nacidos pretérminos y bajo peso al nacer.

Mortalidad

Del total de los 268 recién nacidos de nuestra serie, se produjo el éxitus en 6, lo que supone un 22,3 por mil recién nacidos vivos, cifra muy superior a los éxitus sucedidos entre los recién nacidos de madres de mayor edad, el 4,8 por mil. De estos datos no podemos deducir conclusiones significativas por el escaso valor estadístico que tienen, pero sí son llamativos nuestros datos, que coinciden con el resto de autores que también señalan la alta mortalidad neonatal de estos niños.

Las causas de los éxitus fueron en tres casos gran prematuridad, en dos malformaciones y en uno asfixia fetoneonatal grave.

ABANDONO, NEGLIGENCIA: ESTADO DE LA CUESTIÓN

Introducción

Antonio González-Meneses González-Meneses, Manuel Sobrino Toro
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

*“¿Tu verdad? No, la Verdad,
 y ven conmigo a buscarla.
 La tuya, guárdatela.”*
 Antonio Machado

El abandono infantil ha sido considerado como un mal menor dentro de los malos tratos; la sociedad ha valorado más el maltrato físico, sin embargo el abandono es mucho más frecuente y en muchas ocasiones es difícil detectarlo, principalmente en las situaciones de abandono emocional y semiabandono.

Ha sido una muestra más de la sensibilidad de los organizadores de este IV Congreso Estatal de Infancia Maltratada, dedicar un Simposio al abandono infantil. Es imposible poner al día este importante problema en tan corto espacio de tiempo y sólo nos limitaremos a tratar algunos aspectos, para que las personas receptoras sientan la necesidad de profundizar en el tema.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El abandono infantil es tan antiguo como la historia de la humanidad, en todas las épocas se ha producido y se seguirá produciendo; sólo han ido variando las circunstancias.

Es importante analizar las causas que producen el abandono de un niño: No podemos considerar a la madre como la única responsable, la mayoría de las veces es la sociedad la que desencadena el hecho del abandono del niño.

Siempre han existido madres que por motivos sociales, económicos o psicológicos se han desprendido de sus hijos. La sociedad ha variado su forma de responder al abandono a lo largo de la historia. En épocas pasadas no se aceptaba la maternidad fuera del matrimonio; la madre soltera era rechazada por la comunidad. La solución para algunas mujeres consistía en desprenderse de sus hijos. Nacieron instituciones para atender a esos menores abandonados: hermandades religiosas, casas cunas o de expósitos, etc. Las existentes en la actualidad en España tienen su origen en el siglo XVI, adaptándose en cada momento a las circunstancias sociales. La modificación radical del tratamiento del desamparo infantil se ha producido en estas últimas décadas.

Las situaciones de abandono se presentan ahora dentro de las propias familias, ya que el abandono total se soluciona con la integración en una nueva unidad familiar.

DEFINICIÓN

El abandono está encuadrado dentro de los malos tratos pasivos, bien sea físico, abandono físico o emocional, abandono emocional.

Podemos utilizar las definiciones de abandono que recoge la *Guía de Atención al Maltrato Infantil en Andalucía* que ha publicado ADIMA:

Abandono físico: *“las necesidades físicas - alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, cuidados médicos, área educativa, - no son atendidas, temporal o permanentemente, por ningún miembro del grupo que convive con el niño”.*

Abandono emocional: *“la falta persistente de respuesta a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de una figura adulta”.*

Indicadores de abandono físico

El abandono físico en el niño se puede sospechar por indicadores propiamente físicos: el niño presenta suciedad, enfermedades o trastornos de salud no corregidos (defectos visuales, ortopédicos, auditivos, caries, lesiones, ...), sueño excesivo, hambre, vestido inapropiado, falta de higiene, absentismo escolar, se le hace trabajar en exceso, o incluso es abandonado.

Hay indicadores del comportamiento del niño como son: la participación en acciones delictivas (prostitución, vandalismo, drogas, ...), pedir o robar comida, asistir a la escuela raras veces, dormirse en clase, llegar muy temprano a la escuela e irse muy tarde, el propio niño manifiesta que no lo cuida nadie.

La conducta del cuidador es importante para determinar la sospecha del abandono físico: la vida en el hogar es caótica, hay abuso de drogas o alcohol, tiene evidentes muestras de apatía o nulidad, está mentalmente enfermo o posee un retraso intelectual, es enfermo crónico o fue objeto de negligencia en su infancia.

La existencia del abandono físico está determinada por la cronicidad.

Categorías del abandono físico

1.- El niño ha padecido lesiones o daños físicos como consecuencia de la actuación negligente de los padres o tutores, precisando actuación médica.

Como consecuencia de la negligencia parental, el niño padece retraso en su desarrollo (intelectual, físico y social) que precisa tratamiento especializado.

2.- Situaciones negligentes de los padres que produce rechazo hacia el niño (escuela, calle), pero sin precisar atención médica por lesiones.

3.- Se produce conducta negligente pero sin las consecuencias de los dos apartados anteriores.

Indicadores de abandono emocional

Es variable con la edad del niño, pero en líneas generales consiste en la falta de disponibilidad para el niño, el padre o la madre están más preocupados por ellos mismos y no

responden a la conducta del niño.

Para señalar la presencia del abandono emocional han de coincidir los dos requisitos siguientes:

1.- Los padres ignoran al niño de manera reiterada y continua.

2.- La presencia de la conducta característica, ya expuesta, de los padres se aprecia claramente.

Categorías del abandono emocional

1.- El niño no tiene acceso emocional a los padres.

2.- Existen períodos prolongados de inaccesibilidad con los padres ("barrera de silencio").

3.- Hay una evidente falta de atención al niño durante el tiempo que está con los padres.

FACTORES DE RIESGO

Dentro de las familias se dan situaciones que originan traumatismos psicológicos, que ya describió Freud en sus teorías psicoanalíticas. Ajuriaguerra define como "traumáticas" a:

1.- Las situaciones de tal naturaleza o intensidad que desbordan las capacidades adaptativas del "Yo" infantil; separación brutal y prolongada de la madre entre los 6 y 18 meses de edad.

2.- Las situaciones externas que entran en resonancia con los deseos y temores imaginativos actuales del niño, en función de su nivel de maduración; separación de los padres en período edípico que puede suscitar una intensa culpabilidad y confusión, regresión y a veces desorganización grave.

Las condiciones existenciales del niño o de su entorno que comportan un riesgo de enfermedad mental superior al promedio estadístico, se conoce como "factor de riesgo".

Estos factores pueden clasificarse según su origen en función de:

1.- Niño: prematuridad, sufrimiento neonatal, genelaridad, patología somática precoz, separaciones precoces, etc.

2.- Familia: separación de padres, disensiones crónicas, alcoholismo o drogadicción, enfermedad crónica de los padres, pareja incompleta, fallecimiento, etc.

3.- Sociedad: miseria socioeconómica, emigración, ...

Existen formas mixtas que combinan varios factores.

Desde el punto de vista epidemiológico e individual podemos distinguir:

1.- Acontecimientos concretos: hospitalización de padres, defunción, ...

2.- Situaciones crónicas y duraderas: insuficiencia socio-económica, ambiente familiar degradado o efectos prolongados (prematurnidad).

CONSECUENCIAS DEL ABANDONO

El carácter de este maltrato suele ser crónico; el niño no sólo precisa una relación afectiva, sino que necesita estabilidad, ya que la función afectiva con el adulto no es intercambiable.

No se puede hablar en líneas generales de los efectos que produce el abandono en el niño ya que existen múltiples variables que actúan en mayor o menor medida en su desarrollo integral; tenemos que considerar una serie de factores que condicionan las consecuencias de este maltrato, entre ellos depende de: la edad del niño, la duración, la situación, la cronicidad y la intensidad.

COMENTARIO

En las ponencias siguientes se analizan cuatro aspectos concretos, escogidos por la importancia de los temas y por la experiencia de los ponentes, en las que conoceremos en profundidad facetas relacionadas con el maltrato pasivo consistente en el abandono del niño.

Tratamiento de las familias negligentes

M^a Ignacia Arruabarrena Madariaga

Asociación de Orientación y Tratamiento Familiar ARGABE

Tanto las estadísticas nacionales como internacionales coinciden en reflejar que la negligencia, y específicamente la negligencia física, es la tipología de desprotección más frecuente, con porcentajes que superan el 50% de los casos.

Por otra parte, y aunque con limitaciones metodológicas, las investigaciones llevadas a cabo sobre los efectos de la negligencia en el desarrollo infantil muestran que los niños objeto de este tipo de situaciones presentan serios problemas en su desarrollo intelectual, físico, social y emocional.

Pero a pesar de la importancia del problema de la negligencia (tanto por su frecuencia como por sus consecuencias), se sabe muy poco acerca de cómo abordar de manera eficaz estos casos. Una revisión de la bibliografía internacional actual muestra: a) la dificultad para tratar a estas familias, que se refleja en los limitados resultados obtenidos en los programas de tratamiento, y b) la existencia de pocos (aunque progresivamente más frecuentes) estudios y publicaciones específicas sobre este tema.

DEFINICIÓN Y TIPOS DE NEGLIGENCIA

Dificultades para definir el concepto de "negligencia":

1.- Falta de consenso en relación a lo que constituye el "cuidado mínimo" que requiere un niño.

2.- Influencia de valores y criterios socioculturales.

3.- Relación entre negligencia física y pobreza.

4.- Inclusión de las nociones de responsabilidad/intencionalidad.

5.- Diferentes tipos de negligencia:

. Negligencia física: negativa o retraso en proporcionar cuidados médicos al niño, abandono, expulsión del niño del hogar, incapacidad para proporcionarle un domicilio estable, falta de higiene personal, falta de seguridad en la vivienda, condiciones higiénicas de la vivienda peligrosas para la salud del niño, etc.

. Supervisión inadecuada.

. Negligencia emocional: afecto/cuidados afectivos inadecuados (desatención de las necesidades infantiles de afecto, apoyo emocional, atención), exposición a situaciones crónicas extremas de violencia conyugal o doméstica, fomento o permisividad hacia la utilización por parte del niño de drogas o alcohol, permisividad hacia otras conductas desadaptativas, negativa o retraso en proporcionar atención psicológica al niño, etc.

. Negligencia educativa: tolerancia hacia un absentismo escolar crónico, no escolarización del menor o asignación de tareas incompatibles con la asistencia a la escuela, no atención a necesidades educativas especiales.

De acuerdo a estadísticas estadounidenses y europeas, la negligencia física constituye la tipología más frecuente, seguida por los casos de supervisión inadecuada.

Sin embargo, también hay que tener en cuenta que en un gran porcentaje de casos la

negligencia física se presenta asociada a negligencia en las áreas emocional, social y cognitiva.

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES RELEVANTES PARA EL PRONÓSTICO DEL TRATAMIENTO

- K. Killen (1990): dimensiones de la personalidad de los padres relevantes para el pronóstico:

- 1.- Inmadurez psicológica.
- 2.- Problemas emocionales (y su repercusión en el funcionamiento social de los padres).
- 3.- Capacidades parentales (percepción realista del niño, expectativas realistas acerca de las necesidades que el niño puede satisfacer, expectativas realistas en relación a los logros y a la capacidad del niño para hacer frente a los problemas, capacidad de empatía hacia el niño, capacidad para la implicación afectiva con el niño, priorización de las necesidades evolutivas del niño, capacidad para controlar las conductas agresivas hacia el niño).
- 4.- Psicosis.
- 5.- Retraso mental.
- 6.- Abuso de alcohol.
- 7.- Abuso de drogas.

- N.A. Polansky, C. De Saix y S.A. Sharlin (1972): tipología de madres negligentes:

- 1.- Apatía generalizada.
- 2.- Impulsividad.
- 3.- Retraso mental.
- 4.- Depresión reactiva.
- 5.- Psicosis.

- P. Crittenden (1988): características parentales relevantes para el pronóstico de rehabilitación:

- 1.- Habilidades (intelectuales, nivel cultural, situación laboral).
- 2.- Estructura familiar.
- 3.- Historia de infancia.
- 4.- Expectativas.
- 5.- Apoyo social.
- 6.- Estrategias de enfrentamiento a los problemas.

ALGUNAS CUESTIONES RELEVANTES EN LA INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS NEGLIGENTES

1.- Importancia de realizar previamente una evaluación comprensiva de la situación familiar, incluyendo a) el tipo de negligencia (p.ej., tipología específica, presencia de negligencia física y emocional, presencia de otras tipologías de desprotección); y b) los factores individuales, familiares y contextuales que han generado o contribuido a la aparición y mantenimiento del problema.

Diferenciar si la negligencia es un problema "crónico" o "de reciente aparición". Importante para determinar el pronóstico, la duración y los recursos de intervención.

2.- Conocer y tener en cuenta las creencias y valores culturales, criterios sobre la crianza infantil, expectativas respecto a los roles, etc., de los padres y la familia.

3.- Considerar el entorno que rodea a la familia como uno de los focos de la intervención.

4.- Abordar los déficits personales de los padres/madres negligentes: a) inmadurez psicológica, y b) problemas para establecer y mantener relaciones con otras personas.

5.- Mantener el equilibrio entre el apoyo hacia los padres/madres y el fomento de su autonomía.

6.- Ayudar a la familia a buscar y utilizar recursos formales e informales de apoyo en su entorno. Movilizar dichos recursos.

7.- Establecer objetivos claros, limitados, alcanzables y consensuados con los padres/madres. Establecer, siempre que sea posible, contratos/acuerdos escritos.

8.- Reforzar a los padres/madres por cualquier avance o esfuerzo que hagan para mejorar su situación y proporcionar un cuidado adecuado a sus hijos. Utilizar refuerzos tangibles.

9.- Necesidad de utilizar la autoridad administrativa/judicial cuando la familia niega el problema o no se implica en un proceso de cambio (tratamiento), lo que sucede frecuentemente en los casos de negligencia crónica. Necesidad de romper la homeostasis del sistema familiar.

10.- Reconocimiento del hecho de que hay familias no rehabilitables.

TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS

- Escasez de programas que proporcionan directamente servicios terapéuticos a los niños objeto de negligencia.

- Importancia de romper la transmisión intergeneracional de la negligencia.

- Recursos más utilizados:

- . Cuidado terapéutico de día, para niños de edades inferiores (estimulación cognitiva, fomento del aprendizaje, desarrollo de habilidades físicas, desarrollo de habilidades sociales).

- . Tratamiento de déficits sociales y cognitivos, para niños de edad escolar y adolescentes.

- . Separación del entorno familiar.

DATOS EMPÍRICOS SOBRE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO FAMILIAR EN LA NEGLIGENCIA FÍSICA

1.- Serias dificultades para el tratamiento del abandono físico, especialmente los casos más graves, de carácter crónico, o aquéllos en los que existen problemas de abuso de drogas o alcohol en los padres.

2.- Cifras elevadas de recidivas tras el tratamiento (que pueden ser cercanas al 70%).

3.- Modalidades de intervención que parecen tener mejores resultados:

- Intervenciones dirigidas al conjunto de la familia (no focalizadas exclusivamente en el padre/madre negligente).

- Intervenciones que combinan servicios de apoyo y terapéuticos:

- . Utilización de un amplio conjunto de servicios para hacer frente a las múltiples necesidades de estas familias (p.ej., ayudas económicas, vivienda, ayuda domiciliaria).

- . Combinación de modalidades de tratamiento individual, familiar y grupal.

- Intervenciones de orientación conductual, específicas y concretas, dirigidas a la enseñanza a los padres de habilidades de cuidado hacia el niño y habilidades sociales (combinando modalidades de tratamiento individual y grupal).
- Intervenciones que utilizan como una de las modalidades principales de tratamiento los grupos de auto-ayuda.
- Intervenciones que utilizan voluntarios como figuras de apoyo y complemento a los profesionales.
- Intervenciones a medio/largo plazo (con una duración mínima entre 12 y 18 meses) en casos crónicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRUBARRENA, M.I. (en prensa). Evaluación y tratamiento familiar. En: Paúl, J.de; Arrubarrena, M.I., editores. *Manual de protección infantil*. Barcelona, Masson.
- CRITTENDEN, P. Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families. En: Browne, K.; Davies, C.; Stratton, P., editores. *Early prediction and prevention of child abuse*. London, John Wiley and Sons, 1988, p. 161-189.
- DARO, D. Improving practice: treatment strategies. En: Daro, D., editor *Confronting child abuse: research for effective program design*. New York, Free Press, 1988, p. 73-122.
- GAUDIN, J.M. *Child neglect: a guide for intervention*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect, 1993.
- Forum: the neglect of neglect. *VIII International Congress on Child Abuse and Neglect*. 1990, septiembre, 2-6, Hamburgo.
- KILLEN, K. Is it possible to predict the developmental potentials of neglectful parents?. *VIII International Congress on Child Abuse and Neglect*. 1990, septiembre, 2-6, Hamburgo.
- MILNER, J., editor. Special Issue: Child Neglect. *Criminal Justice and Behavior*, 20 1993, nº 20.
- NATIONAL CENTER ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. *Research Symposium on Child Neglect*. 1988, febrero, 23-25, Washington, D.C.
- POLANSKY, N.A.; DE SAIX, C.; SHARLIN, S.A. *Child neglect. Understanding and reaching the parent*. Washington D.C.: Child Welfare League of America, 1972.
- URQUIZA, A.J.; WINN, C. *Treatment for abused and neglected children: infancy to age 18*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect, 1994.

Centro materno-infantil Casa de la Font

M^a Teresa Bertrán Cortés

Casa de la Font, Barcelona

Es un servicio que depende del Área de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona. Situado en los Servicios Personales del Distrito de Ciutat Vella, barrio del Raval.

El barrio del Raval, a pesar del proceso de transformación del que se ha beneficiado con la rehabilitación de viviendas, equipamientos, servicios, infraestructura, etc., la población residente sigue siendo la herencia inherente del anterior "barrio chino".

Este servicio está planteado, como recurso de los Servicios Sociales de Atención Primaria para familias del distrito. Familias multiproblemáticas de casuísticas diversas: padres toxicómanos, en prisión, madres prostitutas, jóvenes solas, etc., con hijos/as menores de 3 años considerados de riesgo.

Es un servicio con una doble función:

- 1.- La atención a los niños/as de 0 a 3 años con riesgo.
- 2.- Apoyo y control a sus familias.

Es un Centro de día que incide en los padres para que asuman con responsabilidad la crianza de sus hijos/as.

ORIGEN DEL SERVICIO

Casa de la Font, nació de la prospección realizada sobre la población neonatal del distrito, a partir de las visitas domiciliarias a todos los niños residentes en el mismo. Esta intervención se inició el año 1983.

Las visitas tenían la función de detectar a los niños/as con disminución y hacer un diagnóstico de las necesidades sociales de las familias.

El seguimiento de los niños/as con disminución lo hace E.I.P.I. (Equipo de Integración de la Pequeña Infancia). La intervención de las familias con dificultades sociales, se hace desde la Atención Primaria de los Servicios Sociales del Distrito.

Ya desde el principio de la prospección de la población neonatal, se vio que había familias con dificultades para atender a sus hijos/as adecuadamente, a causa de las malas condiciones de sus hogares, del desconocimiento mínimo sobre el cuidado de éstos, de la pobreza y de la marginación social en que vivían.

Fue en estos parámetros, que nació Casa de la Font para intervenir en algunas de estas situaciones.

PROPÓSITO

El proyecto de intervención de Casa de la Font se basa en el "control", el apoyo familiar, con el objetivo de paliar los factores de riesgo, parar la negligencia de los padres hacia sus hijos, ayudar a identificar las dificultades y proporcionar las suficientes habilidades para la crianza de sus hijos.

La intención del Servicio es ofrecer a los padres un lugar con un espacio adecuado, tranquilo, que se establezca relación de confianza con ocasión de expresar y compartir con otros adultos que se encuentran con circunstancias semejantes y con profesionales, sus dificultades, inquietudes, etc.

OBJETIVOS GENERALES

Ser un proyecto preventivo de posibles situaciones que puedan generar factores negativos en el futuro desarrollo de los niños/as tanto para la salud física como psíquica.

Potenciar la interacción madre-hijo de manera positiva y desestresarla en lo que comporta el cuidado diario de las necesidades físicas de su hijo/a.

Proporcionar diariamente mediante un modelo, el aprendizaje de habilidades de todo lo que implica la crianza del niño: alimentación, higiene, salud, conocimientos básicos de la etapa evolutiva y la necesaria relación afectiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Se pretende que de una manera u otra, las madres vayan interiorizando las pautas sugeridas por los profesionales, a través de la práctica cotidiana en:

- Intentar mejorar las relaciones y comportamientos familiares.
- Mejorar el desarrollo global de los niños en todos los aspectos.
- Canalizar a las familias y a los niños hacia los servicios "normalizados".
- Detectar diferentes tipos de maltrato y por tanto tratar la supresión de éstos.
- Informar sobre elementos de riesgo para la salud física y psíquica, tanto de los adultos como de los niños.
- Valorar y respetar la diversidad de los niños y las madres en interacción con el medio cultural social y familiar.
- Potenciar entre el grupo de madres un clima cálido de respeto y ayuda mutua.
- Ayudas en materia de alimentación, vestido y sanitarias.

A nivel de niños y niñas:

El Centro pretende ofrecer un espacio protegido, integrador y complementario al de la familia donde:

- Incidir directamente sobre la atención sanitaria, afectiva, social, garantizar sus derechos, y un desarrollo adecuado que reduzca el riesgo.
- Relacionarse con otros niños aprendiendo a compartir y colaborar con los demás.
- Relacionarse con otros adultos, ampliando sus modelos de relación.
- Jugar, explorar su entorno en un espacio adecuado que facilite el aprendizaje.
- Fomentar su capacidad de autonomía tanto a nivel de habilidades como de relaciones afectivas.

CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

- 1.- Se ubica en el origen de la problemática social que pretende atender.
 - 2.- Da respuesta a la problemática familiar y a la vez al niño estando atendido durante unas horas al día, recibiendo las ayudas y los cuidados necesarios de alimentación, higiene y control de la salud.
 - 3.- Permite la asistencia de las madres y padres el máximo tiempo posible, realizando en el Centro las mismas tareas y actividades que las educadoras, para que así, valoren todas éstas como necesarias y fundamentales.
 - 4.- Permite trabajar los seguimientos de las familias y los niños conjuntamente con todos los profesionales implicados, asistentes sociales, pediatras, psicólogos, E.A.I.A. (Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia) del distrito.
 - 5.- Permite la observación diaria del estado físico de los niños, el control de su desarrollo y su evolución a nivel psicomotriz, peso, talla, etc.
 - 6.- Incide en la evolución de los padres diariamente, en cuanto a la capacidad de asumir las responsabilidades que conlleva la crianza de su hijo/a.
- Así como también, la de posicionarse frente a los derechos y deberes como tales.

ASPECTOS ORGANIZATIVOS

Las altas de las familias son propuestas por los trabajadores/as sociales de la atención primaria de los servicios sociales, por otras entidades y equipos de profesionales de la infancia en riesgo del distrito y el equipo del centro, que deciden y establece un "contrato" conjuntamente con las familias.

Previamente a ésta "contratación" y durante una etapa no superior a quince días, se realiza un período de toma de contacto y diagnóstico, en el que se valora la situación de la familia y del niño, la capacidad de asumir la problemática, los objetivos a conseguir y el grado de compromiso de los padres con el Centro.

En base a esta previa, se especificará:

- 1.- El tiempo concreto de duración de la estancia en el Centro. El servicio se rescindirá cuando el tiempo pactado termine.

Se deja abierta la posibilidad de poder hacer un nuevo contrato en caso que sea conveniente.

La limitación de la estancia es un factor que actúa como dinamizador, tanto para los padres como para los profesionales.

También como intento de repartir el servicio para dar oportunidad a más niños y niñas del distrito.

- 2.- Los días y horario de asistencia, tanto de los niños como de los padres.

- 3.- Las condiciones en que los niños y los padres deben asistir al Centro.

Las bajas del centro se producen por la consecución del plan de trabajo programado con la familia.

En caso de que el servicio tomase la iniciativa de dar de baja a una familia, ésta se haría con la participación del profesional del seguimiento del caso y se justificaría por el incumplimiento del plan de trabajo por parte de los padres del niño/a atendido.

POBLACIÓN A LA QUE SE PRETENDE LLEGAR

La población a la cual se pretende llegar: familias multiproblemáticas que suelen no tener conciencia plena de la conflictividad en su situación, lo que comporta que no exista la demanda o ésta se refiera a temas parciales.

El Centro está pensado para que la intervención con los adultos no esté basada a través de la utilización del lenguaje como única herramienta de formación. En esta población suele no ser suficiente como instrumento de modificación.

Es necesario **vivir las experiencias** para poderlas asimilar y a partir de ello modificar comportamientos y situaciones familiares.

Las carencias inmediatas de las familias suelen dejar relegados a un segundo término temas tan importantes como el cuidado, la formación y el futuro de los niños.

En Casa de la Font, todos estos temas relacionados con los niños, tienen la máxima importancia y toman especial consideración al tratarlos.

La elevada desestructuración personal y la inmediatez de los objetivos, así como la falta de recursos, hacen difícil la efectividad de la atención prestada desde los servicios no específicos. Así pues, son necesarios unos **servicios adaptados** a aquellas características.

A nivel de barrio el Centro se plantea como un servicio más en la tarea de concienciación de la problemática de la primera infancia en riesgo.

Es un Centro abierto a las necesidades e inquietudes del distrito, está en estrecha relación con otros centros, servicios y asociaciones implicadas con la infancia.

El semiabandono: un abandono negligente

Antonio Vigil-Escalera y Pacheco
Jefatura de Policía Local, Sevilla

EL SEMIABANDONO

El maltrato como sabemos no siempre es directo, no siempre se trata de una acción directa dirigida al menor causándole daño. El maltrato también se produce por omisión, por dejar de hacer algo hacia el menor que éste necesita y que al no facilitárselo lo está dañando. Cuando un niño es abandonado de forma directa (dejado en manos de una institución u otra persona no vinculada por estrecho lazo de amor con el niño), este abandono se convierte en un maltrato por omisión clarísimo, y de todos es conocida la larguísima concatenación de consecuencias maltratantes (personales e institucionadas) que el abandono directo tienen para el menor, basada esta concatenación principalmente, en la falta de cariño que el niño no va a tener, o en el cariño más o menos artificial (incluso de laboratorio) que el chico va a recibir.

Pero aparte de éste tan archisabido y estudiado caso, existen otras peculiares formas de dejar de hacer algo por el menor que le va a producir también daño, a veces incluso más irreparable de lo que se piensa. Son formas peculiares de abandono y que nosotros denominamos **semiabandono**, porque no son tan claras como el abandono directo, ni sus consecuencias tan palpables; ni siquiera a veces es observable que los problemas que está teniendo este nuevo semiabandonado estén en relación con un semiabandono, es decir que no es observable que aquello que le ocurre al niño le está ocurriendo por que hay alguna dejación (que también es difícilmente observable) por parte de sus padres. El semiabandono por tanto, está constituido por formas sutiles de dejar de cumplir algún deber necesario hacia el niño, que la mayoría de las veces ni siquiera los padres son conscientes de que dejan de cumplirlos y que no son fácilmente visibles.

En el semiabandono, el menor no ha sido entregado a nadie. El menor está con sus padres y éstos le tienen atendido en sus formas básicas: le alimentan bien, cuidan su desarrollo físico, lo visten bien, lo llevan al médico cuando está enfermo, vigilan su recuperación, le proporcionan el cariño paterno-filial básico (primario a veces; y nos acercamos más al concepto del semiabandono), e incluso la mayor parte de las veces (salvo en un caso concreto de semiabandono) tienen al niño escolarizado con normalidad (...aparente; y seguimos desarrollando el concepto). Hay muchos y sutiles tipos de semiabandono, todos los cuales constituyen una omisión que resulta siempre dañina para el menor y por tanto las consecuencias que de este semiabandono se derivan son maltratantes para el mismo. Sin poder abarcar todas las formas de semiabandono, nos interesan aquellas que por nuestra experiencia hemos podido ver más a menudo: en primer lugar el semiabandono escolar, donde el niño escolarizado no se le presta atención a sus resultados académicos, ni se le exige rendimiento y/o no se le facilitan los medios mínimos para que pueda estudiar, con lo cual acabará en un fracaso escolar y tendrá un choque posterior con padres, profesores, etc. entrando en un proceso maltratante de fracaso automantenido; en segundo lugar veremos el semiabandono del niño no escolarizado, que consiste en un niño que aunque está atendido en cuanto a cariño, alimentos, vestidos, ..., no se le escolariza y además no se le

facilita su desarrollo social en su enorme "tiempo libre" lo que pondrá al menor en riesgo social de entrar en una dinámica predelincente; y en tercer lugar, el semiabandono de aquel niño sometido a un proceso de dejación de su educación social extrahogareña, es decir al que no se le promueve su correcta educación social en la calle, con los demás no se facilita su educación para la convivencia, especialmente aquel menor que cada vez con mas frecuencia se incorpora a edad mas temprana a la llamada "movida", refiriendonos en este caso por supuesto a aquella movida que resulta incontrolada o violenta, y cuyas consecuencias de alcoholismo, etc., se vuelven contra el propio menor.

EL SEMIABANDONO ESCOLAR

Cuando estuve trabajando en un colegio de Sevilla como psicólogo empezamos a comprobar que se daba un caso curioso de fracaso escolar no asociado a las causas habituales de éste, es decir, no se debía a problemas previos de aprendizaje (lecto-escritura, cursos mal superados, laguna de conocimientos, ...) problemas familiares (separaciones, ambientes afectivos, morbosos, padre o madre autoritarios, ...) o problemas sociales (marginaciones, nivel infracultural, etc.), sino que el problema se basaba en que él tenía un problema de soledad: el niño no estaba nunca con los padres, estaba abandonado por éstos en el sentido de que aunque estaba alimentado, escolarizado y tenía los libros, el material escolar y cuanto necesitaba en el acto, resultaba que luego los padres jamás estaban en casa, salvo fines de semana o días de fiesta, es decir estaba semiabandonado. Los padres por tanto no le preguntaban por sus resultados académicos, ni vigilaban su correcto avance escolar, ni siquiera si asistía o no a clase, ni visitaban a los profesores, ni animaban al niño a estudiar, etc. Lo que resultaba peor es que se descubrió que este tipo de niños que fracasaban en la escuela sin aparente causa, muchas tardes a la hora de volver a casa no podían entrar en ella, porque no había nadie, con lo cual no podían hacer la tarea escolar, o las hacían ya muy tarde a un horario completamente desaconsejable. Para colmo, los días de fiesta, los padres, que solían trabajar ambos, no querían quedarse en casa, sino que salían todo el día, y el niño con ellos, con lo que a veces resultaba también difícil lograr el tiempo adecuado para la realización de tareas escolares. Lo verdaderamente maltratante de este semiabandono, no es ya sólo el fracaso escolar, al que estos niños llegaban tras una espiral que no hay espacio aquí para explicar, sino que además el niño al retrasarse académicamente entraba en conflicto con profesores y éstos con él, y además al estar por la tarde en la calle aburrido entraba en conflicto tanto con el portero de su propia casa, como con otros niños, y con vecinos sobre todo, e incluso se detectaron problemas con comerciantes de la zona que amenazaban al niño cuando éste daba "la lata", llegándose en algunos casos a la agresión. La mejora de esta situación llegaba cuando se le hacía ver a los padres (el lector se habrá dado cuenta de que se trataba de un colegio y unos padres de nivel sociocultural medio alto) que era necesario que al menos uno de los padres estuviese permanentemente en casa atendiendo a los hijos y con lo que eso supone de poder darles cariño y apoyo de organización de la vida doméstica y de aprendizaje subsiguiente de muchas reglas de oro de la convivencia social posterior. Sólo con eso el círculo vicioso y terrible del fracaso escolar se empezaba a invertir.

EL SEMIABANDONO DE LOS MENORES QUE NO ESTUDIAN

Existe un colectivo de menores que por razones de índole social se ven abocadas a una

situación de desescolarización (niños de familias transeúntes, feriantes, temporeros, etc.). Estos niños pueden en la mayoría de los casos estar más o menos bien atendidos por sus padres que le prestan la atención posible dentro de su trabajo y aunque las relaciones afectivas paternofiliales son en principio correctas, el problema empieza a plantearse cuando ocurre que estos niños al no estar escolarizados y al estar los padres realizando su actividad laboral estos menores gozan de un enorme tiempo libre.

Esto, se da dentro de una misma familia en unos hermanos sí y en otros no, porque alguno de ellos participan en las tareas laborales de sus padres, lo cual a su vez es otra forma de maltrato. En este tiempo libre de que goza el niño permanece sin control directo y no tiene medio para ocupar ese tiempo libre ni lugares donde hacerlo, con lo cual el niño está permanentemente aburrido, empieza a llevar a cabo acciones que en primer momento son "travesuras de niño aburrido" y avanzan hacia actos parecidos al gamberrismo. Cuando esta situación de desocupación llega a ser muy permanente y el niño permanece en la calle largas horas sea o no junto a los trabajos de los padres (barraca de feria, campo de cultivo, etc.), al menor que goza de una extraordinaria actividad no se le puede pedir que esté horas y horas sin hacer nada, con lo que tarde o temprano entre las cosas que hace, es llevar a cabo una acción que puede ser ya mas conflictiva, y que aunque el menor lo realiza de forma natural y espontanea sin ánimo antisocial no es entendido así por quien de un modo u otro se convierte en víctima de ese acto.

A partir de ahí, si no se encuentra solución, queda abierta una peligrosa vía de pequeños conflictos que se suceden, y que pueden llegar a adquirir mayor importancia, hasta generalizarse en un conflicto social del menor que empieza a chocar con todo y con todos, que acaba siendo incluso denunciado judicialmente y que los padres en un primer momento reprenden pero que según su capacidad de solución del conflicto y, según su nivel sociocultural puede acabar en una actitud de pensar que lo que ocurre es que ellos, los padres, no pueden con el niño, con lo que se distancia más y más de él.

Hoy en día la existencia de guardería para hijos de padres temporeros, el desarrollo de los Servicios Sociales Especializados, la existencia de profesores para transeúntes, las facilidades para que estos niños entren en la escuela, han venido a mejorar mucho esta situación, pero persisten familias que aún no hacen uso de estos recursos sociales, y sobre todo, está el caso de familias sometidas todos sus miembros al problema del paro indefinido, cuyos hijos menores permaneciendo el día entero en la calle, con padres preocupados por su propia situación angustiosa y que no ven salida a la situación familiar, convierte a estos niños en campo abonado para situaciones predelictivas.

Y no hay mayor ambiente y situación maltratante que la dinámica de la predelinuencia en la que un menor se puede ver inmerso. En este sentido la red de Servicios Sociales Comunitarios tienen el papel principal a desarrollar en la prevención de estos casos.

EL SEMIABANDONO DE LOS "NIÑOS DE LA MOVIDA"

Con mas frecuencia desde mi trabajo en la Policía Local he observado, como cada vez se incorporan menores a edad mas temprana a la llamada "movida nocturna".

El menor de la movida nocturna responde desde nuestro punto de vista a un caso claro de semiabandono que la sociedad no ha valorado todavía en su justa medida, y cuyas consecuencias, que son verdaderamente maltratantes para el menor, no han hecho mas que empezar a vislumbrarse.

El menor de la movida es un chico que está escolarizado, que está, como en los casos

anteriores, atendido por sus padres en sus necesidades básicas, pero hacia el cual éstos manifiestan una clara actitud educativa socializadora de *laissez-faire*.

Estos menores que están en plena edad de su maduración social y que están empezando a hacer su vida fuera del hogar, presentando por ello una edad y situación muy adecuada para su aprendizaje social, son dejados por sus padres que lleven a cabo su vida en la calle sin control horario ni de actividad. El menor que no traiga consigo un bagaje importante de aprendizaje y maduración social (el que lo trae se incorpora a una movida sana y pacífica) puede llevar a cabo acciones que escapen a su propio nivel de autocrítica y con ello emite conductas no deseables ni para sí mismo, ni para el resto de la comunidad social.

El escándalo nocturno, las actitudes antisociales de roturas de mobiliario urbano, de destrozo de jardines, de roturas de vasos y botellas son, al fin y al cabo, actitudes antisociales que ponen en riesgo la socialización del menor. Pero lo grave, y donde verdaderamente el semiabandono de los niños cuyos padres hacen vista gorda o ciega a estos hechos empieza a ser maltratante para el menor, es cuando el niño empieza a estar privado del sueño, cuando el menor se vuelve hiperactivo, cuando empieza a consumir alcohol y cuando los accidentes de tráfico con ciclomotor se cobra la vida de alguno de ellos.

La sociedad al completo está obligada a evitar este tipo de situaciones que maltratan a la infancia en general causándoles graves daños (hasta incluso la muerte como hemos visto), empezando por los padres que desde la educación flexible hacia sus hijos deben saber también dónde están los límites, hasta los poderes públicos que tienen que tomar conciencia de que cada vez que un establecimiento vende alcohol a un menor está maltratando de una forma sutil pero irreparable a ese niño que está intentando empezar a ser dueño de su propia vida y que merece todo el apoyo de la sociedad y nunca que ésta lo maltrate.

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL MALTRATO INFANTIL

El acogimiento familiar como medida ante situaciones de malos tratos infantiles: informaciones y representaciones de la población catalana

Ferrán Casas Aznar, Sandra Durán Nogués
Universidad de Barcelona

Como ya hemos apuntado en otro lugar (Casas, 1995), muchos fenómenos legitimados como problemas sociales conllevan tres tipos de representaciones sociales articuladas entre sí, sin cuya consideración no es posible comprender las dinámicas sociales que efectivamente se desarrollan ante los mismos. Se trata de representaciones: a) sobre el problema en sí; b) sobre las personas supuestamente portadoras del o afectadas por el problema; y c) sobre las formas de afrontar o solucionar el problema.

Los datos que aquí presentamos corresponderán en una pequeña parte al grupo a), y sobre todo al grupo c), que entendemos que en nuestro país es el que aún menos se ha abordado. En otros lugares hemos ya señalado (Casas, 1992; 1994a; 1994b; Casas y Olmedilla, 1994) la importancia de profundizar en los datos del grupo b), y hemos apuntado algunos debates que se están desarrollando en la cancha europea, que nos desvelan dimensiones muy inéditas del fenómeno.

En España, entre los profesionales del ámbito de la protección a la infancia, a partir de la segunda mitad de los años 70, se fue asumiendo, progresivamente, la necesidad de organizar todo el sistema de protección en base al principio de normalización (Casas, 1993). Ello se reflejó, en algunas de nuestras CCAA, en cambios profundos en la configuración y organización de las residencias infantiles; pero también, en la reorganización y fortalecimiento de los servicios sociales de atención primaria, y en la dotación de un más amplio abanico de recursos sociales para atender preventivamente todos los casos en situación de riesgo social.

En este contexto, 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 hecho diferenciador en nuestro país, si comparamos 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 acogi-

miento familiar temporal, con previsión de retorno. Para explicarnos 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 que asumen este tipo de servicio como una forma 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 relevantes 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.

Por contraste, algunas CCAA han desarrollado campañas de promoción del acogimiento familiar focalizadas en los denominados acogimientos especializados; como veremos, estas campañas, si bien pueden haber facilitado la atención de algunos niños y niñas en situaciones muy difíciles, no parecen haber tenido efectos positivos en la promoción general del acogimiento familiar temporal, porque han transmitido una imagen de "gran dificultad" para hacer de familia acogedora, desanimando muchas conductas prosociales potenciales.

En medio de tamaña complejidad, queda el reto de explorar cuáles son las imágenes que los ciudadanos se están configurando del acogimiento familiar. Para obtener unos primeros datos útiles para abrir debate, decidimos diseñar un cuestionario específico.

Muy conscientes del principio que "preguntar ya es intervenir", pusimos especial empeño en diseñar un cuestionario informativo, que no obligara a los entrevistados 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.

Antes 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 representaciones de 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 compartido 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, sino como un servicio a las parejas (sobretudo sin hijos, que quieren tener alguno); 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 Ley 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 estas preguntas, porque

sólo hemos podido iniciar una pequeña investigación centrada en Cataluña. Sin embargo, creemos que los datos obtenidos nos permiten señalar hipótesis de trabajo a nuestros compañeros de investigación en este ámbito, y, en consecuencia, abrir un necesario debate.

Se ha pasado el cuestionario referido a una muestra de 313 personas entre 18 y 60 años, subdividida en dos grandes grupos: estudiantes (mayoritariamente entre 20 y 26 años) y adultos de distintas edades que han tenido o tienen pareja estable. Los datos que se presentan en este resumen corresponden tan sólo a la explotación de los primeros 120 sujetos.

Por las características naturales de los grupos encuestados y las condiciones de pasación, una gran mayoría de respondientes son mujeres: 82,5%. Un 71% de los encuestados están casados o tienen pareja estable. Sin embargo, un 60% del total de los encuestados no tienen hijos, correspondiendo, en su mayor parte, al grupo de estudiantes. El estatus socio-económico de la muestra (autoatribuido) se distribuye entre todos los estratos, aunque predomina el "medio-medio" (59,2%). El nivel de estudios está igualmente representado por sujetos de todos los niveles, predominando el medio (49,2%), por el peso específico de los estudiantes que en su mayoría, obviamente, aún no han alcanzado el nivel superior.

INFORMACIÓN

Un 90% de los entrevistados no conocen servicios o instituciones dedicados a la protección de la infancia; destaca que ninguno de los varones entrevistados conoce servicio alguno. Un 39,2% no conoce ningún caso de familias que hayan adoptado o acogido a algún niño o niña, en cambio 56,6% conocen algún caso de adopción ante sólo un 11,7% que conocen algún caso de acogimiento. Un 50,8% manifiesta no haber visto la campaña que la Generalitat de Catalunya desarrolló en televisión para potenciar los acogimientos familiares especializados; un 28,3% manifiesta haberla visto, pero no recordar su contenido, mientras que sólo un 20,8% declara recordar bien el contenido.

El 65,8% de los entrevistados, ante la pregunta de si son eficaces y suficientes los servicios de protección a la infancia en Cataluña, manifiestan no poder responder por falta de información. Un 93,3% de todos los entrevistados declaran que sería necesario que circulara más información al respecto. De entre el 34,2% que se atreven a opinar sobre el funcionamiento de los servicios de protección a la infancia en Cataluña, 2/3 opinan que deberían mejorar mucho.

IMÁGENES SOBRE EL VOLUMEN DEL PROBLEMA

En la entrevista se invitó a los sujetos a cuantificar para Cataluña sus percepciones sobre la magnitud de cuatro situaciones que afectan a la infancia:

- 1.- malos tratos físicos;
- 2.- abandono total con disponibilidad para adopción;
- 3.- estar acogidos en instituciones por situaciones familiares graves;
- 4.- estar en acogimiento familiar por situaciones familiares graves.

Lógicamente no nos interesaba tanto la exactitud de sus cuantificaciones, como los perfiles representacionales de la magnitud de las problemáticas al compararlas entre sí. En Cataluña, según las cifras disponibles para 1992, el número de niños adoptados fue de 328; el número de niños y niñas en instituciones era de 2.357; en 1993, el número total de niñas y niños en acogimiento era 2.095 (390 casos nuevos del año, la inmensa mayoría de todos

estos casos eran acogimientos en familia extensa, y, en segundo lugar, preadoptivos; ver Casas, 1994c)

La cifra de "niños maltratados" es la más difícil de estimar, dada la existencia de una "cifra oculta" de casos no detectados y dadas también posibles interpretaciones distintas del concepto (por ejemplo: ¿se incluyen los castigos físicos?). Entre los profesionales de los servicios sociales para la infancia en Cataluña es conocido que, del total de niños y niñas tutelados, menos de una tercera parte corresponden a malos tratos físicos, familiares que dificultan la atención y que están relacionadas con un semiabandono (maltrato por omisión o por déficit de atención). Por tanto, la representación más habitual entre los profesionales es que la cifra de niños y niñas maltratados físicamente y detectados es sensiblemente inferior a la de los que están en instituciones, que es la mayor de las cuatro cifras. Mientras que la cifra menor de las cuatro apuntadas es la de niñas y niños disponibles para adopción.

Los resultados de nuestra encuesta muestran que este perfil representacional de los profesionales no se corresponde con el de la mayoría de ciudadanos. El perfil más habitual entre los ciudadanos es el de representarse el volumen de niños y niñas maltratados como el mayor de todos: un 25,83% lo perciben como el problema de mayor volumen en forma destacada, mientras que otro 20,83% lo perciben como el mayor problema compartido con alguno otro.

Por otra parte, son muchos los ciudadanos que sobredimensionan la cifra de niños y niñas disponibles para adoptar, si lo comparamos con los que están en acogimiento familiar: un 38,3% de los entrevistados consideran la cifra de niños para adoptar muy superior a la de niños en acogimiento; mientras que otro 17,5% estiman que dichas cifras son parecidas.

Finalmente cabe destacar la diversidad de perfiles representacionales acerca del volumen comparativo de estas cuatro problemáticas, lo cual es característico de una opinión pública desinformada.

DISPOSICIÓN PARA LA ACCIÓN

A la pregunta sobre qué haría ante el conocimiento de una situación de maltrato habitual de un niño o niña de su vecindario un 14,2% no sabría qué hacer, un 29,2% llamaría a la policía (respuesta más frecuente entre los entrevistados más jóvenes) y un 38,3% contactaría con los servicios del barrio. Aunque ello muestra una considerable heterogeneidad de respuestas, tal diversidad es menor que la obtenida en encuestas anteriores desarrolladas en el Estado Español (Casas, 1994b).

Las respuestas obtenidas manifiestan un considerable potencial de conductas de ayuda, aunque ignoramos hasta que punto las respuestas pueden estar condicionadas por el sesgo de la deseabilidad. Un 50,8% manifiestan que se ofrecerían ayudar a una madre del vecindario sola con su hijo que atravesara serias dificultades, y un 15,8% la ayudarían sólo si dicha madre lo pidiera.

Un 40% de los entrevistados estarían dispuestos a acoger a un niño o niña durante un mes en su casa en el caso de disponer de asesoramiento y apoyo adecuados. Si el tiempo necesario de acogida se amplía a un año, sólo un 30,8% piensan que seguirían en su familia dispuestos a realizar el acogimiento. Un 45% de los entrevistados dispuestos a acoger manifiestan no tener ninguna reserva para con las características de 1 niño o niña. Las mayores reservas para el acogimiento resultan estar ante las "enfermedades graves" (25,8%) y no ante niños deficientes (sólo un 8,3% manifiestan reservas al respecto) o las minorías étnicas (4,2%).

Un 36% de los entrevistados manifiestan que no hay más parejas que quieren adoptar

que ofertas para el acogimiento familiar porque se desconocen las necesidades de la infancia. Aunque un 58% y un 73% respectivamente (de forma no excluyente) ven el mayor problema en que "a un niño se le quiere para toda la vida" y en que "el niño acogido vuelve a su casa".

CONCLUSIONES

La idea básica de normalización de la atención a la infancia con dificultades sociales parece estar asumida por buena parte de los ciudadanos, si tenemos en cuenta que a un 72,5% de los entrevistados le parece preferible que un niño esté acogido en otra familia, ante un 15,8% que le parece preferible que esté en una institución especializada.

Sin embargo, más allá de esta premisa básica, parece que las representaciones del problema que tienen los ciudadanos son sensiblemente distintas de las que tienen los profesionales. Nuestra tesis es que el conocimiento de la realidad no ha tenido la adecuada difusión entre los ciudadanos, por lo que sus distorsiones perceptivas se anclan en una falta de información. Los propios ciudadanos manifiestan ser conscientes de dicha laguna, y plantean la necesidad de disponer de mayor información.

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 resistencia. 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 utilizarlos como fiables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COLTON, M.; HELLINCKX, W., editores. *Child care in the EC*. Aldershot: Arena, 1993.
- CASAS, F. Changing paradigms in child residential care. *III European Scientific Congress on Residential and Foster Care*. 1993, octubre, Lüneburg.
- CASAS, F. Social representations, children, media and children's rights. *XIII Biennial Meeting of ISSBD*. 1994, junio, 29, Amsterdam.
- CASAS, F. Images and social representations of children's problems in the media. *XIII World Congress of Sociology*. 1994, julio, 19, Bielefeld.
- CASAS, F. Foster care for children in Spain: research and reality. *EUSARF Seminar on Research on Foster Care*. 1994, mayo, 31, Madrid.
- CASAS, F. Social representations of childhood. *European Course on the Rights of the Child*. 1995, septiembre, Salerno. Erasmus on the Rights of the Child.
- CASAS, F.; OLMEDILLA, A. Contextos y perspectivas psicosociales de la intervención social en el ámbito de la infancia y la familia. *IV Jornadas de Intervención Social*. 1994, Madrid, Colegio Oficial Psicólogos.
- INGLÉS, A. *Els maltractaments infantils a Catalunya*. Barcelona: DGAI, Generalitat de Catalunya, 1991.

La representación social de los malos tratos infantiles: dichos y hechos

César San Juan Guillén, Joaquín de Paúl Ochotorena
Universidad del País Vasco, San Sebastián

Ante cualquier problema social la importancia asignada a las medidas de tipo preventivo suele ser indiscutible. En el caso del maltrato infantil, resulta obvio para cualquier observador atento que, una vez ocurrida la agresión física, la severa situación de negligencia, o el abuso sexual, el daño producido es muy difícil de reparar y que las consecuencias y secuelas pueden ser graves. Esto hace que se piense en la prevención como la única alternativa de abordaje del problema que realmente es efectiva y que permitiría evitar el sufrimiento y las consecuencias negativas a corto y largo plazo para muchos niños y sus familias. Entre las estrategias de trabajo de la prevención primaria del maltrato infantil se contempla el cambio de determinadas actitudes relacionadas con la infancia, con la utilización del castigo físico como método de disciplina y con las necesidades de los niños. Pero para que los programas de prevención primaria respondan a los valores del grupo sobre el cual se intervenga y permitan optimizar su eficacia y pertinencia (DHopper y cols., 1991), será necesario un análisis de las actitudes y de los discursos sociales que se generan en diferentes contextos.

Una de las creencias más compartidas es que la "naturaleza humana" impulsa a los progenitores al cuidado y atención de sus hijos. La evidencia de que se producen con relativa frecuencia situaciones contrarias (maltrato o abandono físico o emocional, abuso sexual, explotación, etc.), obligaría a reconocer que ambos extremos se encuentran dentro del repertorio de conductas humanas (Korbin, 1980). Sin embargo, en ciertos discursos sociales sobre el problema del maltrato infantil, el perpetrador es generalmente categorizado como un sujeto desviado y, en tanto que responsable de sus actos, se adoptan actitudes extremadamente punitivas como solución a este tipo de situaciones, casi siempre analizadas desde una cierta rigidez cultural. Está claramente establecido en la actualidad que las estrategias de intervención en protección infantil deben ir dirigidas a intentar modificar las condiciones de funcionamiento de las familias maltratadoras y en riesgo, con el objetivo de poder conseguir que los niños víctimas de maltrato puedan continuar viviendo en su propia familia con garantías de seguridad y bienestar. Esto implica la necesidad de invertir recursos sociales en la puesta en marcha de programas de prevención secundaria y de programas de tratamiento de las familias maltratadoras. Un programa de intervención de estas características debe basarse en una actitud más "humanista" y comprensiva del maltratador y de las condiciones sociales y psicológicas que generan sus comportamientos. Estos programas, sin duda, serían implantados con pocas posibilidades de éxito si no se tuvieran en cuenta la representación social y los repertorios de las creencias que poseen los ciudadanos y los profesionales acerca de los maltratadores, ya que aquellas pudieran no coincidir con la necesaria actitud "neutra" y no cargada de emocionalidad que se precisaría.

Otro de los ámbitos en los que es importante analizar las representaciones sociales del maltrato infantil es el de los sujetos que están o han estado implicados en tales situaciones, ya sea como víctimas o como responsables. Se sabe que una de las cuestiones de mayor relevancia en la prevención del problema es la existencia de un porcentaje importante de sujetos en los que se produce un proceso de transmisión intergeneracional del maltrato. Es

decir, algunos de los sujetos que han sido maltratados por sus padres van a ser maltratadores de sus hijos en la época adulta. Precisamente, parece que son los sujetos que no reproducen el problema quienes tienen una representación social más clara de lo que es maltrato a los niños, de que fueron maltratados y de que no les gustaría comportarse de la misma manera con sus hijos. Los sujetos maltratadores, por otra parte, necesitarán modificar algunas de las actitudes hacia las necesidades de tipo afectivo y físico de los niños para poder modificar posteriormente, algunas de las conductas que realizan con sus hijos.

Desde todos estos puntos de vista, es pertinente estudiar las diferentes representaciones sociales del maltrato infantil en diferentes grupos de sujetos ya que, de manera similar a lo que ocurre con otras disfunciones sociales, existe una cierta dificultad para aproximarse al concepto de maltrato infantil de una manera objetiva y analítica. El maltrato y el abuso sexual infantiles provocan intensas emociones y rechazo moral que, en la mayor parte de las ocasiones, sólo tienen sentido en la asociación de dicho rechazo con la imagen del niño apaleado por un progenitor exacerbadamente embrutecido. Este proceso puede ser facilitado por la información vertida en los medios de comunicación en los que la infancia tiende a ser noticia con más facilidad cuando los niños son tratados como víctimas (Casas, 1993). La forma en que se exponen estas situaciones dramáticas (p.e., quemaduras, apaleamientos, etc.) parecen, además, favorecer la idea de que el maltrato físico es patrimonio de las clases marginales y el abuso sexual la oculta debilidad de algunos acaudalados solitarios. De todas formas, la información circulante en la sociedad parece favorecer la creencia de que, en cualquier caso, los maltratadores son sujetos psicossocialmente marginales o, cuando menos, psicológicamente débiles. Quizá amplios sectores sociales desean recibir precisamente esos relatos conmovedores, finalmente explicados por la psicopatología. Efectivamente, desde un punto de vista psicossocial, cuando la novedad es ineludible, a la evitación le sucede un trabajo de acomodación. Mediante este proceso de clasificación, un fenómeno no familiar es considerado como algo que necesita ser asimilado en un sistema de categorías, así gana claridad y llega a ser "real" (Jodelet, 1989).

Estos sistemas de categorías se constituyen en las representaciones sociales a partir de diferentes maneras de conocimiento con una génesis y una expresión social. Su orientación es eminentemente práctica en el sentido de que propician la construcción de una realidad cotidiana compartida por un mismo grupo social. Funcionalmente, las representaciones sociales clasifican a los objetos sociales (el maltrato infantil en este caso), los explican y evalúan sus características a partir del discurso llamado "saber de sentido común". Este proceso se sucede en dos fases: en un primer momento las representaciones sociales se anclan en grupos donde ya existen unas realidades pre-existentes (religión, ideología, modos de vida, etc.) en base a las cuales se estructuran dichas representaciones. Por otra parte, la representación adquiere un carácter práctico para el grupo que la genera permitiendo, entre otras funciones, la de categorizar a grupos y a personas (Moscovici, 1982; Farr y Moscovici, 1984).

Se pueden identificar una serie de discursos sociales en torno al maltrato infantil que son objeto de análisis en la presente investigación y que se pueden resumir en estos cuatro enunciados (De Paúl y San Juan, 1992):

- 1.- Conceptualización del maltrato infantil como una extensión y generalización del maltrato físico.
- 2.- El maltrato infantil es categorizado como un asunto relacionado con una alteración psicopatológica individual o familiar.
- 3.- En la representación social de los casos de maltrato infantil predomina la dimensión privada y se tiende a ignorar la vertiente social y colectiva del problema (Almond, 1980).
- 4.- La representación social del maltrato infantil se mueve en una cierta ambivalencia

entre la consideración de que es un problema que afecta a las clases marginales y la de que afecta a todas las clases sociales por igual.

Esta investigación tuvo como objetivo realizar un análisis exploratorio de la forma que se expresan las representaciones sociales sobre los aspectos antes citados de los malos tratos a la infancia en diferentes sectores de población atendiendo a algunas características significativas tales como la profesión, el sexo, el hecho de tener o no hijos, poseer en el propio pasado historia o no de maltrato y, por último, reconocer ser maltratador o no reconocerlo. Se complementó la metodología cuantitativa y cualitativa en una muestra que no es representativa de la población, pero sí significativa dentro de ella en cuanto a las dimensiones citadas y que se consideran relevantes en el análisis de dichas representaciones.

Como fruto de esta investigación se aprecia que la práctica totalidad de los sujetos entrevistados tienen una tendencia clara a considerar como principal forma de maltrato infantil al maltrato de tipo físico. El abandono físico también aparece con gran generalidad. Otras formas de maltrato, como los de tipo emocional o psicológico, son presentados con más detalle por los sujetos que pertenecen a grupos profesionales más relacionados con la infancia. Se confirma, en cierta manera, la identificación rápida del maltrato infantil con el maltrato de tipo físico, pero debe reconocerse que una parte importante de los sujetos han incluido otras formas de maltrato y no se han centrado exclusivamente en las agresiones físicas.

Sin embargo, cuando se aborda el tema de las necesidades de los niños que deben ser satisfechas para que se pueda hablar de trato adecuado a un niño, se aprecian algunas diferencias de interés entre algunos sujetos pertenecientes a grupos característicos. Los sujetos con problemas de maltrato que están recibiendo tratamiento parecen haber incorporado, de manera prioritaria, las necesidades físicas primarias de los niños y dan menos relevancia, en términos comparativos con los no maltratadores, a las necesidades de tipo afectivo. El hecho de que los casos de maltrato que son intervenidos por los servicios de protección infantil sean los casos donde de manera más severa se está poniendo en riesgo la integridad física del niño, hace que quizá sean las necesidades primarias de los niños las que de manera prioritaria se trata de inculcar en tales programas. El resultado de esta enseñanza puede verse reflejado en las respuestas dadas por los sujetos entrevistados. Por otra parte, se aprecia que los sujetos que relatan haber sido víctimas de malos tratos en su infancia, tienden a dar más importancia que el resto de los sujetos a las necesidades materiales secundarias. También es relevante la tendencia observada de que los profesionales del ámbito más cercano a la sanidad resalten las necesidades de tipo primario y que los profesionales más relacionados con la infancia, los servicios sociales, la protección infantil, etc., den más importancia a las necesidades de tipo emocional y afectivo. Ambos tipos de profesionales se diferencian de los que no tienen ninguna relación con este tipo de problema y que parecen dar más importancia a las necesidades materiales primarias.

Es muy interesante también el proceso por el que los sujetos de cada uno de los grupos estudiados tienden a separarse de ciertas representaciones sociales de los maltratadores que les resultan "molestas". Los sujetos maltratadores no identifican a los padres como agentes de maltrato y tampoco consideran a los maltratadores como sujetos marginales. De la misma manera, tienden a rechazar más frecuentemente la creencia de que los sujetos maltratadores sufren patologías importantes y no los perciben como especialmente negativos. Sin embargo, los sujetos que no son identificados como maltratadores consideran que quienes tienen ese problema pertenecen a grupos marginales, separados de una cierta normalidad social y psicológica, y entre la que se puede suponer que ellos mismos no se incluyen. Un proceso similar se puede observar en el hecho de que los sujetos con historia de maltra-

to no consideren que la misma sea un factor que predispone a un sujeto a repetir el maltrato con sus hijos. Por una parte, se puede entender que se trata de un proceso por el que se "separan" y se "alejan" de la posibilidad de ser incluidos entre los potenciales maltratados.

Por otra parte, es interesante el hecho de que los sujetos que han sido maltratados en su infancia no consideren que la historia de maltrato es un factor de riesgo y que sí lo hagan los que no han tenido tal historia. No se han podido analizar en este estudio las diferencias en la forma de representación de los malos tratos que pudieran existir entre los sujetos que, teniendo historia de maltrato, reproducen el problema y los que no lo reproducen. El número de sujetos en cada uno de estos grupos es muy reducido y no se aprecian diferencias de ningún tipo. De todas formas, sí sería interesante resaltar el siguiente dato: de las 18 personas que reportaron haber sido maltratados en su infancia, 11 corresponden al grupo de padres maltratadores. Deducir que existe transmisión generacional sería un poco arriesgado debido al hecho de que, a pesar de encontrar un elevado porcentaje de padres maltratadores con historia de maltrato no asegura una relación causal en el sentido contrario.

Es interesante también la cierta frecuencia con la que se proponen medidas punitivas contra los sujetos con problemas de maltrato, como algunas afirmaciones ya citadas y que hacían referencia al encarcelamiento definitivo de los perpetradores. No parece que constituyan elementos aislados en el marco de los discursos sociales sobre el maltrato a la infancia sino que quizá responda a una representación social, a veces favorecida por la relativa frecuencia con que algunos medios de comunicación presentan las situaciones de victimización de los niños y las características de los padres. Este tipo de representaciones sociales favorecerían las conductas en las que se demanda con cierta inmediatez la resolución del problema castigando al abusador y protegiendo y "salvando" al abusado con la separación de los padres. El riesgo de transgredir, desde un intervencionismo supuestamente proteccionista pero no basado en las necesidades reales de los niños, tanto los derechos de los hijos como de los padres puede ser importante, si algunas formas de entender los malos tratos y las responsabilidades implicadas en los mismos. Llegan a influir directamente en la manera en que se toman las decisiones con respecto a determinados casos de maltrato.

Por todo ello, los programas de intervención (tratamiento y prevención) sobre protección infantil, planificados desde una perspectiva comunitaria, pueden requerir, además de una evaluación de necesidades, identificando los límites que existen entre los problemas educativos o formativos y el contexto cultural, la realización de un análisis de las representaciones sociales sobre el maltrato infantil que posee la población sobre la cual se va a intervenir, partiendo de unos grupos definidos en base a variables macroideológicas. Puede resultar también relevante analizar tales representaciones sociales, y en su caso, intervenir sobre las mismas, tanto en el caso de los individuos afectados, como también los grupos primarios, las organizaciones o, incluso, las instituciones político-económicas. Pero, en cualquier caso, reconociendo el derecho a la perpetuación natural de los diferentes contextos culturales.

Representaciones sociales sobre la infancia y el maltrato infantil

Alfredo Oliva Delgado, Jesús Jiménez Morago, M^a Carmen Moreno Rodríguez, Jesús Palacios González, David Saldaña Sage
Universidad de Sevilla

Cualquier fenómeno que acontece en la sociedad suscita en las personas una serie de ideas, creencias y representaciones acerca de su naturaleza y de sus causas. El maltrato infantil ha adquirido una importante relevancia en los últimos años, y sin duda existen una serie de representaciones sociales asociadas al mismo. El conocimiento de estas representaciones puede tener un doble interés. La realización de cualquier campaña de sensibilización encaminada a la detección precoz de situaciones de maltrato infantil precisa del conocimiento de las actitudes y representaciones que la población tiene hacia estos aspectos (De Paúl y San Juan, 1992). Como señalan Dhooper, Royse y Wolfe (1991), si hay mucho conocimiento y unas actitudes poco tolerantes, es más probable que se denuncien situaciones de maltrato infantil. Ello justifica que se hayan llevado a cabo algunas investigaciones centradas en estos aspectos.

Otro motivo que justificaría este interés es la relación que podría existir entre el maltrato infantil y las ideas o representaciones sociales que los padres, y los miembros de una determinada sociedad, tienen no sólo sobre este fenómeno concreto sino sobre la infancia en general. Aunque no creemos que exista una relación causal directa entre estas ideas y las conductas maltratantes de los padres, el hecho de que pensemos que son muchos los factores que inciden sobre el maltrato nos lleva a considerarlas como un factor que juega un importante papel.

Sin duda, la representación social que existe en una determinada cultura acerca de lo que se puede considerar como maltrato infantil va a influir sobre el trato que los padres mantienen con sus hijos, ya que esta representación va a suponer una mayor o menor tolerancia ante ciertos comportamientos parentales abusivos.

Además de las representaciones sociales que puedan tenerse acerca del maltrato infantil, hay otra serie de ideas referidas a la infancia que algunos autores han señalado como capaces de influir sobre las conductas abusivas de los padres. Entre ellas habría que señalar las expectativas que se tienen acerca de la conducta infantil. Algunos (Azar *et al.*, 1984; Milner y Chilamkurti, 1991; Twentyman y Plotkin, 1982) han hallado en los padres maltratantes unas expectativas muy poco realistas de la conducta de los niños, en el sentido de una sobreestimación de sus capacidades. No es sorprendente que cuando estas expectativas son desajustadas, la frustración resultante del hecho de que el niño no se adecue a ellas desemboque en episodios de maltrato.

Otro grupo de ideas que habría que destacar por su posible relación sobre la conducta punitiva de los padres es el de los valores educativos que desean para sus hijos. Es razonable pensar que si se persigue la obediencia por encima de todo, se utilizarán métodos disciplinarios impositivos o punitivos, mientras que si, por el contrario, se valora que el niño sea capaz de pensar y decidir por sí mismo, se preferirá la explicación y el diálogo. Trickett y Susman (1988), comparando padres maltratadores y no maltratadores, encontraron en estos últimos una mayor valoración de la independencia y de la apertura del niño a nuevas

experiencias.

Además, un aspecto de déficit cognitivo que algunos autores indican como característico de los padres que infringen malos tratos es la escasa habilidad para solucionar los problemas que se presentan en relación con los niños. Así, los padres maltratadores serían incapaces de generar soluciones alternativas al castigo y el azote. Algunos estudios apoyan esta idea (Trickett y Kuczynski, 1986; Trickett y Susman, 1988), ya que entre los padres que maltratan se encuentra una mayor tendencia a resolver situaciones conflictivas mediante el uso de castigos y restricciones muy severas. Kelley, Grace y Elliot (1990) y Chilamkurti y Milner (1993) encontraron una mayor aceptación de métodos disciplinarios punitivos por parte de estos padres ante las conductas transgresoras infantiles.

Un último grupo de creencias que también parecen determinantes de las conductas maltratantes es el de las ideas y atribuciones acerca de la conducta infantil. Si se piensa que ciertos comportamientos y características de los niños están determinados por factores circunstanciales o ambientales es más probable que se cuide el entorno que incide sobre el niño, mientras que si se cree que la conducta del niño se debe a sus características internas y estables, tengan o no un origen hereditario, es más probable que se piense que el medio puede jugar un escaso o nulo papel y se tenga menos interés en perder tiempo dando explicaciones al niño, optándose por intervenciones más expeditivas o punitivas ante las conductas transgresoras del niño. Larrance y Twentyman (1983) hallaron que una muestra de padres maltratantes hacían más atribuciones de la conducta negativa de sus hijos a causas internas y estables que otros padres no maltratantes.

La aplicación de un cuestionario a una muestra aleatoria de 900 padres y madres andaluces permitió recoger información acerca de sus expectativas, valores educativos, necesidades atribuidas a la infancia, prácticas disciplinarias y su representación social del maltrato.

En cuanto al reconocimiento de situaciones de maltrato, en términos generales los padres andaluces se muestran bastante sensibles. La visión que estos padres tienen parece sostenerse sobre aquellos tipos de maltrato que, sin representar los niveles más altos de incidencia y detección, provocan las reacciones emocionales más intensas y el rechazo moral más fuerte: el maltrato físico y el abuso sexual. No obstante, este rechazo afecta sobre todo a aquellas situaciones en que el maltrato físico es más severo, mostrándose más tolerantes ante algunas formas de castigo físico. Hay que señalar el hecho de que, comparado con sus niveles de detección, incidencia y gravedad, la negligencia quede relativamente alejada de las situaciones consideradas más maltratantes.

En relación con las características de los padres maltratantes, la idea que los padres andaluces tienen de estas personas parece dominada por una visión en la que el maltrato infantil es producido por sujetos víctimas de fuertes desajustes sociales y familiares, personas violentas e inmaduras y desequilibradas. Esta visión puede suponer un gesto autodefensivo, ya que al creer que las personas maltratantes tienen unas características tan específicas, los encuestados tienen a distanciarse de los que maltratan, entendiendo que se trata de una categoría de padres aparte, y dejando de lado que el maltrato pueda ser una cuestión de grado y pueda afectar a cualquier persona en determinadas circunstancias.

Además de conocer las representaciones sociales sobre el maltrato infantil, pretendíamos estudiar la relación entre estas representaciones y otras ideas que los padres y madres pudiesen sostener sobre la infancia en general. Sin duda, estas ideas no están aisladas o inconexas, por el contrario, tienden a agruparse entre sí formando sistemas o bloques más o menos coherentes (Oliva, 1992; Palacios, 1988). Por otra parte, era nuestro objetivo investigar la posible relación existente entre estas ideas sobre el maltrato y la infancia y las conductas maltratantes de los padres. A falta de datos sobre estas conductas, utilizamos una

adaptación del *Child Abuse Potential Inventory* (C.A.P.) que es un cuestionario construido por J.S. Milner en el año 1980 con el objetivo de evaluar el riesgo potencial que posee un determinado sujeto de infligir malos tratos físicos. Este cuestionario ha sido ampliamente utilizado en Estados Unidos y se ha mostrado útil para discriminar entre sujetos maltratadores y sujetos no maltratadores, siendo más eficaz para identificar y clasificar casos de maltrato físico moderado y grave que casos de negligencia. La aplicación de esta escala tuvo por objetivo disponer de una medida que pudiera ser indicadora de la mayor o menor disposición de los padres encuestados a infligir actos de maltrato.

Para determinar la relación existente entre todas las ideas estudiadas y entre estas ideas y la predisposición hacia el maltrato (según la puntuación obtenida en el CAP), realizamos un análisis de correspondencias múltiples. Este procedimiento permite la extracción de los factores o dimensiones subyacentes que definen la interdependencia entre las variables iniciales en función de la relación existente entre ellas. El objetivo es reducir el elevado número de variables originales a una cantidad más reducida de dimensiones, con la menor pérdida de información posible.

El análisis de correspondencias realizado puso de manifiesto la relación existente entre muchas de las representaciones sociales que los padres y madres tienen sobre la infancia y su predisposición hacia el maltrato infantil. El primer factor extraído, que es el más importante desde el punto de vista estadístico, refleja claramente las variables asociadas con la mayor o menor predisposición hacia el maltrato. Sin que ello suponga una relación causal directa, hay que destacar la relación que determinados procesos cognitivos guardan con esta predisposición. Así, las expectativas muy exigentes respecto a determinados aspectos de la conducta infantil se relacionan con las puntuaciones altas en el CAP. No es aventurado pensar que cuando son tan exigentes con respecto a lo que deben ser capaces de hacer los niños, los padres se muestran muy enojados ante determinados comportamientos de sus hijos y tienden a utilizar estrategias disciplinarias más punitivas, que en algunos casos pueden llegar a ser claramente abusivas. Otros autores han encontrado también expectativas desajustadas entre padres que maltratan o abandonan a sus hijos (Azar, *et al.* 1984; Twentyman y Plotkin, 1982), por lo que podríamos pensar que existe un déficit en algunos de los conocimientos que estos padres tienen sobre el desarrollo infantil.

También hay que destacar la asociación existente entre la disposición hacia el maltrato y la valoración de ciertas conductas y necesidades infantiles. Así, cuando esta disposición es mayor, encontramos una valoración más alta de determinados comportamientos infantiles como la competitividad y la adaptación a ciertos convencionalismos y normas sociales. Igualmente, es mayor la importancia atribuida a determinadas necesidades de la infancia que podemos considerar como superfluas o consumistas. Esta relación, que ha sido encontrada en otro estudio (Trickett y Susman, 1988) parece indicar que los padres que valoran más la adaptación del niño a las normas parecen mostrarse más coercitivos de cara a conseguir su obediencia. Lógicamente, estos padres se sentirán más estresados ante las conductas infantiles que supongan una transgresión de estas normas. Este grado de estrés podría jugar un papel fundamental en la aparición de conductas abusivas, representando un factor intermedio entre determinadas representaciones que los padres tienen sobre la infancia y sus conductas con respecto al niño.

También ha aparecido una relación clara entre la tendencia hacia el maltrato y determinadas variables socio-demográficas. El nivel educativo y profesional guarda una relación muy significativa con esta tendencia, ya que son los padres y madres de nivel más bajo quienes muestran las puntuaciones más altas en el CAP. Esta relación, muy frecuentemente encontrada, podría justificarse por la asociación existente entre el grado de formación y las

representaciones que se tienen acerca de la infancia. Como indica la literatura existente, los padres de menor nivel cultural manifiestan una mayor valoración del orden, la obediencia y otros convencionalismos (Kohn, 1969; Lautrey, 1980; Oliva, 1992) y un menor conocimiento sobre el calendario evolutivo. No obstante, aunque hay una evidencia empírica abundante a favor de concepciones más completas y exactas del desarrollo infantil entre los padres de mayor nivel cultural, cuando se trata de las expectativas evolutivas, la inexactitud de los padres menos formados se traduce en un cierto retraso en relación con el calendario normativo (Oliva, 1992; Palacios 1988; Rosenthal y Bornholt, 1988). Sin embargo, como indican Twentyman y Plotkin (1982) al referirse a las expectativas de padres maltratantes, los errores al juzgar la capacidad del niño son bidireccionales. Probablemente manifiesten un calendario tardío al referirse a habilidades cognitivas, lingüísticas, etc., mientras que cuando se trata de la adaptación de la conducta del niño a las normas y a los requerimientos del adulto, aspecto evaluado en este estudio, se daría una sobreestimación. Por lo demás, hay que pensar que los padres con mayor formación disponen de más recursos para solucionar los problemas que se les presentan en su relación con los hijos, por lo que tienden a hacer un menor uso de técnicas punitivas para controlar la conducta infantil (Moreno, 1991; Oliva, 1992).

También el género de los padres guarda una estrecha relación con la disposición hacia el maltrato, ya que ésta es mayor entre las madres. El hecho de que las madres muestren unas expectativas más exigentes, un mayor grado de estrés y una disciplina más rígida que los padres puede justificar esta mayor disposición. Con toda probabilidad, este hecho se relaciona con el mayor contacto que las madres tienen con los hijos; éstas, en mayor medida que los padres, asumen una mayor responsabilidad en su crianza y educación, por lo que es más posible que se vean inmersas en episodios que potencialmente pueden desembocar en actos abusivos hacia el niño.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZAR, T.A., et al. Unrealistic expectations and problem-solving ability in maltreating and comparison mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1984, nº 52, p. 687-691.
- CHILAMKURTI, C.; MILNER, J.S. Perceptions and evaluations of child transgressions and disciplinary techniques in high and low-risk mothers and their children. *Child Development* 1993, nº 64, p. 1801-1814.
- DE PAÚL, J.; SAN JUAN, C. La representación social de los malos tratos y el abandono infantiles. *Anuario de Psicología* 1992, nº 53, p. 149-157.
- DHOOPER, S.S.; ROYSE, D.D.; WOLFE, L.C. A statewide study of the public attitudes toward child abuse. *Child Abuse and Neglect* 1991, nº 15, p. 37-45.
- KELLEY, M.L.; GRACE, N.; ELLIOT, S.N. Acceptability of positive and punitive methods: comparison among abusive, potentially abusive, and non abusive parents. *Child Abuse and Neglect* 1990, nº 14, p. 219-226.
- KOHN, M.L. *Class and conformity. A study in values*. Homewood, Ill.: Dorsey, 1969.
- LARRANSE, D.T.; TWENTYMAN, C.T. Maternal attributions and child abuse. *Journal of Abnormal Psychology* 1983, nº 92, p. 449-457
- LAUTREY, J. *Clase social, medio familiar e inteligencia*. Madrid: Aprendizaje-Visor, 1985.
- MORENO, M.C. *Las ideas evolutivo-educativas. Un estudio longitudinal y transgeneracional*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Sevilla, 1991.

- OLIVA, A. *Madres y educadores: distintas concepciones de la educación y el desarrollo infantil*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Sevilla, 1992.
- PALACIOS, J. *Las ideas de los padres sobre el desarrollo y la educación de sus hijos*. Sevilla: Instituto de Desarrollo Regional, Universidad de Sevilla, 1988.
- MILNER, J.S.; CHILAMKURTI, C. Physical child abuse perpetrator characteristics: a review of the literature. *Journal of Interpersonal Violence* 1991, nº 6, vol. 3, p. 345-366.
- TRICKETT, P.K.; KUCZYNSKI, L. Children's misbehaviors and parental discipline strategies in abusive and nonabusive families. *Developmental Psychology* 1986, nº 22, p. 115-123.
- TRICKETT, P.K.; SUSMAN, E.J. Parental perceptions of child-rearing practices in physically abusive and nonabusive families. *Developmental Psychology* 1988, nº 24, p. 270-276.
- TWENTYMAN, C.T.; PLOTKIN, R. Unrealistic expectations of parents who maltreat their children: an educational deficit that pertains to child maltreatment. *Journal of Clinical Psychology* 1982, nº 38, p. 497-503.

INVESTIGACIÓN: BUENOS EJEMPLOS

El diseño caso-control en estudios del maltrato infantil

José Manuel Morales González

Centro de Estudios del Menor y la Familia, Ministerio de Asuntos Sociales

BREVE INTRODUCCIÓN A LOS DIFERENTES TIPOS DE DISEÑO DE UNA INVESTIGACIÓN

Los diseños de una investigación sobre un fenómeno determinado pueden estar encuadrados dentro de dos principales tipos (Kelsey, 1986): diseños transversales que recogen las variables de estudio un momento puntual en el tiempo como son los estudios descriptivos sobre un evento determinado, y estudios longitudinales que analizan la información de ese evento a lo largo del tiempo.

Centrándonos en los estudios longitudinales, éstos a su vez pueden clasificarse en dos grandes grupos dependiendo de la existencia de manipulación activa de alguna variable de estudio controlada por el investigador (estudios experimentales) o no de dicha intervención externa (estudios observacionales). Tanto los estudios experimentales como los observacionales tienen el mismo objetivo: la identificación de relaciones entre causas y efectos. Aunque el método experimental es considerado como el más eficaz para explicar las relaciones de causalidad, la aplicación de éste es muchas veces imposible por diversas consideraciones tanto éticas como logísticas (Polgar, 1993).

En general, los estudios de casos y controles están encuadrados dentro de los diseños longitudinales de tipo observacional con la característica específica de que la observación de los factores de exposición están realizados de forma retrospectiva en el tiempo, siendo recogidos los posibles factores causales con referencia al pasado del fenómeno de estudio. En dichos estudios los individuos con la condición del fenómeno a estudiar (casos) son comparados con sujetos que no padecen dicha condición (controles) con respecto a la existencia en el pasado de diferentes factores (exposición) que son relevantes en el desarrollo del evento objeto de estudio.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS DISEÑOS CASO-CONTROL

El diseño caso-control ofrece múltiples ventajas, en comparación con otros tipos de diseño, que le confiere la condición de estudio previo a una investigación, con el fin de generar hipótesis causales que puedan ser verificadas o no en estudio posterior. Entre las ventajas específicas de este diseño se encuentran:

- Adecuado diseño para el estudio de fenómenos con baja incidencia o de larga latencia hasta su manifestación.

- Relativa facilidad de planificación y ejecución en comparación con otros diseños, siendo su tiempo de aplicación relativamente corto.
- Bajo coste comparado con otras investigaciones.
- Necesidad de pocos sujetos comparado con otros diseños.
- Registros ya existentes pueden ser utilizados.
- Permite el estudio de múltiples factores potenciales de riesgo de un evento.

A pesar de estas ventajas, es importante conocer que este tipo de diseño tiene ciertas limitaciones, debidas, principalmente, a su carácter retrospectivo que infringe la propia ley de causalidad. Por ello, los estudios casos y controles están sujetos a diversos tipos de sesgos (clasificación, selección y de confusión) que deben ser controlados en la medida de lo posible. Entre las principales desventajas destacan:

- Dependencia del recuerdo o el registro de información sobre exposiciones del pasado.
- Dificultad en la validación de la información.
- Necesidad de seleccionar apropiados grupos de comparación.
- Imposibilidad de determinar la razón del evento entre el grupo de expuestos y de no expuestos al factor de riesgo.
- Dificultad en la comprensión de la metodología de análisis por ser poco familiar para los profesionales.
- Relativa imposibilidad del estudio detallado del mecanismo de asociación por no establecer la historia natural del fenómeno de estudio.

PRINCIPALES PROBLEMAS METODOLÓGICOS DE LOS ESTUDIOS CASO-CONTROL APLICADOS AL MALTRATO INFANTIL. UN EJEMPLO PRÁCTICO EN EL ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO

Los estudios del maltrato infantil presentan diversos problemas tanto de índole metodológica como práctica, siendo muchos de éstos comunes a todos los diseños, pero otros son específicos del tipo de diseño utilizado en la investigación (Mash, 1991). Estos problemas específicos en el diseño de la investigación son los que explican la existencia de grandes lagunas en el conocimiento del maltrato a la infancia (Milner, 1991; Baumrind, 1994).

El diseño de un estudio caso-control debe contemplar diferentes pasos (Schlesselman, 1982) que, aplicados al estudio del maltrato infantil, plantea diferentes retos. A continuación se destacan los pasos más cruciales para este tipo de diseño, abordando una breve exposición de un estudio realizado en nuestro medio sobre factores de riesgo asociados al maltrato infantil dentro del ámbito familiar (Morales, 1994).

Hipótesis de trabajo

Planteamiento inicial de una hipótesis de trabajo que determine las diferentes variables de exposición que serán incluidas en el estudio. Estas hipótesis de trabajo deberían estar basadas en los modelos conceptuales actuales sobre el maltrato infantil (Belsky, 1980; Cicchetti, 1981).

En el estudio citado anteriormente fue considerado el modelo ecológico de Belsky aplicado dentro del ámbito familiar de las relaciones de los padres con los hijos (Belsky, 1984), entendiendo que el maltrato infantil es la manifestación extrema de una disfunción parental que está influenciada por múltiples factores referentes a cada nivel ecológico (ontogenético,

microsistema, ecosistema y macrosistema).

Definición de caso

Establecer los criterios operativos de la definición de caso, que en concreto sobre el maltrato infantil exige la determinación de unos criterios objetivos en la definición de los tipos de maltrato infantil a estudiar, encontrándonos con la dificultad de operativizar un concepto que es entendido en un continuum entre el bienestar infantil y el maltrato difícil de delimitar pero que permitiría la comparación entre diferentes estudios (Kinard, 1994).

Este estudio concreto parte del concepto de maltrato como *"cualquier interacción o carencia de interacción entre un niño y sus cuidadores, por el cual se produce un daño no accidental en el estado físico y/o el desarrollo del niño"* (Helfer, 1987). A partir de esta definición se ha utilizado los criterios operativos establecidos en nuestro medio (Lan Eta Gizarte Segurantz Saila, 1988) según la categorización propuesta por Stratton y colaboradores (1988).

Criterios de selección de casos

Establecimiento de criterios legibles sobre la selección de los casos determinando tanto los criterios de inclusión en el estudio como los criterios de exclusión. En general, los criterios de selección tienen finalidades diferentes. Los criterios de inclusión determinarían las características de la muestra estudiada y el tipo de población cuyos resultados pueden ser inferidos, mientras que los criterios de exclusión permiten al control de variables de confusión en la fase del diseño de estudio. La selección de los casos está relacionada con la selección de la fuente de los casos, la cual puede conllevar a diferentes sesgos según se traten de muestras clínicas, registros oficiales de los servicios de protección o de casos provenientes de una selección aleatoria de la comunidad por medio de estudios de encuesta (Gelles, 1993). Otro problema a tener en cuenta en la selección de casos es el procedimiento de reclutamiento de éstos por los problemas éticos (estigmatización del fenómeno) como prácticos debido al bajo porcentaje de participación.

En el estudio, la fuente de selección de los casos fueron los centros de acogida dependientes de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, incluyendo en el estudio sólo a aquellos niños cuyos padres aceptaban participar voluntariamente. Se elaboraron dos criterios de inclusión para los casos: diagnóstico seguro de maltrato y residencia familiar de origen en el área urbana y metropolitana de Madrid. Además se determinó como criterio de exclusión de caso la existencia de abuso sexual y otros tipos de maltrato de difícil categorización como la explotación laboral, la corrupción el maltrato prenatal, la incapacidad parental de control de la conducta del niño, y otros.

Selección del grupo de comparación

Determinar la fuente de selección del grupo control: en general, tanto el grupo de casos como el de controles deben ser similares en diferentes variables no relacionadas con el proceso causal de la exposición y el maltrato, exigiendo el cumplimiento de tres principios básicos en la selección de los controles (Wacholder, 1992): los casos y controles deben pro-

venir del mismo conjunto de sujetos potenciales de sufrir maltrato, debe existir la mínima variabilidad en las diferentes variables de confusión que puedan existir en la cadena causal, y la validez de medición de la exposición debe ser igual tanto para los casos como para los controles.

Los controles fueron seleccionados a partir de una selección aleatoria de los niños atendidos en los centros de salud de las zonas de procedencia de los casos. Los casos de niños maltratados se han comparado con niños no maltratados apareados en una proporción de 1:2 con tres principales variables de confusión: edad, sexo y la zona de residencia de los padres del niño.

Instrumentos de medición de la exposición

Determinación de los instrumentos utilizados para el registro de las variables exposición. Dichos instrumentos deben tener la suficiente fiabilidad y validez para recoger la información retrospectiva de exposición.

Las variables se han recogido a partir de un cuestionario estructurado dirigido a un miembro familiar, preferentemente la madre de los niños, y cumplimentado en el propio domicilio familiar. Todas las variables están centradas en aspectos de la dinámica familiar, y en ningún caso hacen referencia a la situación específica del maltrato.

Análisis estadístico y epidemiológico

En último lugar, se debe plantear previamente en el diseño el plan de análisis estadístico y epidemiológico que se va a realizar en el estudio, ya que éste depende de la hipótesis a verificar.

El análisis del presente estudio fue establecido en dos fases: a) análisis descriptivo y comparativo de las principales variables utilizando como estimador estadístico el Ji cuadrado para variables categoriales y la U de Mann-Whitney para variables continuas, y como estimador epidemiológico el odds ratio (OR); y b) modelos de regresión logística incluyendo las variables con asociaciones al maltrato más significativas. La regresión logística permite analizar las asociaciones diferentes variables observando las aportaciones conjuntas para la explicación del evento. Por ejemplo, se han construido diversos modelos donde las variables que más contribuyen a explicar la existencia de maltrato son la convivencia sin pareja estable, el bajo nivel educacional de los entrevistado y el mayor tamaño de la fratria. En el primer modelo, denominado ambiental por introducir en el análisis las variables de tipo psicosocial junto con las características sociodemográficas de la familia, aparecen las variables de convivencia sin pareja (OR=27,06), bajo nivel educacional (OR=11,37), mayor tamaño de la fratria (OR=3,98) y la existencia de problemas económicos (OR=3,98). Cuando son introducidas las variables de salud mental sustituyendo a las psicosociales, se mantienen muy significativas las mismas tres variables sociodemográficas del primer modelo y aparecen además los principales factores de la sintomatología depresiva (soledad e infelicidad) y de ansiedad (temblor y sudoración) con OR=3,22 y OR=3,03, respectivamente.

Cuando se realizan los modelos independientemente en el grupo de sujetos que si conviven con pareja estable y por separado con familias monoparentales nos encontramos que las dos restantes variables sociodemográficas significativas en los modelos generales se mantienen apareciendo en las familias sin pareja la existencia de percepción de apoyo social

con un OR=0,18 y en las familias con pareja estable la existencia de problemas económicos con un OR=6,33.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAUMRIND, D. The social context of child maltreatment. *Family Relations* 1994, nº 43, p. 360-368.
- BELSKY, J. Child maltreatment. An ecological integration. *American Psychologist* 1980, nº 35, p. 320-335.
- BELSKY, J. The determinants of parenting: a process model. *Child Development* 1984, nº 55, p. 83-96.
- CICCHETTI, D; RIZLEY, R. Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development* 1981, nº 11, p. 31-55.
- GELLES, R.J. Family violence. En: Hampton, R.L.; Gullota, T.P., editores. *Family violence. Prevention and treatment*. Newbury Park: Sage, 1993, p. 1-24.
- HELFER, R.E. The developmental basis of child abuse and neglect: an epidemiological approach. En: Helfer, R.E.; Kempe, R.S., editores. *The battered child*. Chicago: The University of Chicago Press, 1987, p. 60-80.
- KELSEY, J.L.; THOMPSON, W.D.; EVANS, A.S. *Methods in observational epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1986.
- KINARD, E.M. Methodological issues and practical problems in conducting research on maltreated children. *Child Abuse Neglect* 1994, nº 18, p. 645-656.
- LAN ETA GIZARTE SEGURANTZA SAILA. *Maltrato y abandono infantil: identificación de factores de riesgo*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen-Zerbitzu Nagusia, 1988.
- MASH, E.; WOLFE, D.A. Methodological issues in research on physical child abuse. *Criminal Justice and Behaviour* 1991, nº 18, p. 8-29.
- MILNER, J.S. Current perspectives on physical child abuse. *Criminal Justice and Behaviour* 1991, nº 18, p. 4-7.
- MORALES, J.M.; MARTÍNEZ SALCEDO, V.; ZUNZUNEGUI, V. Modelos conceptuales del maltrato infantil: un estudio de casos y controles. *Gaceta Sanitaria* 1994, nº 8, p. 208-209.
- POLGAR, S.; THOMAS, S.A. *Introducción a la investigación en las ciencias de la salud*. Madrid: Churchill Livingstone, 1993.
- SCHELESSELMAN, J.J. *Case-control studies. Design, conduct, analysis*. New York: Oxford University Press, 1982.
- STRATTON, P. Understanding and treating child abuse in the family context: an overview. En: Brown, K.; Davies, C.; Stratton P., editores. *Early prediction and prevention of child abuse*. Chichester: John Wiley & Sons, 1988, p. 193-202.
- WACHOLDER, S., et al. Selection of controls in case-control studies. I. Principles. *American Journal of Epidemiology* 1992, nº 135, p. 1019-1028.

Interacciones coercitivas en familias abusivas versus no abusivas: análisis secuenciales

Ana D'Ocón Giménez
Universidad de Valencia

El abuso infantil, los problemas de conducta y el desarrollo de conductas antisociales en niños y adolescentes se apoya en muchos casos sobre relaciones disfuncionales entre madre e hijo, caracterizadas por patrones de interacción coercitivos y asincrónicos. Las familias agresivas, abusivas o con graves problemas de relación con sus hijos se caracterizan por presentar interacciones intensamente aversivas o episodios coercitivos (Patterson, 1982; Wahler, 1980; Wahler y Dumas, 1986; Wahler, Williams y Cerezo, 1990, D'Ocon, 1994). Se trata de episodios de baja frecuencia y relativamente breves en el conjunto de la interacción, y cuya ocurrencia, sin embargo, diferencia a este grupo de otras familias no abusivas (Cerezo y Frías, 1991; Cerezo y D'Ocón, 1995; Reid, 1985). Este trabajo se centra en un tipo de interacción madre-hijo de muy baja frecuencia, pero que tiene un gran efecto en la cualidad de la interacción, y es un síntoma claro de disfuncionalidad en la familia.

Destacan dos procesos explicativos en relación a qué factores se sitúan a la base de las interacciones madre-hijo marcadamente aversivas: la hipótesis de obediencia y la hipótesis de predictibilidad, basadas la primera de ellas en la teoría de la coerción de Patterson, y la segunda en los trabajos de Wahler y su grupo. Ambos planteamientos surgen desde modelos del aprendizaje social y señalan el **refuerzo negativo** como el componente más importante y mecanismo clave a la base de estos procesos de coerción.

Los niños agresivos emplean una gran cantidad de conductas desviadas para controlar a los miembros de su familia, que cumplen una función de estímulo en el proceso de coerción (Patterson, 1982). Los padres, dado lo aversivo de estas conductas infantiles, ceden ante las demandas de éste, y su comportamiento se ve reforzado negativamente al conseguir que el niño cese de comportarse así. Este proceso descrito por Patterson (1976; 1982), y denominado posteriormente por Wahler y Dumas (1986) "hipótesis de obediencia", explica, mediante el concepto de refuerzo, cómo se mantienen estas cadenas coercitivas en la familia.

Otro punto de vista es el planteado por Wahler y Dumas (1986) en la formulación de su "hipótesis de predictibilidad". La conducta aversiva de los niños agresivos puede estar relacionada con las tendencias de la madre a reaccionar de un modo **inconsistente** ante los comportamientos de su hijo. Cuando la madre es inconsistente en sus respuestas hacia el niño, lo sitúa en un contexto interaccional impredecible, en el que puede responder de la misma forma tanto a conductas positivas, negativas o neutras de su hijo, colocando al niño en un entorno social que es indiscriminado o no contingente respecto a su comportamiento. Esta hipótesis está basada en el modelo de condicionamiento operante, y explica el mantenimiento de la conducta aversiva del niño a través de un aprendizaje instrumental de aquella respuesta que es más útil para reducir la incertidumbre del ambiente.

El trabajo de Wahler y Dumas (1986) ofrece un **apoyo correlacional** a la hipótesis de indiscriminación, dejando por determinar la direccionalidad, es decir, la relación temporal entre las respuestas indiscriminadas de la madre y el comportamiento aversivo del niño. El

trabajo de Wahler Williams y Cerezo (1990) perfila la cuestión de la direccionalidad utilizando un diseño de análisis secuencial de tipo lag realizado sobre una muestra de 25 familias clínicas. Un interesante hallazgo, en el estudio de Wahler *et al.* (1990), sugiere que ambos procesos, obediencia y predictibilidad, operan en "tándem" y explican de un modo conjunto los procesos que subyacen a los intercambios aversivos entre madre e hijo. Esta contribución unifica los dos procesos explicativos anteriormente expuestos en relación a los factores de mantenimiento de las relaciones coercitivas familiares.

Desde una aproximación de análisis secuencial, nuestro trabajo se centra en dos **objetivos** básicos. En primer lugar, poner a prueba las hipótesis de obediencia y de predictibilidad en un grupo de familias abusivas, siguiendo el trabajo de Wahler *et al.* (1990) realizado con familias estadounidenses, para determinar si los resultados se replican para una muestra española. En segundo lugar, el análisis de los patrones interaccionales de díadas no abusivas, y su comparación con los resultados obtenidos en el grupo de familias abusivas. Este objetivo cubre un aspecto novedoso, ya que no se han encontrado otros trabajos que estudien estos procesos en muestras no clínicas.

Estos objetivos básicos se traducen en las siguientes **hipótesis** de trabajo, relacionadas con el análisis correspondiente al grupo de díadas madre-hijo abusivas:

1.- Se espera que después de un episodio de obediencia materna, el nivel de conducta desviada infantil se reduzca de un modo significativo.

2.- Se espera que después de un episodio de indiscriminación materna, el nivel de conducta desviada infantil aumente de un modo significativo. Asimismo, se espera que después de la conducta desviada infantil, la probabilidad de que la madre actúe de un modo indiscriminado disminuya.

3.- Los dos episodios de conducta materna guardan una relación en el tiempo, precediendo el episodio de obediencia al de indiscriminación. La probabilidad de un episodio de indiscriminación será más alta inmediatamente después de un episodio de obediencia.

Las hipótesis relativas en el grupo de familias no abusivas, así como la comparación entre los resultados obtenidos en los dos grupos, abusivas *versus* no abusivas, se plantean con un carácter exploratorio. Queremos observar si el grupo no abusivo tiene unos patrones de interacción madre-hijo similares, aunque más reducidos, al grupo de abuso, o bien sigue unos patrones distintos.

Los **sujetos** que constituyen la muestra de este estudio son 50 familias residentes en la Comunidad Valenciana que se dividen en dos grupos, familias abusivas y no abusivas, cada uno de ellos con 25 familias. La edad media de los niños del grupo de abuso es de 8,72 años ($sd=2,72$), siendo 21 niños y 4 niñas. El grupo no abusivo presenta una edad media infantil de 8,00 ($sd=2,16$), y esta compuesto por 15 niños y 10 niñas. Las características de nuestro grupo de familias abusivas son similares a las del grupo del estudio de referencia. En ambos casos se trata de familias con un elevado nivel de desventaja socioeconómica, aislamiento social, con presencia de sintomatología depresiva materna, así como un alto nivel de conducta desviada infantil.

Las variables incluidas en este trabajo se obtuvieron a través del **instrumento** denominado *Standardized Observation Codes* (SOC III) (Cerezo *et al.*, 1986; Cerezo, 1991). El SOC III es un sistema de observación conductual centrado en el estudio de las interacciones familiares en el hogar, que permite un tipo de registro continuo de la interacción, siendo un instrumento adecuado para el registro de secuencias de eventos. La información obtenida por este instrumento ha mostrado su fiabilidad y validez en diversos estudios centrados en códigos o conjuntos de códigos (Bond y Wahler, 1986; Cerezo, 1988; Pons y Cerezo, 1991; D'Ocón *et al.*, 1993; D'Ocón y Cerezo, en prensa).

1993, abril, 5-7, Palma de Mallorca.

- D'OCÓN, A.; CEREZO, M.A. (en prensa) La observación naturalista de la interacción familiar. Fiabilidad de las secuencias de eventos. *Psicológica*.
- DUMAS, J.E.; WAHLER, R.G. Indiscriminate mothering as a contextual factor in aggressive-oppositional child behavior: dammed if you do, dammed if you don't. *Journal of Abnormal Child Psychopathology* 1985, vol. 13, p. 1-17.
- PATTERSON, G.R. The aggressive children: victim and architect of a coercive system. En: Mash, E.; Hamerlynck, L.; Handy, L., editores. *Behavior modification and families*. New York: Brunner/Mazel, 1976, p. 267-316.
- PATTERSON, G.R. A microsocial analysis of structure and process. *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia, 1982.
- PONS, G.; CEREZO, M.A. Propiedades psicométricas del SOC III. En: Cerezo, M.A., editora. *Interacciones familiares. Un sistema de evaluación conductual*. Madrid: Mepsa, 1991, cap. 3.
- REID, J. Behavioral approaches to intervention and assessment with child-abusive families. En: Bornstein, P.; Kazdin, A., editores. *Handbook of clinical behavior therapy with children*. 1985.
- SACKETT, G.P. The lag sequential analysis of contingency and cyclicity in behavioral interaction research. En: Osofsky, J., editor. *Handbook of infant development*. New York: Wiley, 1979, p. 623-649.
- WAHLER, R.G. The insular mother: her problems in parent-child treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1980, nº 2, vol. 13, p. 207-219.
- WAHLER, R.G.; DUMAS, J.E. Maintenance factors in coercive mother-child interactions: the compliance and predictability hypothesis. *Journal of applied Behavior Analysis* 1986, nº 19, p. 13-22.
- WAHLER, R.G.; WILLIAMS, A.J.; CEREZO, M.A. The compliance and predictability hypothesis: sequential and correlational analyses of coercive mother-child interactions. *Behavioral Assessment* 1990, vol. 12, p. 391-407.

Algunas reflexiones sobre la caracterización del maltrato infantil en España

David Saldaña Sage, Alfredo Oliva Delgado, Jesús Jiménez Morago
Universidad de Sevilla

Hasta la fecha, la investigación sobre la incidencia del maltrato infantil en España se ha materializado en diversos trabajos de ámbito provincial o autonómico. Es el caso de los estudios realizados en Guipúzcoa (De Paúl *et al.*, 1995), en Cataluña (Inglés, 1995) y en Andalucía (Jiménez *et al.*, 1995). Un convenio suscrito entre la Universidad de Sevilla y el Centro de Estudio del Menor y la Familia del Ministerio de Asuntos Sociales ha permitido realizar una investigación que cuantifique y caracterice el maltrato detectado desde la administración en todo el Estado Español.

La presente comunicación se centra especialmente en este último trabajo, presentando algunas de las conclusiones más relevantes que se pueden derivar del mismo.

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo del trabajo era cuantificar y caracterizar el fenómeno de los malos tratos a la infancia tal y como éste había sido detectado por los servicios de protección de menores de las diferentes comunidades autónomas. Las actuaciones de estos dispositivos son diversas, y van desde la retirada del niño de su contexto familiar hasta la intervención psicosocial con su familia, pasando por todo tipo medidas legales. Son justamente los expedientes iniciados a propósito de éstas y otras actuaciones las que constituyeron el objeto de estudio en la presente investigación.

Se revisaron la práctica totalidad de los expedientes abiertos durante los años 1991 y 1992 en todas las comunidades autónomas del Estado, incluidas las comunidades insulares y Ceuta y Melilla. El número total incluido en el estudio fue de 32.483 (siendo el total de expediente estimado de 33.454).

El procedimiento seguido en el trabajo de campo consistió en la revisión de los distintos documentos incluidos en cada expediente, determinando a partir de la evidencia documental presente en los mismos la presencia o no de malos tratos al menor. En caso afirmativo, recogía también otros tipos de variables, como el tipo de maltrato, persona causante del maltrato, características del menor, hábitat y entorno social del niño, y datos de carácter administrativo del expediente y medidas adoptadas.

La tipología de malos tratos empleada en el estudio incluía el maltrato físico, la negligencia, el abuso sexual, el maltrato emocional, la corrupción, la mendicidad, la explotación laboral y el maltrato prenatal.

ALGUNAS CONCLUSIONES Y PROPUESTAS A PARTIR DEL ESTUDIO DE LOS EXPEDIENTES DE MENORES

Caracterización del maltrato

La primera contribución de relevancia de este estudio quizás sea simplemente su dimensión. Es, como ya hemos señalado, el primer trabajo de ámbito nacional. Aunque el uso de una única fuente de información, como los archivos de los servicios de protección, limita su utilidad como estudio de incidencia, aporta algunos datos de indudable interés para caracterizar el tipo y naturaleza de los malos tratos a los niños.

El número total de menores maltratados hallados fue de 8.565, lo que supone el 24,64% del total de niños en los expedientes. La negligencia fue la categoría de maltrato más detectada (79,1%), seguida del maltrato emocional (42,5%) y el maltrato físico (30,1%). Los demás tipos se presentaban en porcentajes inferiores al 10%. Ahora bien, exceptuando la negligencia, que aparece sola en un 21,7%, la mayor parte de los tipos no se presentan aislados, sino asociados a otros (esto sucede en el 55% de los niños).

Estos datos concuerdan en gran medida con los hallados en los estudios epidemiológicos realizados con anterioridad (De Paúl *et al.*, 1995; Inglés, 1995; Jiménez *et al.*, 1995). En todos ellos, estos tres tipos de maltrato eran los más frecuentes, destacando siempre la negligencia por encima de los demás. Además de confirmar esta visión global del perfil del maltrato en nuestro país, cabe también señalar algunas limitaciones en la detección del maltrato, comunes al presente trabajo y algunos de los anteriores. En concreto hay que subrayar lo que parece una infradetección en algunas de las categorías de maltrato. De hecho, aunque es difícil saber cuánto maltrato no se detecta, ya podemos tener una cierta idea de cuál es el que no se suele encontrar. Por motivos diferentes, cabe mencionar el abuso sexual y el maltrato emocional. Estudios que han empleado metodologías distintas a la consulta a los profesionales (como López, 1994, por ejemplo), han encontrado tasas de abuso sexuales muy superiores al 4,2% del presente trabajo. El caso del maltrato emocional es diferente. Aunque globalmente se ha detectado un 42,5% de niños víctimas de esta forma de abuso, sólo en un 3,5% no estaba asociado a otras modalidades. Por tanto, el maltrato emocional "puro", no combinado con otros tipos es poco detectado. Es de esperar que ambas modalidades de maltrato emocional, a saber, la que aparece conjuntamente con maltrato físico o abusos sexuales, por ejemplo, y la que aparece sola, no sean idénticas en su naturaleza y manifestaciones y que sea más sencillo que ésta última pase sin ser detectada.

Por otra parte, la coincidencia de estas tendencias en los estudios regionales anteriores confirma el interés de la investigación basada en los expedientes de menores. El posible sesgo que pudiera darse parece más bien centrado en la seriedad y gravedad de los casos estudiados que en el tipo y características del maltrato.

La protección al menor en España

Esta investigación ha permitido también conocer cuáles son las actuaciones de la administración ante las situaciones de maltrato. Ello tiene un doble interés.

En primer lugar, aporta información sobre cuáles son los mecanismos que los servicios de protección están efectivamente poniendo en marcha. Por ejemplo, permite disponer de

datos como la procedencia de los casos de maltrato. Sabemos, así, que la mayor parte de los menores que llegan a estos dispositivos proceden de los servicios sociales de base o comunitarios (56%), siendo la policía y los tribunales (13%), junto con los familiares que acuden directamente a las delegaciones provinciales (12%) las segundas fuentes más importantes. En cuanto a las medidas adoptadas con los menores maltratados, en un 35% de trata de la tutela automática contemplada en la Ley 21/87, en un 23% la administración asume la guarda del menor exclusivamente, y en otro 23% las actuaciones suponen intervenciones psicosociales u otro tipo de medidas sin retirada del niño del hogar familiar.

Ahora bien, la misma actuación de la administración permite complementar la visión que del maltrato dan los expedientes. Las intervenciones de los equipos de profesionales se basan en factores tan diversos como el riesgo percibido, los recursos disponibles o la severidad del maltrato (Dalglish y Drew, 1989; De Panfilis y Scanapieco, 1994). Las medidas que adoptan son diversas y suponen, en cierto modo, un espejo de la percepción de los profesionales de primera línea de los casos de maltrato que les llegan (además de otros aspectos como las restricciones de recursos que se les presentan). Así, se observa que la presencia de un factor como la toxicomanía en la madre se asocia a un mayor número de intervenciones con retirada del niño de su entorno (50% frente al 32% para las familias sin este problema). Lo mismo sucede cuando el padre se encuentra en situación de desempleo (24% frente al 17%), en los casos de familias monoparentales de madres solteras (50%) o de familias biparentales reconstituidas (41%). La edad del niño también influye claramente en la actuación de los equipos de protección: cuanto más pequeño, más posible es que sea retirado de su hogar. Aunque el estudio no criterios de gravedad y severidad de riesgo para el desarrollo del menor, por otra parte muy difíciles de extraer de los documentos incluidos en los expedientes, la actuación de los servicios nos apuntan ciertas variables que probablemente interactúen con el tipo de maltrato para producir situaciones de muy diversa naturaleza, según la presencia o ausencia de diferentes variables que podrían agravar o atenuar las consecuencias o el riesgo para el menor. Al fin y al cabo, esto concuerda con un modelo de desarrollo y maltrato infantiles ecológico, en el que la situación queda definida por múltiples variables de diferente naturaleza.

El tipo de maltrato como variable demasiado limitada

Esta observación conduce una reflexión de naturaleza más metodológica acerca del papel que debe jugar el tipo de maltrato en la definición de las situaciones de los menores. Un fenómeno tan complejo como éste, en el que se combinan simultáneamente aspectos sociales, familiares o personales, no puede comprenderse bien con procedimientos y unidades de análisis que sólo contemplen las relaciones entre dos o tres variables. Si a esto añadimos el que en gran parte de los casos las distintas modalidades de maltrato aparecen en combinación con otras, la situación se complica aún más. Las complejas interrelaciones entre diferentes factores, las tendencias que se observan en la actuación de los servicios y el propio modelo teórico obligan a utilizar métodos más adecuados.

En el caso presente, se intentaron agrupar a los menores en función de diferentes variables de interés que pudieran definir mejor su situación de riesgo, mediante el procedimiento del análisis de correspondencias múltiples. A partir de aquí se definieron cuatro situaciones o clases de menores:

- Clase 1: incluye a los menores de entre 2 y 9 años que sufren situaciones de negligencia y en algunos casos también de mendicidad. Pertenecen a familias numerosas y socioeco-

nómicamente muy desfavorecidas. Tanto la detección como la intervención corre mayoritariamente a cargo de los servicios sociales comunitarios.

- Clase 2: son recién nacidos, generalmente hijos únicos y portadores del virus del SIDA en una gran proporción. Sus madres son toxicómanas. Sus familias, monoparentales a menudo, tienen dificultades económicas y residen en grandes ciudades. La detección se realiza precozmente a través de los servicios sanitarios, y la intervención muy frecuentemente se realiza mediante tutelas automáticas y acogimientos familiares.

- Clase 3: afecta sobre todo a niñas mayores de nueve años, en ambientes marginales y delictivos en muchos casos. Consiste en una combinación de abuso sexual, corrupción, maltrato emocional y maltrato físico. Su detección suele corresponder a los servicios policiales. La tutela automática es la medida más empleada.

- Clase 4: son niños afectados por el maltrato emocional y físico, en familias más cercanas a patrones socioeconómicos normalizados. A menudo, sin embargo, aparecen asociados a problemas de alcoholismo.

Aunque ésta es, lógicamente, una propuesta incompleta, tiene la ventaja de asociar a niños y niñas cuyas situaciones, globalmente consideradas, son similares. Sería de interés profundizar en el futuro en la consideración de agrupaciones de este tipo, e incluso de subgrupos, en los que el maltrato pasa a ser una variable definitoria más de la clasificación, pero no la única.

El tipo de maltrato como variable demasiado amplia

A la vez que se estudia la asociación entre tipos de maltrato y con otras variables, conviene profundizar en la caracterización de las formas que adopta el maltrato mismo. El empleo de un marco como el adoptado en el estudio, con ocho categorías amplias, plantea ciertas limitaciones. Así, detrás de un tipo de maltrato como la mendicidad, por ejemplo, se esconden situaciones como la del bebé utilizado por su madre para pedir limosna o la del niño en edad escolar que mendiga en solitario. El maltrato físico incluye golpes, quemaduras y envenenamientos, por ejemplo. Abusos sexuales son la violación o el exhibicionismo, ... Este razonamiento nos ha llevado a utilizar como unidades de análisis variables de menor extensión, designadas como "subtipos" de maltrato. A título de ejemplo, cabe mencionar los subtipos de suciedad, hambre, vestimenta inadecuada, desatención médica, repetidos accidentes domésticos, ausencia de supervisión, desatención escolar, en la categoría de la negligencia; los de inducción al consumo de drogas, utilización en el tráfico de drogas, incitación al robo o la agresión o implicación del niño en actividades sexuales con otros niños o adultos, en la corrupción; o la utilización en tareas domésticas, en tareas agrícolas, o en otras tareas que suponen beneficio económico, en la explotación laboral.

El uso de estos subtipos ha sido de indudable valor. Ha permitido distinguir, por ejemplo, entre una mendicidad mayoritaria, ejercida por niños pequeños en compañía de sus padres, y otra minoritaria, realizada por niños algo mayores en solitario. Se han podido detectar dos perfiles de corrupción claramente diferenciados: el de los niños, más centrado en la incitación al tráfico de drogas, robo o agresión, y el de las niñas, que supone implicación en actividades sexuales con otros menores o adultos. La explotación laboral también se puede diferenciar en función del género: hay un tipo de explotación doméstica, que afecta a las chicas, y otra con beneficio económico directo, la de los chicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DALGLEISH, L.I.; DREW, E.C. Relationship of child abuse indicators to the assessment of perceived risk and to the courts decision to separate. *Child Abuse and Neglect* 1989, nº 13, p. 491-506.
- DE PAÚL, J. et al. La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Guipúzcoa. *Infancia y Aprendizaje* 1995, en prensa.
- DEPANFILIS, D. SCANAPIECO, M. Assessing the safety of children at risk of maltreatment: decision-making models. *Child Welfare* 1994, nº 73, p. 3.
- INGLES, A. Origen, proceso y resultados del estudio sobre malos tratos infantiles en Cataluña. *Infancia y Aprendizaje* 1995, en prensa.
- JIMÉNEZ, J. et al. *El maltrato infantil en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Asuntos Sociales, 1995.
- LOPEZ, F. *Abusos sexuales a menores: lo que recuerdan de mayores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1993.

Análisis de las redes de apoyo social en menores acogidos en residencias

Jorge Fernández del Valle, Aranzazu García García
Universidad de Oviedo

Hace muchos años que el estudio del apoyo social se ha convertido en un tópico de los más relevantes en la investigación aplicada. Su papel como factor preventivo en algunos casos, y amortiguador en otros, del impacto de los problemas de salud en la población ha sido puesto de manifiesto en diversos estudios.

En el campo de la intervención social parece pertinente reivindicar un lugar preeminente, como el que se ha descrito en la intervención en salud. Por poner un ejemplo, las redes de apoyo social han sido consideradas un aspecto importante del conjunto de factores que incrementan la probabilidad de la ocurrencia de episodios de maltrato infantil cuando la familia carece de una adecuada red de apoyo.

Desde el contexto de las residencias de menores hace ya algunos años que venimos trabajando en la evaluación del soporte social que siguen manteniendo estos menores que, por su alojamiento residencial, pueden sufrir problemas de apoyo familiar y comunitario. Además, por la nueva medida, deben crear nuevas redes de apoyo en contextos diferentes. En otras palabras, el tránsito familia-residencia supone un reto adaptativo en el que la flexibilidad de la red de relaciones es muy importante. Avanzando un poco más de terreno podríamos incluso decir que el apoyo social del menor debería ser un indicador del impacto de la medida residencial. En las macroinstituciones aún recientes, como entorno cerrado, lo común sería esperar que la red social del menor se constituyera casi exclusivamente por las personas con las que interactuaba en la residencia. Cuando se proclama el principio de normalización como eje de asistencia en las residencias, se esperaría que las redes de los menores se abrieran al exterior, o que no perdieran las relaciones anteriores. ¿Hasta qué punto esto ha sido así?

Es importante destacar que el estudio que aquí se presenta en forma muy resumida pretende un enfoque relativamente distinto al que suele encontrarse habitualmente. Aunque se hará referencia a algunos aspectos del apoyo percibido por los menores, en esta ocasión estamos interesados en analizar la red de personas que se relacionan con nuestros menores y el grado de apoyo que aportan. Se trataría, más que del estudio del apoyo de los menores, del estudio del apoyo que los diferentes roles de la red (padre, madre, educador, etc) proporcionan.

MUESTRA

Para este estudio se han evaluado dos grupos de menores entre 11 y 16 años. El grupo **residencial** se compone de 80 menores (la mitad de cada sexo) alojados en varias residencias de la comunidad de Asturias. El grupo que podríamos denominar normativo lo componen otros ochenta menores seleccionados aleatoriamente entre alumnos de la E.G.B. de colegios de zonas o barrios periféricos de una capital, aunque controlando las variables sexo y edad de tal modo que la muestra resulte gemela a la anterior.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

El instrumento que venimos empleando desde hace varios años trata de reflejar la red de apoyo social del sujeto mediante la evaluación de cada una de las personas de dicha red. Para ello se utiliza un cuestionario estructurado por contextos: familiar, escolar, residencial, asociativo y de otras amistades. Para cada uno de estos contextos se le pregunta al sujeto por las personas con las que convive habitualmente (padre, madres, etc.) que pasan a integrar su red social. Además, se añaden aquellas otras personas que el sujeto libremente elige de entre sus amistades, compañeros del colegio, etc.

Para cada una de estas personas se pregunta la edad aproximada, la frecuencia de la relación (diaria, semanal, etc.), y el tipo de apoyo percibido. Para ésta última cuestión se pregunta acerca del grado de **confianza** (¿cuando tiene un problema se lo cuenta?); **ayuda** (¿sí sabe que tiene problemas le ayuda?); y **sentimiento de pérdida** (si no lo volviera a ver ¿lo sentiría mucho?).

Finalmente, la puntuación del instrumento permite obtener datos para cada sujeto relativos a:

- Estructura de la red: tamaño de la red de cada contexto y tamaño total.
- Funcionalidad de la red: apoyo percibido de cada contexto y apoyo medio.

En nuestro caso analizaremos la composición de la red de nuestros menores en comparación con el grupo normativo. Para ello se han estudiado un total de 1.789 personas que integraban la red social de los menores de ambos grupos.

RESULTADOS

Estructura de la red

Se han analizado el número y el tipo de figura (padre, amigo, profesor, etc.) que aparece en cada una de las redes sociales de ambas muestras y se han podido observar varias cuestiones de interés. En primer lugar, la red de los menores en residencias es más amplia (un promedio de 12,4 personas, frente a 9,9 en el grupo normativo), puesto que el entorno de la residencia proporciona un numeroso grupo de personas (amigos, educadores, compañeros de habitación) de intensa convivencia. Como era de esperar, las figuras familiares de padre y madre son más frecuentes en el grupo normativo, especialmente los primeros (un 42% de los menores en residencia no tiene relación con el padre, frente a un 18% en el grupo normativo). Sin embargo, la presencia de otros familiares se hace más frecuente en los menores en residencia, probablemente porque los tíos suelen tener un papel importante en algunas salidas de fin de semana, o bien porque sea más frecuente de convivencia de familia extensa en el mismo hogar. En el contexto escolar resulta curiosa la aparición de un mayor número de amigos para los del grupo normativo (un promedio de 3,2 frente a 1,7) y, sin embargo, los profesores son figuras de relación en mayor porcentaje para los menores en residencias. Finalmente, los amigos de asociaciones y los amigos en general son más numerosos para el grupo normativo.

En general, se puede concluir que la red social de los menores en residencias depende en una gran parte de las personas con las que se relaciona dentro de estas instituciones, ya que en el resto de contexto sus redes son más deficitarias que en el grupo normativo. Pero ¿qué pasa cuando hablamos de apoyo percibido?

profesionales. Parece que sólo la edad del niño y el locus de control del profesional determinarían la percepción de estrés o de logro respectivamente, mientras que no se encuentra relación con el síndrome de *burnout* con el número de casos atendidos, el grado de formación, los tiempos de respiro, ni con el tipo de tareas que se realiza (Fukua, 1986). No se encuentra relación entre dicho síndrome y la calidad del servicio, ni con la rotación de profesionales (Hildebrand, 1986). En otras ocasiones se encuentra relación positiva entre niveles formativos y el grado de experiencia, y una mayor satisfacción en el trabajo.

Segunda etapa

Se comienzan a discriminar los factores personales y ambientales implicados.

En una encuesta realizada a profesionales de 27 entidades de atención a la infancia en Ohio, encuentran que la percepción de avances con los niños está relacionada con la satisfacción con el trabajo, y que las variables ambientales están más relacionadas con la implicación del trabajador en el servicio y con el deseo de cambio de trabajo (Kingsley, 1988), apuntando una línea que confirmarán otros estudios sobre la relativa independencia de la satisfacción con el trabajo y la implicación en el mismo. Así, estudiando la indefensión aprendida y la autoestima McMullen encuentra que el agotamiento emocional y la despersonalización que forman parte del síndrome de *burnout* está relacionada con la baja autoestima y la indefensión aprendida, pero no con el sentimiento de logro (McMullen, 1988; Kontos, 1988).

En la misma época otro estudio analizó los factores que determinan la satisfacción con el trabajo y la implicación en la organización en entornos de atención a la infancia, encontrando que las características individuales se relacionaban con sentimientos de satisfacción y frustración, y que la percepción de satisfacción está relacionada con algunas características individuales, pero sobre todo, viene determinada por las condiciones generales del trabajo; de cómo sean las relaciones con los compañeros, las relaciones con el jefe, la naturaleza del trabajo, el salario y las oportunidades de desarrollo personal (Jorde-Bloom, 1988). Este hallazgo se confirma en otros trabajos como el de Holloway para analizar el síndrome de *burnout* entre profesionales de atención a la infancia, encontrando que las variables organizacionales son mucho más determinantes que las individuales (Holloway, 1990). Todo ello se confirma también en un estudio sobre clima organizacional en profesionales de atención a la infancia que establece la relativa independencia entre las variables de clima de la organización y satisfacción con el trabajo.

Interpretando este conjunto de datos podríamos establecer la relativa independencia entre las variables de clima de la organización y satisfacción con el trabajo y la implicación del trabajador en el servicio, pudiendo apreciar al menos cuatro grandes situaciones posibles:

- 1.- Alta satisfacción y alta implicación: representa la situación ideal.
- 2.- Alta implicación y baja satisfacción: sería un candidato a la frustración y a sufrir el síndrome de *burnout*.
- 3.- Baja implicación y alta satisfacción: personas mucho más satisfechas con el contenido de su trabajo que con las condiciones en que lo realiza. En este grupo se encuentra la mayoría de los profesionales de atención a la infancia.
- 4.- Baja implicación y baja satisfacción. Fomenta una actitud de "pasa del trabajo" y favorece el deseo de cambio.

Tercera etapa

Discriminación entre distintas variables ambientales.

Se establece la diferencia entre el estrés percibido y las condiciones objetivas entre las que hay una relación pero no una identidad (Curbow 1990). Se establece la importancia del rol profesional respecto a la realización personal en el trabajo, pero mientras la percepción de logro está relacionado con el conflicto de rol, el síndrome de *burnout* está más bien relacionado con la ambigüedad con la que el trabajador percibe su rol, distinción que resulta fundamental.

Por otro lado, la satisfacción con el trabajo se relaciona con el salario (Mulli, 1986; Vinokur-Daplan, 1991; Phillips, 1991), con influencias culturales (Wares, 1992), con la auto-percepción y con la retroalimentación sobre la propia eficacia en función de la información que proporciona el coordinador, la importancia que se le da, y la información que proporcionan los compañeros (Stremmel, 1990).

EFECTOS

Dejando de lado alguna investigación que hace nueve años no encontraba efectos del *burnout* sobre la calidad del servicio (Hidebrand, 1986), se conocen efectos negativos sobre la actuación de profesionales de protección de menores con algunos detalles. La claridad de las expectativas de trabajo y la satisfacción general con el trabajo, tienen una relación inversa con el potencial de maltrato infantil tal como lo mide el *Child Abuse Potential (CAP) Inventory* (Atteny-Milner, 1987). La toma de decisiones es una actividad especialmente sensible a los estados emocionales. Se conoce que altas puntuaciones en el cuestionario de *burnout* de Maslach, correlaciona con conductas "defensa evitativa" en decisiones estresantes. Entre los trabajadores que evaluaron un caso de negligencia crónica como una situación sin riesgo para el niño, las altas puntuaciones en *burnout* predijeron una decisión más rápida e inquebrantable (McGee, 1989). Así mismo, la interpretación de las decisiones juzgadas inapropiadas llevan a dos tipos de estrategias predominantes: considerarse a sí mismo como fracaso, o imaginarse a sí mismo como un predictor omnisciente del efecto sobre el cliente, y ambas tienden a aislar al profesional respecto de las necesidades de su cliente (Teran, 1988).

Se ha encontrado que algunos profesionales de los servicios de protección tienen más deseos de cambiar de trabajo cuanto más motivados están por el logro (Phillips, 1991; Stremmel, 1991). Algunos predictores del deseo de cambiar de trabajo en este tipo de servicios parecen ser: el grado de desimplicación en la organización, la insatisfacción con el trabajo, y las oportunidades percibidas de disponer de trabajos alternativos (Stremmel, 1991).

La influencia del entorno y los antecedentes personales del trabajador no parecen influenciar el consenso básico sobre las condiciones importantes que afectan positiva y negativamente a los niños, pero sí sobre la atribución de logro, que se ve condicionada de esta manera por aspectos organizativos.

PROTECCIÓN

Se ha escrito poco todavía sobre las condiciones adecuadas para proteger a los profesionales. Un estudio importante sobre factores protectores sólo pudo descubrir tres de entre

un gran número de variables ambientales y personales: la claridad del rol profesional, la percepción del jefe como ayudador y la participación en actividades de voluntariado relacionadas con la profesión (McGee, 1989).

Entre las estrategias propuestas para prevenir el síndrome de *burnout* destacan:

- 1.- Una conciencia precisa de los propios puntos débiles y fuertes.
- 2.- Tener unos criterios realistas para evaluar los resultados de la intervención.
- 3.- Expectativas realistas sobre las posibilidades de los educadores y centros residenciales.
- 4.- Habilidades para la coordinación institucional (Raider, 1989).

EPÍLOGO

Todo lo anterior parece coincidir plenamente con los resultados de un estudio encargado recientemente por la Dirección General de Servicios Sociales de Castilla y León, al Colectivo I.O.E.: el objeto era averiguar las percepciones que tenían los profesionales de los servicios comunitarios respecto del servicio de protección de menores. Los resultados mostraron claramente que se demandan tres líneas de cambio al servicio:

1.- Una mayor clarificación de los roles de las instituciones y de los equipos profesionales, así como, de los protocolos de derivación de casos.

2.- Un ejercicio más contundente y ágil de la autoridad administrativa en los casos de maltrato infantil.

3.- Desean recibir más ayuda de los profesionales de segundo nivel para desempeñar sus funciones comunitarias en los casos de riesgo.

Vemos que sucesivamente se establece una cadena de relaciones clientes-proveedor que va desde el niño hasta el juez, pasando por distintos profesionales; cada uno es servido por unos proveedores que determinan parte de sus condiciones de trabajo y sirve, a su vez, a unos clientes que sufren los efectos de su "queme". Parece que la claridad de roles y la función de ayuda serían dos de las variables más importantes para garantizar la calidad final del servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATTEN, D.W.; MILNER, J.S. Child abuse potential and work satisfaction in day-care employees. *Child Abuse and Neglect* 1987, vol. 11, nº 1, p. 117-123.
- BARJAU, C. Factores de vulnerabilidad en los profesionales que prestan sus servicios en el ámbito de la protección infantil. *II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. 1993, Vitoria.
- BOYD, B.J.; PASLEY, B. K. Role stress as a contributor to burnout in child care professionals. *Child and Youth Care Quarterly* 1989, winter, vol. 18, nº 4. p. 243-258.
- CURBOW, B. Job stress in child care workers: a framework for research. *Child and Youth Care Quarterly* 1990, winter, vol. 19, nº 4, p. 215-231.
- FUQUA, R.; COUTURE, K. Burnout and locus of control in child day care staff. *Child Care Quarterly* 1986, summer, vol. 15, nº2 p. 98-109.
- HILDEBRAND, J.; SEEFELDT, C. Teacher burnout and environmental quality in child care centers. *Child Care Quarterly* 1986, summer, vol. 15, nº 2, p. 98-109.
- HILDEBRAND, J.; SEEFELDT, C. Teacher burnout and environmental quality in child care

- centers. *Child Care Quarterly* 1986, summer, vol. 15, n° 2, p. 90-97.
- HOLLOWAY, D.; WALLINGA, C.R. Burnout in child life specialists: the relation of role stress. *Children's Health Care* 1990, winter, vol. 19, n° 1, p. 10-18.
 - JORDE BLOOM, P. Factors influencing overall job satisfaction and organizational commitment in early childhood work environments. *Journal of Research in Childhood Education* 1988, fall-winter, vol. 3, n° 2, p. 107-122.
 - KINGSLEY, R.F.; COOK HATALA, C.; A survey of child care workers: implications for administrators regarding job stress and satisfaction. *Child and Youth Care Quarterly* 1988, winter, vol. 17, n° 4, p. 281-287.
 - KONTOS, S.; STREMMEL, A.J. Caregivers' perception of working conditions in a child care environment. *Early Childhood Research Quarterly* 1988, March, vol. 3, n° 1, p. 77-90.
 - MACCLELLAND, J. Job satisfaction of child care workers: a review. *Child Care Quarterly* 1986, summer, vol. 15, n° 2, p. 82-89.
 - MACGEE, R.A. Burnout and professional decision making: an analogue study. *Journal of Counseling Psychology* 1989, July, vol. 36, n° 3, p. 345-351.
 - MACMULLEN, M.B.; KRANTZ, M. Burnout in day care workers: the effects of learned helplessness and self-esteem. *Child and Youth Care Quarterly* 1988, winter, vol. 17, n° 4, p. 275-280.
 - MULLIS, A.K.; ELLETT, C.H.; MULLIS, R.L. Job satisfaction among child care workers. *Journal of Child Care* 1986, vol. 2, n° 6 p. 65-75.
 - PHILLIPS, D.A.; HOWES, C.; WHITEBOOK, M. Child care as an adult work environment. *Journal of Social Issues* 1991, summer, vol. 47, n° 2, p. 49-70.
 - RAIDER, M.C. Burnout in children's agencies: a clinician's perspective. *Residential Treatment for Children and Youth* 1989, vol. 6, n° 3, p. 43-51.
 - SMALL, R.W.; DODGE, L.M. Roles, skills, and job tasks in professional child care: a review of the literature. *Child and Youth Care Quarterly* 1988, spring, vol. 17, n° 1, p. 6-23.
 - STREMMEL, A.J. Predictors of intention to leave child care work. *Early Childhood Research Quarterly* 1991, june, vol. 6, n° 2, p. 285-298.
 - TERAM, E. From self managed hearts to collective action: dealing with incompatible demands in the child welfare system. *Children and Youth Services Review* 1988, vol. 10, n° 4, p. 305-315.
 - VINOKUR-KAPLAN, D.; HARTMAN, A. A national profile of child welfare workers and supervisor. *Child Welfare* 1986, july-august, vol. 65, n° 4, p. 323-335.
 - VINOKUR-KAPLAN, D. Job satisfaction among social workers in public and voluntary child welfare agencies. *Child Welfare* 1991, january-february, vol. 70, n° 1, p. 70(1) 81-91.

El "queme" profesional y su repercusión en la práctica profesional

M^a Ignacia Arruabarrena Madariaga

Asociación de Orientación y Tratamiento Familiar ARGABE, San Sebastián

Esta ponencia tiene como objetivo presentar una serie de reflexiones acerca de la magnitud del problema del "queme" en los profesionales de los servicios de protección infantil del Estado Español, de algunas de las razones que explican su aparición, y, fundamentalmente, de sus repercusiones en la práctica profesional.

Algunas cuestiones sobre las que versará la intervención:

- El "queme" como resultado de la percepción/experimentación reiterada por parte de un sujeto de que los recursos de que dispone (materiales, emocionales, habilidades técnicas, etc.), son insuficientes para hacer frente a una determinada situación. Percepción de la situación como una amenaza (estrés) y definición de la misma como "problema".

- Tipos de razones del "queme" en los profesionales de los servicios de protección infantil:

a) Razones externas al profesional (institucionales, disponibilidad de recursos materiales o humanos, estructura funcional, etc.).

b) Razones internas del profesional (p.ej., falta de formación, expectativas inadecuadas en relación a la tarea a realizar).

Dificultades para reconocer las razones de carácter interno:

- Repercusión del "queme" profesional en la práctica profesional. Paralelismos con la actuación de algunos padres maltratantes:

a) Padres maltratantes: priorizan sus necesidades a las de sus hijos. Tienen necesidades básicas (fundamentalmente emocionales) sin cubrir, lo que les impide atender las necesidades de sus hijos. Profesionales: la intervención gira en torno a las necesidades del profesional, no de sus clientes (familias, menores).

b) Padres maltratantes: creencia de que cambiar su situación depende de otros, y no de ellos mismos. Profesionales: atribución externa de los fracasos, aparición de sentimientos de desesperanza, indefensión aprendida (*"las cosas no van a cambiar haga lo que haga, por lo que no merece la pena hacer nada"*). Traslado de ese tipo de pensamiento a la intervención con familias y menores.

c) Padres maltratantes: "desvalorización" personal, pérdida de autoestima. Profesionales: "desvalorización" de las tareas que les competen (en ocasiones también desvalorización personal). No realización de tareas, retrasos, deficiencias en la manera en que son completadas, etc.

d) Padres maltratantes: atribución a sus hijos de intencionalidad negativa en su comportamiento. Profesionales: percepción de los casos difíciles como un "problema personal". Posible atribución de intencionalidad negativa a quien plantea el problema (propósito de molestar, desinterés, comodidad).

e) Padres maltratantes: actuación dirigida a conseguir de manera inmediata que finalice el problema presentado por el niño (p.ej., agresión física, confinamiento en una habitación, alejamiento del domicilio). Profesionales: actuaciones tendentes a aliviar la tensión provocada por el problema. Acciones dirigidas a resolver el problema inmediato de la manera más

pronta posible, sin perspectiva a medio o largo plazo.

f) Padres maltratantes: tendencia a evitar enfrentarse a los problemas presentados por sus hijos, hasta que no es inevitable. Profesionales: tendencia a evitar hacer frente a los problemas hasta que éstos son de una gravedad tal que no es posible evitarlos. No fomento de la detección ni la notificación.

g) Padres maltratantes: búsqueda de agentes externos que solucionen los problemas de los niños. Profesionales: asignación de la responsabilidad de la intervención a otros servicios/profesionales: derivación sistemática.

El profesional puesto a prueba en sus sentimientos

Albert Crivillé

Service Social de l'Enfance de Paris

En el espacio de una generación el contenido de lo que se llama intervención social ha cambiado profundamente. Hace unos años, la intervención social era del orden de lo que se llamaba asistencia social. En la práctica ello significaba dos vectores que se articulaban en una actividad llevada a cabo por el actor social alrededor y dentro de la familia y una colaboración más bien pasiva de esta última, que recibía lo que el actor social obtenía para ella. Dar y recibir, hacer y dejar hacer, ... funcionaban simétricamente y afirmaban implícitamente que los problemas que debían resolverse lo serían por el juego que ese intercambio suponía. Se trataba de una situación social, lo social definiendo la naturaleza de la dificultad e indicando el remedio que se le podía proponer. Si problema había, su naturaleza sería del mismo orden: social.

Con ello el actor social sabía de antemano que su problema podía ser un problema de disponer de medios suficientes, pero no un problema debido a la persona que los aplicaba. La técnica social era conocida y ella se reducía prácticamente a una actividad visible y conmensurable, como eran considerados visibles y conmensurables los problemas que se debían resolver.

Desde hace unos años, nos hemos dado cuenta que las cosas son un poco más complicadas. Si los problemas tienen unas manifestaciones similares a los tiempos pasados, el contenido que les damos escapa muchas veces a lo visible y a lo conmensurable. El dar y recibir, el hacer y dejar hacer contienen otras dimensiones si, por ejemplo, se toman en cuenta factores como dentro-fuera, interior-exterior, objetivo-subjetivo, acción-sentimientos, físico-psíquico...

La consecuencia primera de ese cambio de registro es que el actor social ve y se vive de manera muy diferente en su actuación. La técnica a la que puede tener recurso no le da la seguridad de lo visible o de lo conmensurable. Los instrumentos o la técnica que utiliza no se manipulan como objetos extraños y las personas asistidas no se consideran independientes o cortadas de todo lazo afectivo con el profesional. Al contrario, todo profesional sabe que, aunque él no lo quiera, la relación que establezca con su cliente/paciente tomará la mayor parte de las veces una importancia capital en los efectos de su intervención. En el actor social, lo social toma otras proporciones y sobre todo otra significación.

Mi reflexiones irán pues al juego que se establece entre el mundo interno y el mundo externo, lo que se constata y lo que se supone, lo que podemos medir y lo que podemos sentir, quien da, propone o impone y quien recibe, acepta o debe someterse. A pesar de todas las apariencias, la persona del profesional cuenta tanto como la del paciente. Es a partir de la relación entre personas que va a producirse el resultado del intercambio.

Encontrar una familia, dialogar con una pareja es algo de extraño y conocido a la vez. Una pareja hace siempre referencia a la pareja de nuestros padres, aunque sólo sea para podernos decir que la distancia que separa las dos imágenes es inmensa y que ningún punto común puede existir. Sin embargo, queriéndolo o rechazándolo, la imagen de nuestra propia familia está presente como un punto de referencia obligatorio. Si a la pareja se junta la presencia de un niño, nuestro fantasma será reforzado con la posibilidad de identificacio-

nes sucesivas a uno u otro polo de esa diada padre/madre-hijo.

Frente a esos tres personajes, ¿cual será la importancia del filtro con el que vamos a percibirlo? ¿Cual será la distancia que nos permitirá, en tanto que profesionales, la imagen lo más cercana posible a su realidad?

Sin duda uno de nuestros recursos será el intentar observar con objetividad. Aquello que se ve, que se constata, que se puede medir. Sin embargo, el objeto que nos ocupa, el problema de los malos tratos o el de los abusos sexuales está demasiado cargado de afectos y de fantasmas para poder pretender ser objetivos. Nuestra propia historia está sumergida en las vivencias que los constituyen, de tal suerte, que nuestra primera dificultad es poder asegurar el mínimo de distancia para poder tratarlos sin confundir lo que viene de nosotros y lo que vemos en nuestros pacientes, los motivos que nos empujan a intervenir y las razones que podemos imaginar para justificar nuestra acción.

Elodie tenía apenas doce años cuando se decidió a denunciar los abusos sexuales que su padre le imponía cuando su madre debía ausentarse unos días del hogar por razones de salud. Frente a la puerta del juez instructor del proceso, angustiada e inquieta por una situación familiar catastrófica, Elodie pregunta al educador que la acompaña: "Dime, ¿existen cárceles para niños?" El trabajador social con la preocupación de tranquilizarla le responde "De todas maneras tú no eres culpable de lo que ha pasado". Elodie entra en el despacho del juez y se retracta de su denuncia, declarando al juez que nada de lo que había dicho de su padre era verdad.

Se puede comprender fácilmente las ganas del educador queriendo calmar las angustias de la niña cuanto antes posible. Sin embargo, al hacerlo precipitadamente se olvida de preguntar a la niña por qué hace esa pregunta. ¿Porqué ella había mentido cuando denunció a su padre o porqué se sentía culpable de lo que su padre le había obligado hacer? Las circunstancias no ayudaron al educador a reflexionar antes de contestar a la niña, cosa que probablemente en otra situación hubiera hecho. La prisa del educador para aliviar cuanto antes a la niña de sus temores le impidió conocer el verdadero sentido de la pregunta, perdiendo la posibilidad de ayudarla realmente a confrontarse con su realidad.

Si un niño manifiesta sus temores o sus sentimientos de culpabilidad es porque los tiene. Querer hacerlos desaparecer inmediatamente no es siempre la mejor manera de tratarlos. Todos sabemos que ese tipo de sentimientos no se resuelven con un argumento lógico ni siquiera para un adulto. El problema es que muchas veces es el adulto quien no soporta los sentimientos del niño y su preocupación por disiparlos está mas motivada por su necesidad de deshacerse de ellos que por la oportunidad de lo que puede hacer por el niño.

Trabajar con niños víctimas del sadismo de los padres no es tan sencillo como el primer sentimiento de compasión que podemos sentir nos hace imaginar. **La buena voluntad no es suficiente y las buenas intenciones no son las mejores guías para decidir la actitud que conviene en el momento dado.**

Hace unos años me hablaron de un padre de familia que había sido condenado por un problema de abusos sexuales contra un menor en el ejercicio de su profesión. Los datos que se tenían sobre el caso y el tipo de contacto que se perfilaba entre ese hombre y el trabajador social nos hicieron pensar que se le podía dar una nueva oportunidad, evitando encerrarlo en un fichaje que lo acompañaría toda su vida. La medida educativa se instaló

pues poniendo de lado otras medidas de separación respecto de sus hijos menores. Tres años más tarde, una de sus hijas (de 15 años) denunciaba los abusos sexuales que su padre había practicado con ella y otra hermana, ya mayor, desvelaba que con ella había acontecido lo mismo unos años antes. Estaba claro que la evaluación había sido errónea y que se había dejado las niñas de la casa en grave peligro.

Cualquier profesional con experiencia sabe que trabajar en ese tipo de situaciones comporta el riesgo de equivocarse. Si se quiere evitar todo riesgo, las medidas que deberían tomarse impedirían cualquier posibilidad de intentar trabajar la relación entre padres e hijos para que pueda cambiar. Sin embargo, cuando el riesgo se transforma en realidad, es muy difícil encontrar la justificación necesaria para recuperar nuestra tranquilidad y consolarse del error cometido.

Muchas veces, el profesional se encuentra ante el dilema de escoger entre un trabajo complejo con la familia, preservando la continuación de su relación con el niño, pero que incluye el riesgo de una repetición de malos tratos, y una decisión radical asegurando la protección material del niño pero que impone una separación traumática y la fijación de una situación de violencia. **Lo que se presenta como una situación de conflicto externo entre padre e hijo, se transforma en conflicto interno para el profesional que debe tratarlo.** Evaluar la capacidad de movilización de los interesados, prever las probabilidades de recidiva, imaginar una intervención eficaz y adaptada son elementos sobre los cuales va a tomar su decisión, pero ninguno de ellos es un objeto conmensurable y ninguna de sus apreciaciones puede darle una seguridad absoluta sobre la decisión que debe tomar.

La intervención que el profesional opera para proteger al niño de la violencia de los malos tratos se transforma en situación violenta para él. Entre la responsabilidad que debe asumir y la dificultad o mejor, la imposibilidad de hallar una “buena solución” al problema planteado, el profesional se encuentra maltratado en una situación que le angustia y culpabiliza.

Ese tipo de situación nos recuerda que los malos tratos de los niños y todavía más los abusos sexuales están infiltrados de un funcionamiento perverso en el que el profesional deberá saber actuar sin poder asegurarse por adelantado salir victorioso de la prueba. En esas situaciones, el perverso es casi siempre el más fuerte. Los abusos sexuales y muy especialmente el incesto son doblemente perversos. La perversión que implican induce efectos perversos en las tentativas de solución para reparar las consecuencias.

No hay que olvidar que el profesional se encuentra en el campo del niño, es decir, en el de la víctima. Querer proteger al niño supone tener en cuenta una serie de parámetros que impiden el medirse directamente con el agresor. Hay un punto que el profesional no puede olvidar: El agresor, su padre o su madre, es un objeto de amor del que el niño no puede prescindir sin padecer un profundo perjuicio. Al mismo tiempo, la sociedad no puede permitir que ese adulto continúe destruyendo una víctima indefensa. El profesional lo sabe. ¿Cómo intervenir sin añadir un daño más a los ya cometidos?

En realidad, y a pesar de ciertas apariencias, el profesional se encuentra en situación de vulnerabilidad. Vulnerabilidad externa, porque su margen de maniobra es con frecuencia muy estrecho y los riesgos que debe tomar son la medida de los daños que intenta reparar. Vulnerabilidad interna, porque el conflicto de intereses en el cual interviene le plantea otros problemas sobre lo que debe hacer sin poder evitar reacciones profundas que le perturban. Su posición es delicada y le exigirá gran vigilancia a lo largo de todo su trabajo.

Las ventajas del trabajo de red en la protección de los profesionales que trabajan con familias abusadoras

Jorge Barudy

Centro Médico Psico-Social para Refugiados Políticos y Víctimas de la Tortura EXIL, Bruselas

Nuestro trabajo con familias maltratadoras, basado en prácticas de redes, nos ha llevado a constatar la existencia de situaciones comunes en las familias y en los equipos profesionales que se ocupan de ayudarlas.

Estas situaciones corresponden, por una parte, a la experiencia de aislamiento, y por otra, a lo que hemos llamado el fenómeno de deritualización. Estos contextos determinan negativamente la vivencia de las personas implicadas y sus estudios nos han permitido comprender mejor la dramática posición del niño en su familia y la de los profesionales en sus instituciones.

Uno de los propósitos de esta ponencia será mostrar el cómo estas dos situaciones favorecen las interacciones violentas, tanto en la familia como en los equipos.

En este sentido, consideraremos la violencia familiar e institucional como el resultado de un desorden en la "ecología humana" cuyas causas son múltiples y complejas, pero cuya consecuencia es la desaparición parcial o total de los rituales de armonización entre las diferentes personas que componen los sistemas.

Los rituales corresponden al conjunto de comportamiento y discursos que por su carácter repetitivo, permiten mantener y recrear los vínculos entre los miembros de un sistema (familia, institución, equipo de trabajo, etc.), para armonizarlos, asegurando una acción común destinada a producir, mantener y proteger la vida de los miembros del conjunto.

En esta perspectiva, el fenómeno de "desritualización", tal y como será abordado en esta ponencia bloquea las posibilidades de encuentro entre las personas, impidiéndoles reconocerse como seres humanos, en el respeto de sus semejantes y en la acción solidaria destinada a crear el bienestar común.

En el marco de esta ponencia abordaremos la necesidad de desarrollar experiencias de trabajo de red entre los profesionales de diferentes ámbitos institucionales que se ocupan de la protección infantil. Para esto abordaremos el proceso de co-creación y co-construcción de una red describiendo los polos a través de los cuales él se estructura.

Tomando como ejemplo la experiencia del COPRES (Colectivo de Prevención del Sufriamiento Infantil) en un barrio pobre de Bruselas, describiremos los cuatro polos que componen esta dinámica:

- 1.- La **integración social**, (trabajo en un área determinada).
- 2.- El **desarrollo de un soporte emocional** (dinámicas de grupos que permiten la verbalización de afectos positivos y negativos).
- 3.- El **proceso de diferenciación e individualización** (respeto de diferencia y competencia de cada uno).
- 4.- La **estimulación de la creatividad y de la coordinación**.

Como conclusión, defenderé la idea de que el trabajo con familias que producen violencia es un trabajo a riesgo y que una de las formas de asegurar la protección de los profesionales son las prácticas en redes sociales.

EL PAPEL DE LA ESCUELA ANTE EL MALTRATO

Un programa de apoyo escolar a la escuela para la prevención, detección y atención de niños en situación de riesgo social

Blanca Varona Sánchez

Consejería de Educación, Comunidad de Madrid

EL SISTEMA EDUCATIVO COMO SISTEMA DE PROTECCIÓN

El derecho a la educación es un derecho de carácter social.

La educación como derecho de la Infancia cuenta con un marco jurídico amplio:

- *La Declaración de los Derechos del Niño*, 1959.
- *La Constitución Española* de 1978.
- *La Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña*, 1989.
- *Ley Orgánica del Derecho a la Educación* 8/1985.
- *Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo*, 1990.

El objetivo primero y fundamental que la LOGSE atribuye a la educación es: *“El de proporcionar a los niños y a las niñas, a los jóvenes de uno y otro sexo una formación plena que les permita conformar su propia y esencial identidad, así como construir una concepción de la realidad que integre a la vez el conocimiento y la valoración ética y moral de la misma. Tal formación plena ha de ir dirigida al desarrollo de su capacidad para ejercer de manera crítica y en una sociedad axiológicamente plural, la libertad, la tolerancia y la solidaridad”*. (Preámbulo LOGSE)

Para desarrollar este objetivo el sistema educativo se apoya en los siguientes principios:

1.- La educación:

- . Una vía para desarrollar capacidades.
- . Transmisora de conocimientos, valores y hábitos.
- . Agente de lucha contra la discriminación.
- . Compensadora de las desigualdades sociales.

2.- Los centros escolares:

- . Unidades funcionales del sistema educativo.
- . Participativos y activos.
- . Integrados en el entorno.

3.- El profesorado:

- . Eje de la acción educativa.
- . Responsable de la acción tutorial.
- . Potenciador del trabajo en equipo.

La participación de la familia en la vida escolar permite abordar las líneas educativas de forma más coordinada entre las personas responsables de la educación de cada niño y niña

y evitar en lo posible desajustes en el desarrollo armónico de la persona. Así el sistema educativo se convierte en un sistema de protección a la infancia cuando:

- Vela por sus derechos.
- Compensa las desigualdades.
- Propicia una educación de calidad.
- Respeta todas las culturas.
- Realiza una formación personalizada.
- Dota al sistema educativo con ayudas individuales.

LA ESCUELA: OBSERVATORIO PRIVILEGIADO

Todos los niños van "al cole", allí tienen amigos, juegan, aprenden, cambian cromos, se pelean, cuentan cosas, lloran, hacen excursiones, ...

Algunos niños lo pasan bien, otros regular y unos pocos sufren.

Sus risas, sus experiencias, sus penas, todo queda reflejado como en una película en su vida escolar.

La escuela ofrece un marco incomparable de relaciones, experiencias y aprendizajes.

Su dinámica, sus actividades tan diversas y complejas ofrecen un sin fin de posibilidades de relación y aprendizaje que queda encerrado en la expresión "vida escolar".

EL MAESTRO-ENSEÑANTE, ADULTO CUALIFICADO

El papel que en la vida escolar juega el maestro como adulto cualificado: sensible al entorno social y sus cambios; flexible en su funcionamiento educativo, que observa y escucha a sus alumnos es determinante.

El maestro puede realizar una observación sistemática sobre la vida escolar por:

- La gran cantidad de tiempo que pasa con sus alumnos.
- La posibilidad de comparar conductas entre los niños y niñas de su edad y de su contexto socio-cultural.
- La interacción que tiene con sus alumnos.
- La relación que mantiene con las familias desde la escuela.

A través de este "observatorio privilegiado" que es la escuela el profesor puede contrastar sus impresiones, pedir asesoramiento y decidir en equipo qué hacer cuando descubre situaciones que lejos de ayudar a los niños, dificultan su crecimiento o les hace sufrir a veces hasta extremos insospechados.

Detectar a través de sus observaciones en la escuela a los niños que se encuentran en situaciones de riesgo social, para poder realizar a partir de esa detección una intervención que favorezca la superación de los problemas detectados, o que evite por lo menos, su empeoramiento se convierte pues en un objetivo del trabajo escolar.

Para que la escuela pueda desarrollar los objetivos que tiene encomendados y pueda realizar acciones tanto en el campo de la prevención como de la detección y atención del maltrato a los niños y niñas que tienen en sus aulas ha de contar con:

- Una información específica sobre el tema.
- Un instrumento para recoger sus observaciones.
- La posibilidad de dar una respuesta coordinada a los problemas que detecta.

Sabiendo que la intervención sobre las situaciones de riesgo es el medio natural de los

niños es la más deseable porque da lugar a resolver los problemas sin añadir conflictos nuevos y a veces aún más graves.

EXPERIENCIA DE UNOS AÑOS

Con esta filosofía en el curso escolar 1988/89 se pone en marcha un programa específico de apoyo a las escuelas en la Comunidad de Madrid.

El Programa de Apoyo Escolar para la Protección de la Infancia nace como fruto de un convenio entre el Ministerio de Educación y Ciencia y la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid.

Con este programa se quiere significar el papel que la escuela juega en el campo preventivo del maltrato y la responsabilidad que la comunidad educativa tiene sobre sus alumnos.

La tarea más inmediata era que todos los enseñantes de esta Comunidad contasen con una información y formación precisa:

- Acerca de las situaciones de riesgo social que puedan vivir algunos de sus alumnos.
- Sobre el marco legal relativo a la protección de la infancia.
- Sobre los recursos de atención a la infancia existentes en cada una de las zonas.

A este efecto la Consejería de Educación ha editado la Guía para la Escuela *La protección de los niños y niñas en situación de riesgo social*, que se distribuye a todos los centros escolares.

Conociendo las repercusiones negativas que tanto en el crecimiento como en el aprendizaje de un niño pueda tener una situación de sufrimiento prolongada, era necesario despertar en los enseñantes la sensibilidad suficiente para:

- Realizar acciones en el campo preventivo.
- Detectar precozmente las situaciones de maltrato.
- Valorar la importancia de unir esfuerzos en la intervención inmediata.

La colaboración del profesorado para recoger la información que poseen sobre los alumnos que pueden estar viviendo alguna situación maltratante es fundamental.

Era necesario contar con un instrumento para recoger estas observaciones de la escuela.

El Cuestionario E-10 recoge a través de 80 ítems de forma sistematizada estas observaciones, este instrumento de observación ha sido diseñado y validado en las escuelas de la Comunidad de Madrid en colaboración con la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

A partir de estas observaciones agrupadas en factores de riesgo y maltrato, se continúa el trabajo de investigación, evaluación e intervención por parte de los equipos específicos de sector (salud, servicios sociales, educativos).

Pero si las causas que originan los problemas son múltiples y diversas la atención que requieren las situaciones de riesgo en los niños y sus familias son múltiples y diversas. Es por lo tanto imprescindible hacer un esfuerzo de coordinación entre todas las instituciones que tienen como responsabilidad la atención a la Infancia. Esfuerzo de coordinación institucional que asegure la mejor intervención y evite solapamiento de los servicios en la misma.

Las Comisiones de Coordinación para la atención de la infancia están haciendo posible una atención más integral.

Estas Comisiones han sido reguladas en la reciente Ley de Garantías de los derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid (Ley 6/1995).

La experiencia de estos años, confirma:

- La importancia que el sector educativo tiene tanto en el campo de la prevención como en el de la detección precoz.

- La preocupación de los enseñantes por dar respuesta a las situaciones de sufrimiento de algunos niños.

- Los beneficios y dificultades del trabajo intersectorial e interinstitucional.

Aunque falta todavía mucho que hacer en este campo, creemos que el camino emprendido puede servir para que ningún niño o niña de esta Comunidad que necesite ayuda deje de tenerla porque la escuela con el resto de la sociedad se hace responsable de dársela.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA. *Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo*. Madrid: Ministerio Educación y Ciencia, 1990.

- NACIONES UNIDAS. *Convención sobre los Derechos del niño y la niña*. Washington: Naciones Unidas, 1989.

- CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN. *Guía para la escuela: la protección de los niños y niñas en situación de riesgo social*". 2ª Edición. Consejería de Educación. Comunidad de Madrid.

- DÍAZ AGUADO, M.J.; MARTÍNEZ ARIAS, R.; ROYO GARCÍA, P. *Todos iguales, todos diferentes*. Madrid: O.N.C.E. 1995.

La prevención y detección del maltrato adolescente en los centros educativos

Ramón Muñoz Cano, Elena Redondo Hermosa
Asociación Vasca para la Ayuda a la Infancia Maltratada (AVAIM)

La única característica general del niño o la niña que condiciona la comunicación a los Servicios de Protección Infantil de un caso de maltrato es la edad. No son las condiciones socioeconómicas de la familia, no es su nivel cultural, no es el tipo de maltrato, sólo la edad es determinante. A medida que aumenta la edad de las víctimas disminuye la probabilidad de que su situación sea conocida por los Servicios de Protección Infantil. Es esta una afirmación que no procede de ningún pequeño análisis, ensayo o reflexión teórica sobre el problema. Es una constatación de la NIS-1 y la NIS-2, dos grandes estudios realizados en 1981 y 1986 por el National Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN).

En realidad, no debería resultar sorprendente. Responde a una situación que refleja el componente evolutivo que la consideración del maltrato infantil necesariamente implica. Dicho de otro modo, el abuso debe valorarse en el contexto de las oportunidades de desarrollo del niño, oportunidades materiales, sociales y emocionales compatibles con sus necesidades y capacidades en un momento de su vida. Esto es, a los 4 o a los 14 años. Aunque poco a poco se va admitiendo la existencia de características diferenciales en el maltrato en la adolescencia respecto al que ocurre en la niñez, todavía estamos lejos de ser consecuentes con ese conocimiento.

Tomemos el centro escolar como ejemplo. Parece constituir un ámbito privilegiado para la detección del maltrato en cualquiera de sus formas: existe un notable acuerdo al respecto. Sin embargo, no ocurre de ese modo. Además, la mayoría de las ocasiones nos estamos refiriendo a la escuela infantil o primaria, rara vez a los centros de EE.MM. Los programas de prevención, o de detección que eventualmente se realizan en este medio son de carácter "generalista" (supuestamente valen para todas las edades) o tienen como destinatarios exclusivos a los padres y profesores de las escuelas infantiles y de primaria.

En ocasiones, la "generalidad" de los programas van más allá de la edad de los niños. Hacen caso omiso de las características socioculturales de las familias de éstos (que deben condicionar el diseño del mensaje) y, especialmente, olvidan la diferente perspectiva, el diferente rol, la distinta autopercepción de los profesores y profesoras de enseñanzas medias respecto a sus colegas de otros niveles educativos.

Por último, quizá pueda aceptarse formalmente que no es necesario incluir la perspectiva de los niños y niñas pequeños en los presupuestos de los programas de prevención, pero en modo alguno puede afirmarse lo mismo cuando se trata de adolescentes. No vamos a abundar en las características de esta etapa ni siquiera en las del abuso en esta edad (puede consultarse con ese fin la bibliografía existente al final de esta ponencia). Baste decir ahora, que la integración de tal perspectiva en los supuestos de los programas de prevención es una condición necesaria para su eficacia.

Desde hace algunos años nos ha preocupado lo que se ha llamado "la problemática de la adolescencia": su caracterización y, en mayor medida, algunas de las situaciones que incrementan la vulnerabilidad en una etapa generalmente tildada de conflictiva y tormentosa. El maltrato es una de esas situaciones que, a su vez, guarda una estrecha relación con

otros problemas relevantes en los adolescentes (piénsese, por ejemplo, en las fugas de casa, en las que el abuso puede actuar como variable independiente o dependiente). La especificidad de este problema en la adolescencia nos llevó a preguntarnos sobre la posibilidad de establecer indicadores que permitieran una mayor y más rápida detección del abuso en esta etapa y en distintos ámbitos. Consecuentemente, esos indicadores deberían ser incorporados a los programas de prevención que, en cualquier caso, deberían seguir un diseño en consonancia con las características de sus destinatarios.

Debe quedar claro, en todo caso, que estamos hablando no sólo de maltrato en el ámbito familiar, sino también del que ocurre entre iguales y, desde luego, del maltrato institucional. Cambiando el sentido de lo expresado, nuestro interés es el buen trato en la adolescencia, con independencia del escenario y los actores intervinientes en el mismo.

Con ese fin, se diseñó un estudio con los objetivos de selección de indicadores y establecimiento de los principios básicos sobre los que desarrollar los planes de prevención y de estímulo de la detección. Comprendía cuatro ámbitos distintos: el familiar, el sanitario, el escolar y el de "la calle". La primera fase del estudio, que llamamos "estudio-base", es la que consideramos en esta ponencia, teniendo en cuenta que, por razones de tiempo, espacio y, sobre todo, del marco de este Simposio, centraremos nuestra atención en el ámbito escolar.

Para este espacio se diseñaron dos cuestionarios y una entrevista semiestructurada. Los destinatarios son alumnos de 1º, 2º y 3º de B.U.P., profesores de EE.MM. y orientadores de centros educativos, respectivamente. El cuestionario de alumnos (CAPMA-95) incluía, los apartados de "compresión y percepción del problema", "posicionamiento y respuestas emocionales" y "pautas de solución o facilitadoras de la comunicación". En el de profesores (CPPMA-95), se incluyen los apartados de "visión de la adolescencia", "comprensión del maltrato en esta etapa", "detección de casos", "pautas de actuación", "posición ante el maltrato entre iguales", "problemas de detección del mismo", "posibles conductas maltratadoras de los profesores" y "relación con el clima del centro". Por último, la entrevista a orientadores (EOMA-95) comprende los apartados señalados en el cuestionario de profesores, profundizando especialmente en los elementos que definen el clima del centro (normas, sanciones, etc.).

Presentamos a continuación un resumen de los resultados correspondientes a los datos disponibles en el momento de redactar esta ponencia.

Al cuestionario de alumnos contestaron 258 sujetos de un centro público de Vitoria-Gasteiz. Pertenecen a familias de clase media, de padres jóvenes (el 70% tienen entre 40 y 49 años), profesionales de grado medio u obreros calificados, con una tasa de desempleo muy baja (el 93% de los padres trabaja y más del 30% de las madres lo hace fuera de casa).

Se trata de 92 alumnos y 158 alumnas de edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, distribuidos del siguiente modo: el 19,5% tiene 14 años, los de 15 años constituyen el 26,3% del total, el 34,6% son de 16 años, el 16,8% tiene 17 y, en fin, el 2,8% tiene 18 años de edad.

Los alumnos creen que la mayoría de los adultos tratan bien a los niños y adolescentes (58,1%)³, entienden que la preocupación por su bienestar debe ser propia de todos los adultos (77,5%), aunque los padres sean los mayores responsables de conseguirlo (94,2%). Los profesores, por su parte, no deben preocuparse sólo del rendimiento escolar de sus alumnos (86,4%).

Consideran ejemplos de **buen trato** a los hijos la prestación de cuidados básicos (80,6%), la ayuda ante las dificultades (94,6%), la actitud de escucha y respuesta a sus dudas (93,4%), la atención a sus estudios (74,4%), el establecimiento de acuerdos sobre las

normas de funcionamiento y la solución de los problemas (71,3%), y la atención cuando están pasando **una mala racha**.

Por el contrario, señalan como ejemplos de **maltrato**, actuaciones que provoquen daños físicos o enfermedad en el adolescente (93%), la falta de alimentación, vestido, cuidado médico y supervisión adecuada (83,3%), la falta de reconocimiento de sus necesidades (67,1%), la creación de un clima de miedo, de intimidación, y la utilización del insulto (96,1%), la obligación de realizar tareas propias de adultos que le impidan relacionarse o seguir adecuadamente sus estudios (69,8%), la promoción de conductas antisociales (79,5%), la sobreprotección (57%) y cuando se exige el cumplimiento de las normas **por encima de todo** (51,2%). El maltrato físico y emocional así como el abandono son considerados como las actuaciones de mayor gravedad. En realidad constituyen un problema importante o muy importante (99%).

No obstante, creen que es un problema poco frecuente (54,8%), aunque el 26,7% conocen algún caso de los tipificados o tienen dudas sobre cómo calificar algunos casos conocidos (29%).

La mejor manera de abordar los posibles problemas de comportamiento de los adolescentes es hablando con ellos para conocer las razones que los motivan (93,4%). El castigo físico no debe utilizarse en ningún caso (92,3%), tampoco el retirarles la palabra (70,1%) mientras que el desprecio sería la actuación que provocaría sentimientos más negativos (45,7%).

Si sufrieran algún tipo de maltrato lo comunicarían a alguien (65,6%), aunque la gravedad de la situación y la confianza en el destinatario de la comunicación condicionarían la decisión (26,2%). El considerarlo como un asunto de familia (28,4%), la vergüenza de contarlo (28,7%) o la posibilidad de enfado de los padres y del empeoramiento de la situación (28,4%) serían razones para no comunicar el abuso.

El destinatario de esa comunicación sería algún profesor/a del centro (40,3%) o los amigos (35,7%). Naturalmente, siempre que el profesor/a fuera de los que están dispuestos a aceptar explicaciones y discutir las (77,6%), y se preocupe de sus alumnos, además de su asignatura (86,7%).

El abuso afectaría a los estudios, que irían mal (72,5%), a la forma de comportarse (79,6%) y a las relaciones con los demás (70,2%).

También en el centro pueden darse situaciones que hacen sentirse especialmente mal (tratados) a los alumnos: cuando el profesor/a les ridiculiza o se ríe de ellos (82,3%) o cuando se comentan aspectos de su vida privada. Un grupo de alumnos más pequeño (entre el 40 y el 48%) señala también aquellas situaciones en las que el profesor/a no les hace caso porque no sean de los que más saben, les dice que siempre hacen mal las cosas (y nada cuando las hacen bien) o le compara con los más inteligentes o empollones de la clase.

Más de un 65% de los alumnos señalan como algo frecuente el maltrato entre iguales, aunque no necesariamente en el centro. Consideran que se trata de chicos/as que tienen problemas (71,1%), que necesitan mostrarse superiores, importantes, más fuertes, o divertirse a costa de los demás (22%). Si fueran objeto de este tipo de agresión lo primero que harían sería decírselo a sus padres (45,8%) y, si pudieran, les devolverían el daño que les hubieran hecho (25,7%). Intentar saber si tienen algún problema (51,2%), hablar con los

³ Porcentajes válidos.

padres de los agresores para que decidan lo que hay que hacer (20,5%) y expulsarles del centro (13,5%) son las actuaciones que a juicio de los alumnos habría que llevar a cabo en estas situaciones.

Otros de los factores incluidos en el cuestionario no resultaron relevantes, por lo que prescindiremos de ellos aquí.

De los cuestionarios de los profesores, distribuidos en tres centros, sólo podemos apuntar algunas tendencias, ya que el número de ellos es todavía insuficiente. Sintéticamente, los profesores y profesoras consideran la adolescencia como un periodo conflictivo y tormentoso, señalan como conductas maltratadoras específicas el abuso físico y emocional, y entienden que la detección y abordaje de las conductas maltratadoras es tarea de toda la comunidad. Puede detectarse el abuso en el centro educativo (aún cuando no se comunique) a través del comportamiento del alumno (manifestaciones agresivas, tristeza, dificultades de integración, ...) y de su nivel de rendimiento. La dirección del control y/o el orientador serían los destinatarios habituales de la comunicación de un caso de maltrato. En cuanto al abuso entre iguales, no se considera un problema de los centros de referencia, pero puede detectarse y abordarse si la relación alumno-profesor es cercana, si se incrementan las actividades en grupo, si se apuesta por el fomento de valores tales como respeto y tolerancia y los profesores son consecuentes con ellos. Una mayor relevancia de la tutoría y la reducción del número de alumnos por aula serían dos buenas contribuciones a este escenario. En cuanto a las características personales de los profesores que facilitarían un acercamiento de los alumnos víctimas del abuso (o por otro tipo de problemas), se señalan el dar y recibir habitualmente explicaciones, el respeto como base de la relación docente-discente, la accesibilidad personal y el interés por los problemas de los alumnos. Los aspectos organizativos y de solución de conflictos se vinculan muy escasamente al desarrollo de un clima de convivencia en el centro.

La entrevista a los orientadores⁴ se llevó a cabo según lo previsto. Las conclusiones son notablemente interesantes para los propósitos de este estudio-base, especialmente si valoramos las funciones que desempeñan estos profesionales en los centros educativos. Desgraciadamente no disponemos de espacio para comentarlas. Pasaremos, por tanto, a señalar, de una manera somera algunos de los supuestos en que ha de basarse cualquier plan o programa de prevención adolescente en los centros educativos:

1.- Tales programas no pueden ser de carácter **generalista**, ya que de ese modo no responderían a las características de los alumnos, a la formación, perspectiva y posicionamiento de los profesores ni por supuesto a las del contexto, entendiéndose por éste no sólo el centro educativo, sino también el entorno socioeconómico y cultural del mismo.

2.- Todo plan o programa de prevención que no incluya la perspectiva de los adolescentes estará condenado al fracaso, o por lo menos a experimentar un éxito muy limitado. Como ejemplo podemos señalar la preocupación que los alumnos de este estudio muestran por su autoestima y su dignidad personal. Son éstas el tamiz a través del cual no sólo valoran las actuaciones de los demás respecto a ellos o a los que les son próximos, sino que impregnan sus propios sentimientos al respecto condicionando sus eventuales respuestas. Olvidar ésto y que los adolescentes pueden implicarse en la misma relación disfuncional supone comprometer *a priori* cualquier esfuerzo preventivo o de estímulo a la detección. Por otro lado y en lo que a los profesores se refiere, hay que tener en cuenta, al menos, los siguientes extremos:

- Si la concepción que tienen de la adolescencia es la de *storm and stress* los indicadores del maltrato no valdrán para identificarlo, quedarán enmascarados dentro de lo que erróneamente se considera propio de la adolescencia.

- El mal o buen trato no puede considerarse como una línea transversal más, de las que preconiza la Reforma Educativa. Primero porque no es cierto que sea así, trasciende cualquier orientación en esa dirección. Segundo, porque no todos los profesores comparten todos los presupuestos de la Reforma y presentar el maltrato como *otra preocupación más de un buen profesor de nuestros días* puede ser absolutamente negativo y, sobre todo, ineficaz.

- El problema del maltrato, ocurra en la familia, en el propio centro o en la calle, hay que vincularlo al clima en el cual se desarrolla la actividad educativa y la posibilita. Puede cuestionarse la consecución de los objetivos educativos o estrictamente académicos si el/la adolescente está sufriendo abuso. Ciertamente, el clima es organización, comunicación, son normas, sanciones, modo de solucionar los conflictos, ... pero todo ello presidido por el principio de respeto a la dignidad e integridad personal. Esta perspectiva se muestra, hasta el momento, como la más comprensible por los profesores/as y de EE.MM.

- Por último, pero no menos importante, las condiciones en las que se desarrolla el trabajo docente también constituyen un elemento que hay que tener en cuenta en el desarrollo de los programas de prevención. Qué duda cabe que un número de alumnos reducido por clase puede facilitar un contacto más estrecho con cada uno de ellos. Tampoco puede negarse que disponer de un espacio de tiempo periódico de tutoría con los alumnos puede posibilitar un acercamiento a problemas *no académicos* de los alumnos.

3) El contexto o entorno del centro también debe ser valorado para el diseño de un plan de prevención, aunque sólo sea para conocer con qué otras fuerzas (asociaciones de padres u otras que colaboren con el centro) puede contarse para su implementación. El diseño del mensaje ha de tener en cuenta tales extremos.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAHAMS, N; CASEY, K; DARO, D. Teachers' knowledge, attitudes, and beliefs about child abuse and its prevention. *Child Abuse and Neglect* 1992, vol. 16, nº 2, p. 229-238.
- AGUINAGA, J; COMAS, D. *Infancia y adolescencia: la mirada de los Adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- ARDS, S; HARRELL, A. Reporting of child maltreatment: a secondary analysis of the National Incidence Surveys. *Child Abuse and Neglect* 1993, vol. 17, nº 3, p. 335-355.
- CARRETERO, M; PALACIOS, P; MARCHESI, A. *Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza Psicología, 1991.
- COHN, A.H. What we have learned about prevention: what we should do about it. *Child Abuse and Neglect* 1986, vol. 15, nº 51, p. 99-106.
- FARBER, E.; JOSEPH, J. The maltreated adolescent: Patterns of physical abuse. *Child Abuse and Neglect* 1985, vol. 9, p. 201-206.
- GARBARINO, J. et al. *Lo que nos pueden decir los niños*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1992.
- GARBARINO, J.; SHELLENBACK, C.J.; SEBES, J. *Troubled youth, troubled families*. New York: Aldine Publishing Company, 1986.

⁴ Nuestro agradecimiento a Ángel Zárate, Blanca Martínez y José Ruiz de Gauna por su colaboración.

- JONES, E.D.; McCURDY, K. The links between types of maltreatment and demographic characteristics of children. *Child Abuse and Neglect* 1992, vol. 16, nº 2, p. 201-215.
- KURTZ, P.D., et al. Maltreatment and the school-aged child: school performance consequences. *Child Abuse and Neglect* 1993, vol. 17, nº 5, p. 581-590.
- MUÑOZ, R. Adolescencia. *III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. 1993, Madrid.
- NATIONAL CENTER ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. *Executive summary: national study on the incidence and severity of child abuse and neglect (NIS)*. 1981. Citado en Garbarino et al. 1986.
- OLSON, L.; HOLMES, V. *Youth at risk: adolescents and maltreatment*. 1983. Citado en Garbarino et al., 1986.
- PELCOVITZ, D., et al. Adolescent abuse: family structure and implications for treatment. *Journal of Child Psychiatry* 1984,, vol. 23, p. 85-90.
- POWERS, J.L.; ECKENRODE, J. The maltreatment of adolescents. *Child Abuse and Neglect* 1988,, vol. 12, nº 2, p. 189-199.
- REDONDO, E.; MUÑOZ, R. El maltrato en el ámbito familiar. *Jornadas sobre la Infancia Maltratada*. 1993, Murcia.
- REDONDO, E.; MUÑOZ, R. Menores infractores y maltrato. *II Congreso sobre Infancia Maltratada*. 1993, Vitoria-Gasteiz.
- TITE, R. How teachers define and respond to child abuse: the distinction between theoretical and reportable cases. *Child Abuse and Neglect*. 1993, vol. 17, nº 5, p. 591-604.
- WILLIAMSON, J.M.; BORDUIN, C.M.; HONE, B.A. The ecology of adolescent maltreatment: a multilevel examination of adolescent physical abuse, sexual abuse, and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991, vol. 59, nº 3, p. 449-457.

Ojos que no ven: luces y sombras en la percepción que los profesores tienen del maltrato infantil

Jesús Palacios González

Universidad de Sevilla

Cuando hace tres años recibimos de la Dirección General de Atención al Niño de la Junta de Andalucía el encargo de hacer un estudio sobre la magnitud del fenómeno de los malos tratos a menores en Andalucía, nos planteamos adoptar una estrategia bastante similar a la que se ha seguido en muchos otros estudios que se planteaban objetivos semejantes. En lo fundamental, se trata de obtener información que procede de distintas fuentes, cada una de las cuales se supone ser un buen "observatorio" del fenómeno de los malos tratos infligidos a niños y niñas.

Planificamos entonces un estudio en el que contamos como fuentes de información con los servicios sociales comunitarios, los profesores, los datos sobre menores custodiados por la Administración en sus archivos y los diversos dispositivos de salud de la red pública. La información recolectada de estas diversas fuentes, debidamente acumulada y filtrada (para evitar, por ejemplo, contabilizar dos veces un mismo caso que podría haber sido detectado por más de una fuente), nos permitió hacernos una idea de la magnitud del problema de los malos tratos a menores en Andalucía. Una idea sin duda aproximada, pues es sobradamente conocido que el maltrato detectado guarda con el maltrato realmente existente una relación proporcional de magnitud desconocida. Se dice a veces que el maltrato detectado representa el 10% del real, pero como lo cierto es que ignoramos la cifra real, no hay forma de saber si lo que detectamos es el 1% o el 10% o el 30%. Más bien han de tomarse los datos detectados como una aproximación a una realidad más compleja y numerosa que la que aflora a la superficie.

Con este relativismo de los porcentajes en mente, las grandes cifras encontradas en el estudio andaluz son las siguientes:

- el maltrato infantil afecta como mínimo a un 15 por mil de la población andaluza menor de 18 años;
- el abandono es la tipología de malos tratos con más elevada incidencia (algo más del 70% de los niños maltratados son objeto de abandono);
- el maltrato emocional (que afecta al 45% de los niños maltratados) y el maltrato físico (que afecta al 22% de los maltratados) vienen luego como tipologías más frecuentes;
- la mendicidad y la corrupción tienen unos porcentajes de incidencia bastante similar de en torno al 15% de los niños afectados por malos tratos;
- finalmente, los porcentajes más bajos de incidencia corresponden a la explotación laboral (9%) y el abuso sexual (4%).

Como se ha señalado anteriormente, la estrategia diseñada para la realización de este estudio hacía imprescindible la colaboración de los profesionales consultados. Esta colaboración exigía que se nos dedicase una cierta cantidad de tiempo para cumplimentar nuestros protocolos de recogida de información. En este sentido, es de justicia dejar constancia de la dedicación y paciencia de los diversos profesionales consultados, de los que sin duda merecen ser destacados los trabajadores sociales y los profesores.

De los datos obtenidos se pueden hacer lecturas desde múltiples perspectivas. La que

nos interesa en el marco de este simposio es la de analizar cuál es la perspectiva que los profesores tienen del maltrato infantil: qué tipo de malos tratos detectan, cuáles parecen pasarles más desapercibidos, en qué medida los centros educativos son o no buenos observatorios en relación con niños de diferentes edades. A todas estas cuestiones nos es posible responder, siendo también posible e interesante reflexionar sobre las implicaciones que los datos pueden tener de cara a mejorar nuestro sistema de atención y protección a la infancia, así como de detección de las situaciones de malos tratos.

Como era esperable, cada uno de los dispositivos en que nos basamos como fuentes de información incorpora los lógicos sesgos peculiares a las diferentes profesiones. Así, por ejemplo, resulta poco sorprendente que las Unidades de Salud Mental Infantil del Servicio Andaluz de Salud detecten sobre todo la incidencia del maltrato emocional, mientras que este dispositivo se muestra prácticamente ciego por lo que se refiere a la explotación laboral. En parecido sentido, resulta poco sorprendente que los dispositivos sanitarios detecten la incidencia de los malos tratos sobre todo en los primeros años de niños y niñas, ya que en ellos es mucho más probable que las secuelas del abandono o del maltrato físico hagan necesaria la intervención médica.

¿Qué ocurre con los profesores? ¿Hasta qué punto son buenos "sensores" capaces de detectar la presencia de malos tratos? Para empezar, los datos nos muestran (como por otra parte era esperable) que los centros escolares son un observatorio privilegiado en cuanto que tienen acceso a niños de muy diferentes edades. Al contrario de lo que ocurre, por ejemplo, con el recién mencionado sector sanitario, cuya capacidad de detección disminuye según aumenta la edad de los niños, los profesores aportan datos de malos tratos referidos a niños a lo largo del prolongado tiempo que cubre la estancia de la inmensa mayoría de la población infantil en centros educativos: de 3 a 14 años (siendo ésta última de edad en que terminaba la educación obligatoria antes de la actual reforma).

Las dos preguntas adicionales tienen que ver con la cantidad y la calidad de la información que sobre la incidencia del maltrato aportan los profesores: de cuánto maltrato informan y a qué tipo de maltrato suelen referirse esos informes.

De todas las fuentes de información utilizadas en el estudio de Andalucía, son los servicios sociales los que aportan mayor cantidad de información con respecto a todos los tipos de malos tratos. De todas las tipologías de maltrato, más del 50% de los casos detectados lo han sido gracias a la información proporcionada por los trabajadores y trabajadoras sociales. El resto de los dispositivos consultados se muestran más sensibles a detectar unos tipos de maltrato que otros. Así, por ejemplo, los expedientes sobre menores existentes en las diferentes delegaciones provinciales de Asuntos Sociales son la segunda fuente de información más importante respecto a maltrato físico, abandono, abuso sexual y mendicidad. Por su parte, los profesores constituyen la segunda fuente de información con respecto a su importancia en relación con el maltrato emocional, la corrupción y la explotación laboral. En sentido contrario, llama la atención la muy escasa detección que los profesores realizan en relación con el maltrato físico, el abuso sexual y la mendicidad. Además, a pesar de que aportan porcentajes importantes en relación con el maltrato emocional, los porcentajes totales de maltrato emocional que detectan son relativamente bajos en comparación con otras fuentes (por debajo de lo detectado por los servicios sociales comunitarios, así como por los equipos y unidades de salud mental). Sólo los hospitales y los expedientes de la Administración se han mostrado más ciegos que los centros escolares de la detección del maltrato emocional, que como se ha señalado más arriba es el tipo de maltrato con más alta incidencia.

Nos encontramos, pues, con una clara paradoja: los profesores, que están en un privile-

giado y prolongado contacto diario con niños y niñas de un muy amplio espectro de edades, y que a juzgar por la generosidad que mostraron en nuestra recogida de datos parecen ser sensibles al tema de los malos tratos, aportan sin embargo una información que ni cuantitativa ni cualitativamente se corresponde con su privilegiado observatorio ni su acreditada sensibilidad.

El lugar relativamente modesto que ocupan en el ranking de informantes se entiende bien, sin embargo, a la luz de la muy escasa -cuando no nula- formación e información con que los profesores cuentan en relación con los malos tratos. Más allá de los esfuerzos y los intereses personales de cada uno en relación con el tema, lo cierto es que ni en la formación básica de los profesores ni en su formación permanente es posible encontrar contenidos que se refieran a la prevención y promoción de los derechos de la infancia, y particularmente a la temática de los malos tratos. Este hecho constituye una clara llamada de atención cuyos destinatarios debemos ser todos los que de una u otra forma estamos relacionados con el problema: desde quienes tienen responsabilidades en la Administración, pasando por quienes las tienen en la formación inicial y permanente de los profesores, hasta los equipos de apoyo a los profesores, los profesionales y asociaciones que tienen interés en los temas del maltrato infantil, etc.

Como se muestra en otro trabajo que se presenta en este mismo simposio, existen formas eficaces de sensibilizar a los profesores en relación con el tema de los malos tratos a la infancia, así como de dotarles de instrumentos que permitan canalizar esa sensibilidad en dirección de las actuaciones que correspondan. Los datos contenidos en este trabajo son sobre todo una llamada de atención que señala que en lo que se refiere a la detección del maltrato infantil, en las escuelas y centros educativos se está desperdiciando un capital humano que podría estar en inmejorables condiciones para realizar una labor muy eficaz.

Prevención e intervención en situaciones de riesgo social en el ámbito educativo

Ana Gil Lavado

Delegación de la Consejería de Educación de Sevilla, Junta de Andalucía

El sistema educativo tiene como fin la educación de todos los niños entendida ésta como el derecho a recibir una formación integral que asegure el pleno desarrollo de sus capacidades. Por esta razón y dada la extensión de la escolaridad obligatoria, la escuela como institución tiene la obligación de constituirse en un instrumento y marco preferente para compensar desigualdades y prevenir desajustes personales y sociales.

Desde este punto de vista nos encontramos con la necesidad de diseñar modelos de prevención e intervención desde el ámbito educativo respecto a situaciones de riesgo social, maltrato, o abandono.

La prevención, puede ser entendida desde una doble perspectiva:

1.- Una prevención generalizada plasmada en la creación de programas preventivos de protección a la infancia que pueden ser intersectoriales partiendo de un enfoque comunitario, donde la escuela vendría a ser el marco idóneo para su implementación y dirigidos a aquellos aspectos sobre los que tiene especial incidencia. Ejemplo de ellos tenemos absentismo escolar, retraso escolar, educación sexual, habilidades sociales, etc., programas de ocio y tiempo libre, de prevención toxicómana o embarazos, etc.

2.- Prevención básica dirigida a detectar situaciones de riesgo social, en fase inicial con la finalidad de evitar acciones futuras de maltrato o abandono infantil, institucional, social y familiar.

En cuanto al otro aspecto en el que debe incidir el marco educativo, la intervención la planteamos en tres niveles: detección, actuación y tratamiento.

La detección

Puede referirse, tanto a detectar factores de riesgo que terminan en situaciones de maltrato referida anteriormente como detección preventiva, como a localizar sospechas o evidencias del maltrato producido.

Pueden detectar en el marco escolar aquellos profesionales que están en contacto directo con los niños, profesores, educadores, componentes de los equipos de apoyo externo, etc.

Analizaremos ejemplos concretos de situaciones de maltrato o abandono detectados por profesores o especialistas de los equipos de apoyo externo.

Pretendemos considerar al profesor o educador como uno de los profesionales de mayor relevancia en el proceso de detección. El contacto estrecho y continuado con los niños y las familias y su formación y sensibilidad, permiten que se pueda detectar rápidamente aquellas condiciones que indican que el bienestar de un niño puede estar en peligro.

Con la finalidad de facilitarles su deber de informar y comunicar sus sospechas a otros profesionales encargados de verificar e investigar las mismas, podrían utilizar un protocolo

de detección de situaciones de riesgo en la infancia, que expondremos en el simposio, cuyo formato es muy sencillo, y esta basado en aquellos indicadores de riesgo específicos que hemos constatado en la práctica profesional en el ámbito educativo ante situaciones de abandono y maltrato.

Relacionadas con la detección, destacamos las dificultades relacionadas con la confidencialidad y la carencia de respaldo y protección por parte del sistema educativo.

Actuación y tratamiento

Seguimos el modelo de actuación diseñado en la guía de atención al maltrato infantil, basado en la dinámica organizativa y los recursos de los centros escolares.

Este modelo parte de dos vías posibles de canalización, llamados procedimiento normal de actuación y procedimiento de urgencia: a los que nos referimos en la exposición, con ejemplos concretos de niños en situación de riesgo o víctimas de malos tratos detectados en el centro escolar.

El tratamiento lo consideramos como un proceso rehabilitador que comienza desde el momento de la detección misma, destinado a ayudar a los niños y a las familias

Dificultades destacadas y propuestas

- Carencia de una normativa específica y concreta referida al ámbito educativo, que informe la implicación y el papel de éste en la protección de la infancia, así como la creación de convenios como el existente con la Administración Autonómica y Asuntos Sociales.

Así mismo, se reflejarían directrices concretas de intervención para los diferentes profesionales que intervienen en el sector.

- Demanda de criterios de intersectorialidad en la respuesta al problema, necesidad de establecer mecanismos de planificación y coordinación con otras administraciones, especialmente con los servicios sociales.

- Formación y entrenamiento específicos con estas materias, así como instrumentos precisos de recogida de datos, protocolos, etc.

EL PAPEL DE LOS SANITARIOS ANTE EL MALTRATO

Prevención de los malos tratos infantiles desde los centros sanitarios

Juan M. Gil Arrones
Hospital Universitario de Valme, Sevilla

REQUERIMIENTOS DURANTE LAS ETAPAS INFANTILES

Hablar de prevención de malos tratos durante la infancia requiere, necesariamente, hablar de las causas, de aquellos factores que pueden propiciar su aparición. Entendemos los malos tratos en sentido amplio, es decir, todas aquellas *circunstancias en las que los menores de edad no reciben la satisfacción de sus necesidades básicas y, por supuesto, las agresiones físicas y psíquicas*. Los factores que pueden estar en su origen son múltiples y de una gran variabilidad.

Para ser concretos desde el principio, entendemos que las **necesidades básicas** van cambiando a lo largo de las etapas de la infancia pero siempre estarán presentes, entre otras, la alimentación, el afecto, el aprendizaje, la socialización, la higiene y los cuidados de salud. También, el respeto a sus derechos individuales.

Dada la **vulnerabilidad** del niño y su **dependencia** del medio familiar y social para satisfacer sus necesidades, es evidente su condicionamiento por las características culturales, sociales, económicas y de salud de las personas que constituyen el entorno familiar.

Toda una serie de factores, múltiples y diversos, pueden determinar el trato y los cuidados que recibe un niño, un lactante o un adolescente y, por lo tanto, **pueden propiciar** deficiencias en la prestación de cuidados, situaciones de abandono y cualquiera de las formas de maltrato físico o psíquico.

TRABAJO CON OTROS SECTORES

La prevención del maltrato a la infancia, considerado en su sentido más amplio, pasa por detectar y suplir las deficiencias del entorno familiar y, sobre todo, por facilitar a los padres el apoyo necesario para que ellos mismos sean los que puedan afrontar la responsabilidad de atender adecuadamente a sus hijos.

La prestación de los servicios de salud debe ser realizada desde una perspectiva integral, contemplando las circunstancias laborales, culturales, las carencias de recursos de los padres, la protección de sus derechos, el amparo legal. Por lo tanto, debemos considerar la prevención del maltrato infantil como **un plan de trabajo común** para trabajadores sociales, educadores, profesionales de los medios de comunicación, jueces y fiscales, enfermeros, psicólogos y médicos. Profesionales que se encuentran trabajando, a veces aisladamente, en

ayuntamientos, centros de salud, hospitales, equipos comarcales, servicios provinciales, juzgados, etc. sobre diferentes aspectos que afectan a la misma población, a las mismas personas.

NIVELES DE PREVENCIÓN

Clásicamente se distinguen tres niveles de actuación en el ámbito de la prevención: prevención primaria, secundaria y terciaria. Existe diferenciación de la población a la que se destinan las actuaciones y de los objetivos que se propone.

La **prevención primaria** de los malos tratos infantiles se basa en actividades de promoción de la salud dirigidas a las parejas o a la población general. La **prevención secundaria** se dirige específicamente a las familias que presentan situaciones o factores de riesgo de trato inadecuado a los hijos. Las actividades de **prevención terciaria** tienen por objeto evitar complicaciones posteriores en niños que han sido maltratados.

APORTACIONES DESDE EL SECTOR SANITARIO

Es importante lo que se puede aportar desde el sector sanitario para la prevención de los malos tratos en la edad infantil. Desde luego, lo primero que deben hacer los centros sanitarios es evitar que su propia estructura y organización funcional sean origen de un trato inadecuado hacia los niños y jóvenes mientras reciben asistencia sanitaria; es decir, evitar el maltrato institucional. También es posible promover un trato adecuado del padre, de la madre y de los cuidadores hacia los menores, desde la etapa prenatal hasta la adolescencia.

¿Cómo se puede promover un trato adecuado de los padres y cuidadores desde los servicios sanitarios?

En principio, a través de la actividad programada habitual; esto es, a través de los programas que habitualmente se desarrollan en los centros sanitarios, centros de atención primaria y hospitales. Ocasionalmente puede ser necesaria la elaboración de programas específicos de prevención de alguna forma de maltrato.

A través del Programa de Planificación Familiar se puede actuar previniendo embarazos no deseados y, en alguna forma, embarazos de riesgo y, sobre todo, contribuir a una educación sexual y a la decisión responsable del momento del embarazo y del número de hijos de la familia.

En los controles del embarazo puede promoverse una actitud positiva hacia el embarazo y hacia el recién nacido, a través de la promoción de la lactancia materna, de la información sobre los cuidados infantiles, etc. También es importante prevenir riesgos prenatales como el consumo de alcohol, tabaco, drogas.

Entorno al parto, un momento tan sensible, es posible favorecer el contacto físico y afectivo del padre y de la madre con el recién nacido, informarles sobre las necesidades y los cuidados que deben dispensarles, empezando por las vacunaciones (Hepatitis B), screenings metabólicos para la prevención de la subnormalidad, higiene, lactancia, etc.

A través del Programa de Controles de salud del lactante y preescolar es posible infor-

mar a los padres de las nuevas necesidades de los hijos, sobre alimentación, higiene, cuidados de los pequeños síntomas de enfermedad, prevención de infecciones, actitud adecuada para la prevención de accidentes, pautas educativas en conflictos cotidianos, etc.

Posteriormente, es importante estimular la integración social mediante el contacto con otros niños de su edad, el juego adaptado a su estadio evolutivo y su escolarización.

En la etapa de la adolescencia se deberá favorecer el desarrollo de la propia personalidad, la integración social y la vivencia de una sexualidad sana y sin riesgos. A través de los estímulos adecuados se pretende evitar tanto la falta de escolarización, como la sobrecarga de trabajo escolar; la explotación laboral, el embarazo no deseado, situaciones de abuso sexual y otros riesgos para la salud.

El objetivo de estas actuaciones es poner a los padres en una situación que les permita respetar la personalidad de cada uno de sus hijos, aceptar sus propias características individuales, facilitarles los estímulos y los recursos necesarios para que se desarrollen sanos y felices, con plena capacidad de integración social.

PREVENCIÓN SECUNDARIA DESDE LOS CENTROS SANITARIOS

Los distintos profesionales de los centros sanitarios están en una excelente situación para detectar niños y familias que presentan circunstancias personales, familiares o sociales que pudieran ser origen de trato inadecuado o de maltrato. Todos los profesionales de los centros sanitarios tienen una importante responsabilidad en el conocimiento y detección de factores de riesgo. Los factores de riesgo pueden relacionarse con características del niño, estructura y capacidad de respuesta familiar y, con características ambientales.

Son factores de riesgo derivados de características del propio niño, el hecho de ser producto de embarazo no deseado o problemático, haber nacido pretérmino o con anomalías, el hecho de presentar enfermedades crónicas o tener comportamiento o rendimiento que no se correspondan con las expectativas de los padres.

Factores de riesgo en la familia pueden derivarse de la falta de rol paterno o materno, incapacidad o inmadurez de los padres para atender a sus cuidados, drogadicción o enfermedad de los progenitores, falta de recursos, etc.

Factores ambientales de riesgo pueden derivarse de particularidades culturales o religiosas, deficiencias de la vivienda o del entorno urbanístico, inaccesibilidad real a los servicios o a los recursos de la sociedad más inmediata.

Los profesionales de los centros sanitarios pueden detectar la presencia de alguno de estos factores de riesgo a través de la **exploración**, de la **anamnesis** y de la adecuada **comunicación** con los padres y cuidadores. El momento más adecuado pudiera ser las consultas de pediatría, la asistencia a servicios de urgencias, ingresos hospitalarios y, sobre todo, en las actividades programadas.

PAUTAS DE ACTUACIÓN DESDE CENTROS SANITARIOS

Todos los profesionales de los centros sanitarios están obligados por la legislación vigente a preservar el derecho a la intimidad y a la propia imagen de los familiares y del menor y, en consecuencia, a proteger la información clínica y social de que dispone; y, a la vez, a detectar e informar a los servicios jurídicos y de protección al menor ante la existencia de malos tratos.

Cuando un médico, un enfermero o cualquier otro profesional de cualquier centro sanitario detecta indicadores que hagan sospechar la existencia de maltrato o trato inadecuado deberá, en primer lugar, valorar la gravedad del maltrato en base al riesgo para su integridad física o psicológica y a la posibilidad de que se repitan las circunstancias maltratantes. En base a esta primera valoración puede indicarse su ingreso hospitalario, solicitar que se suspenda el derecho de alta voluntaria y, si la situación lo requiere, solicitar la intervención judicial o del fiscal de menores.

En cualquier caso, la actuación correcta de los profesionales sanitarios pasa por la detección de los indicadores que fundamenten la simple sospecha de maltrato o de trato inadecuado del menor, por la realización de una primera valoración, por la información al médico responsable de su asistencia, a la Unidad de Trabajo Social del centro y, a la denuncia o información a los Servicios Sociales de Protección al Menor, al juzgado o al Fiscal de menores. Posteriormente participará en el plan de actuaciones.

El objetivo de estas actuaciones es impedir que continúen las situaciones maltratantes, prevenir la aparición de secuelas y, a la vez, posibilitar la reinserción del menor, cuando sea posible, en su propio medio familiar y social introduciendo las medidas correctoras o los recursos que fueren necesarios. En ningún momento los profesionales sanitarios deben entrar en polémica con los padres o cuidadores sobre la interpretación de las lesiones o de los mecanismos de producción. No se les debe culpabilizar ni, mucho menos increpar; por el contrario, se favorecerá un ambiente propicio para que se expresen con libertad, sin miedo a la incomprensión, que facilite posteriormente la rehabilitación y reinserción.

Salud mental y maltrato a la infancia

José Luis Pedreira Massá

Unidad de Salud Mental Infantil de Avilés (SESPA)

INTRODUCCIÓN

El maltrato a la infancia no es una entidad en sí misma, es un conjunto de situaciones que precisan ser identificadas para poder actuar de forma más eficaz y efectiva posible, sobre todo desde las instituciones que operan en la comunidad.

Precisamente por no ser una entidad en sí misma, precisa de un abordaje multidisciplinar, tanto desde la perspectiva conceptual como para el abordaje de la situación (preventiva o terapéuticamente).

En los últimos años se ha observado un interés creciente en este síndrome (considerado tal concepto sindrómico como un complejo entramado de síntomas y signos que se dan en un marco determinado, pero cuyo origen puede ser multicausal) de la infancia maltratada. Muchos trabajos han incidido en la determinación del concepto, los factores de riesgo, la presentación clínica y las formas de intervención. Pero una fina lectura crítica nos podría poner de manifiesto el interés de los profesionales por tal o cuál área, más que un intento comprensivo de lo que acontece en el niño/a maltratado, al menos en una mayoría de los trabajos.

El presente trabajo pretende centrarse en el niño/a que es objeto de malos tratos, en su proceso clínico y en su desarrollo, pero también qué formas de abordaje terapéutico se puede diseñar, pero con la intervención centrada en y desde el propio niño/a. El presente análisis representa el punto de partida de una experiencia clínica centrada en la atención a la infancia en riesgo psico-social, pero sin exclusiones y con un contexto clínico enmarcada en y desde el sistema sanitario.

LOS MALOS TRATOS A LA INFANCIA COMO CAUSA DE TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA

En muchos trabajos sobre malos tratos a la infancia parecen sugerir que son la causa de la mayoría de los trastornos emocionales y relacionales de la infancia. Esta linealidad causa-efecto proviene de un encorsetamiento explicativo, demasiado centrado en el contexto de la vida del niño/a, que considera en tono menor el proceso de desarrollo individual del sujeto infantil y sus necesidades afectivas, así como la forma de expresar sus demanda. Es como si la descripción del bosque (aunque pormenorizada) impidiera ver a todos y cada uno de los árboles que lo integran. En algunos trabajos precedentes se han constatado algunos grupos sintomáticos que obtenían significación estadística en el síndrome de malos tratos a la infancia en una consulta de salud mental infantil en la comunidad.

La comprensión psicopatológica de esos grupos sintomáticos nos remiten a enmarcar los trastornos mentales (según criterios CIE-10) más frecuentes que entre sus causas pueden encontrarse los malos tratos a la infancia. Hemos de significar que la detección de la existencia de malos tratos en los antecedentes de estos niños/as, no significa que los malos tra-

tos sean la causa directa del proceso emocional, sino que se encuentra entre las causas identificadas como desencadenantes, precipitantes, favorecedoras o que contribuyen a la estabilización del proceso que padece el niño/a. Hay que aclarar que la mera desaparición del contexto maltratante, aunque mejora el proceso, no suele ser suficiente para hacer desaparecer totalmente determinados grupos sintomáticos, sobre todo si ha existido una prolongada exposición a la situación sin que haya sido abordado de manera conveniente. Un dato más a considerar consiste en que, en no pocas ocasiones, los trastornos emocionales detectados en casos de malos tratos son una evolución longitudinal, en el tiempo, de situaciones que han podido pasar desapercibidas o solapadas en los momentos iniciales, en simultaneidad con los malos tratos o en el inmediato futuro de la detección de estas situaciones:

Trastornos del vínculo

Son trastornos cuya expresión clínica se manifiestan muy precozmente, dado que el proceso vincular es consustancial con el devenir humano y la escuela etológica lo ha evidenciado con investigaciones de gran rigor metodológico y sutileza interpretativa. Estos trastornos vinculares se manifiestan como procesos de somatización precoz, irritabilidad y otras dificultades en el acoplamiento de la diada madre-hijo/a, trastornos alimenticios precoces, trastornos del sueño e hipoestimulación sensorial y sensorio-motriz. La traducción relacional se expresa como dificultades para generalizar el establecimiento de nuevos vínculos, p.e. dificultades relacionales con los adultos y/o con los pares, dificultad para aceptar y cumplir la ley y los límites.

Trastornos de adaptación y conducta

No son más que una forma de expresión de otros procesos y como tal debiera ser considerado. No obstante la irritabilidad, oposicionismo (con desobediencia), negativismo, trastornos por déficit atencionales, la agresividad, la hipersexualidad (con o sin agresiones sexuales hacia el exterior) y, en determinadas situaciones, las transgresiones sociales (delincuencia y predelinquencia infantil y juvenil, el pandillismo, ...), etc. Todos estos trastornos remiten al paso al acto (*acting-out*) como forma de comunicación con muy baja capacidad de mentalización y de simbolización de la frustración, de los límites y de la Ley. La imitación y/o la formación reactiva como mecanismos de defensas ayudan a comprender e integrar este tipo de trastornos.

Trastornos afectivos

Los trastornos de disforia (no estar contento con nada), las alteraciones bruscas y repentinas del humor, la baja autoestima, cierta apatía y adinamia, tristeza, retraimiento, etc. suelen ser una forma de expresión precoz de un trastorno vincular que deriva hacia un trastorno afectivo por fracaso de las relaciones objetales. En estos casos el abandono o los malos tratos físicos y emocionales suelen ser los que se detectan con más frecuencia.

Trastornos escolares

Fundamentalmente son una baja en el rendimiento escolar, bien sea por la dificultad atencional, por el trastorno afectivo acompañante o por las dificultades psico-sociales acompañantes (p.e. casa pequeña, hacinamiento, falta de estímulo familiar, etc.). También hay que enmarcarlos en un fracaso de los procesos de simbolización. Son un síntoma muy llamativo, por lo frecuente y fácil de detectar, que precisa un abordaje comprensivo de la situación.

Trastornos somatoformes

Los trastornos de expresión psicósomática son una de las formas más frecuentes de expresión de los problemas emocionales en la infancia. Sea por lesión directa (agresión o accidental), por fallo en la simbolización corporal (hiperinvestimiento de una función corporal), por erotización precoz (abusos sexuales), por fijación del valor del lenguaje corporal (somatizaciones) o por manipulación corporal del cuerpo del niño/a como una prolongación del cuerpo del adulto (sean las figuras parentales o las instituciones sanitarias: Síndrome de Munchausen por poderes en todas sus formas clínicas).

LOS MALOS TRATOS A LA INFANCIA COMO EFECTO DE OTROS TRASTORNOS

En muchas ocasiones los malos tratos a la infancia son una consecuencia de otra serie de trastornos pre-existentes. En estas situaciones los malos tratos serían la expresión de la gran mayoría de los descritos como "factores de riesgo" en los casos de malos tratos a la infancia. En efecto, en muchas ocasiones son la consecuencia de trastornos preexistentes en el contexto familiar (p.e. enfermedad mental de una o las dos figuras parentales, familias monoparentales, abuso de drogas o alcohol, etc.) o en el contexto social (p.e. marginación, hacinamiento, bajo nivel cultural, etc.). Pero también puede ser la expresión de una interpretación inadecuada de la conducta infantil (p.e. déficit sensorial por hipoacusia sensorio-perceptiva, autismo infantil, deficiencia mental, etc.) por parte de la familia (malos tratos familiares) o de la institución escolar o de otro tipo (malos tratos institucionales).

En estos casos los malos tratos a la infancia deberían ser considerados como un síntoma al que es preciso dar una significación en su contexto, tanto familiar como individual del sujeto infantil. Los denominados "factores de riesgo" adquieren así todo su valor y, como tales, deben ser contrastados con cada caso y en cada situación concreta. Pero su existencia no significa nada más que una sutil suma de objetividades, como diría Ortega y Gasset, para valorar la presencia de los malos tratos, ya que éstos no son más que un efecto fenomenológico cuyo origen debe articularse con la entidad sobre la que descansa esa alteración perceptiva del entorno socio-familiar y relacional de y para con un niño/a.

Efecto de trastornos en el contexto social

El caso más paradigmático es la explotación y mendicidad infantil o el trabajo de los niños/as. En algunos casos es tan sutil la hipocresía de la situación que ha llevado a Parla-mentos a legislar el trabajo de los niños/as (p.e. Portugal) en vez de protegerlos para que no

desarrollen trabajos físicos o jornadas laborales a una edad temprana. La deficiente capacidad de ser escuchados los niños/as hace que sean considerados, en el terreno epistemológico, del lado del objeto (p.e. la denominación como "menores") y se construye una lógica que excluye la consideración de sujetos a la infancia.

Efecto de trastornos en el contexto escolar

Es el fundamental medio de sociabilización infantil, por ello la relación con los pares y con adultos con autoridad resulta de gran interés. La exigencia desproporcionada, la valoración por rendimientos en vez de capacidades, los problemas del propio contexto cambiante de la institución escolar, la existencia de trastornos emocionales o sociales en el profesorado, etc., son sólo alguna de las posibilidades que han aparecido en múltiples trabajos de investigación y que tienen como efecto, posible, la aparición de malos tratos y/o abusos sexuales en la infancia.

Efecto de trastornos en el contexto familiar

Los clásicos factores de enfermedad somática o psíquica en una o ambas figuras parentales, la maternidad adolescente sin apoyo socio-emocional adecuado, la prematuridad por el efecto de alteración de la vinculación, el abuso de drogas o alcohol en las figuras parentales, etc. son sólo lo emergente de una situación más compleja. Nosotros hemos descrito esta situación como un doble mecanismo dialéctico en la relación: marginarse-ser marginado del contexto social (desvinculación afectiva y pérdida de puntos de referencia cultural) y el encerramiento relacional (los conflictos revierten al seno de la propia familia). En este contexto tanto la percepción familiar como la expresión relacional obtienen un grado importante de distorsión: dificultad para la mentalización-simbolización y pasos al acto de forma continua, donde la impulsividad sustituye a la capacidad de reflexión. Así entendemos el efecto "repetición" de los malos tratos en una línea familiar y no solo en una repetición mimética e imitativa.

Efecto de trastornos en el propio niño/a maltratado

En efecto, en ocasiones el niño/a tiene o puede tener distorsiones perceptivas importantes (p.e. confundir el bofetón con la única expresión de cariño de su entorno), bien sea como cúmulo de una experiencia previa o bien por tener un trastorno psicopatológico subyacente. Existen formas de comunicación infantil que pueden estar alteradas y que no son entendidas por el contexto familiar o escolar o social (p.e. la comunicación del autista con sus estereotipias o conductas repetitivas, o la demanda continua de algunos deficientes mentales o sensoriales), por lo tanto la "traducción" comunicacional se encuentra muy alterada y pasa a ser "molesta" y de ahí a la "descarga" emocional vía el paso al acto es una sutil forma de evitar contrastarse con la incapacidad/imposibilidad/dificultad para comprender esa conducta infantil.

REPERCUSIONES PARA EL DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN EN LOS MALOS TRATOS EN LA INFANCIA

En algún trabajo previo, presentado en el Congreso de Vitoria de esta Federación, ya señalaba los requisitos para encaminarse por el éxito en la intervención. Hoy debo subrayar lo allí expresado, dado el rumbo que ha tomado la situación en la mayoría de las Comunidades Autónomas, dicho sea con una visión crítica y tras reconocer los esfuerzos realizados.

Requisitos previos:

- 1.- No duplicar ni solapar recursos, buscando la complementariedad e integrando lo ya existente.
- 2.- Formación y experiencia contrastada de los profesionales en el campo de la infancia de forma específica. La formación sólo en malos tratos a la infancia constituye una de las distorsiones más importantes de los profesionales.
- 3.- Existencia de un responsable de caso, como punto de referencia tanto para la familia como para el resto de las instituciones.
- 4.- Trabajo en equipo, pero entendiendo el equipo en el seno del territorio y no en cada institución.

Coordinar las acciones:

- 1.- Implica co-responsabilización de las instituciones que vayan a intervenir, por lo tanto exige el diseño de un programa de intervención y consensuar las funciones entre las diversas instituciones.
- 2.- La cobertura social del tema es muy importante, pero no debe representar la única ni, en muchas ocasiones, debe ser la prioritaria forma de intervención.

Intervención desde los Servicios de Salud Mental Infantil

El problema es que existen pocos servicios de este tipo y hay muy pocos profesionales realmente acreditados para desempeñar este tipo de trabajo. No obstante hay que señalar la importancia de este tipo de servicios en el diseño de la intervención:

- 1.- Para la evaluación psicopatológica y relacional de la familia y del proceso de desarrollo del niño/a.
- 2.- Para priorizar la orientación terapéutica a la familia (priorizar el abordaje desde las figuras parentales) o al niño/a individualmente, según lo que se detecte.

Como ejemplo un caso bastante frecuente aportado en una supervisión institucional: familia compuesta por marido alcohólico y agresivo que maltrata a la madre y a los hijos; madre muy preocupada en la situación familiar y con muy baja autoestima, diagnosticada de "depresión endógena" y que no sigue el tratamiento prescrito, en parte porque dice no poseer dinero para comprarse los fármacos; dos hijos de seis y cuatro años desaseados, mal alimentados, irritables y llorones, mal vestidos. La intervención fue compleja y se centró en una primera prescripción, tras varias entrevistas en los servicios sociales, de ayuda familiar domiciliaria. En principio la evolución fue satisfactoria, pero en poco tiempo el deterioro (en

todos los sentidos) fue en incremento de forma muy rápida. Datos para re-pensar la situación: si la madre estaba diagnosticada de un proceso afectivo severo su autoestima, tanto como madre como mujer, estaría muy afectada y a un nivel bajo mínimos; se podría pensar que la ayuda domiciliaria era tal ayuda, pero también se podría interpretar (como así fue) que la ayuda era la constatación clara y palpable de su ineficacia como mujer y como madre, con lo que el cuadro afectivo empeoró de forma sensible. Si la evaluación se hubiera centrado en los niños, habría que haber potenciado la función materna, lo que implicaba el tratamiento prioritario del cuadro afectivo y el ofrecimiento de apoyo para los niños/as: tanto a nivel social como para replantear el estado de los vínculos por medio de un apoyo psicoterapéutico dispensado por profesionales especialmente capacitados y acreditados para ello.

BIBLIOGRAFIA

- BROWNE, K., et al. *Early prediction and prevention of child abuse*. Manchester: John Wile & Sons, 1988.
- CRIVILLÉ, A. *Parents maltraitants enfants meurtris*. París: ESF, 1987.
- FERNÁNDEZ, A.; PEDREIRA, J.L. Los malos tratos a la infancia: aproximación psico-social. *Psiquis* 1991, vol. 12, nº 5, p. 21-26.
- FERNÁNDEZ, A.; PEDREIRA, J.L. A propósito de un caso de carencias múltiples: la dificultad de la evaluación y de la intervención psicosocial en la infancia. *Anales Españoles de Pediatría* 1993, abril, vol. 38, nº 4, p. 372-376.
- FERNÁNDEZ, A., et al. Intervenciones psicosociales en la primera infancia: integración y coordinación en el territorio. *Revista de Psiquiatría Infantil* 1991, vol. 3, p. 231-236.
- KEMPE, R.S.; KEMPE, C.H. *Niños maltratados*. Madrid: Morata, 1989.
- MARTÍN ÁLVAREZ, L.; DE PAÚL OTCHOTORENA, J.; PEDREIRA, J.L. La infancia maltratada: contenidos psicopatológicos. En: Rodríguez-Sacristán, J., director. *Manual de Psicopatología de la infancia y la Adolescencia*. Sevilla: Universidad.
- MARTÍNEZ ROIG, A. *Maltractment d'infant*. Alta Fulla, 1989.
- MEADOW, R. *ABC of child abuse*. London: Br. Medical Journal, 1989.
- DE PAÚL, J. et al. *Maltrato y abandono infantil: identificación de factores de riesgo*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del País Vasco, 1988.
- PEDREIRA, J.L. Factores que intervienen en el éxito de los programas de intervención en los malos tratos a la infancia. *II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada* 1991, Vitoria-Gasteiz.
- PEDREIRA, J.L. Infancia, salud mental y ley: encuentros y desencuentros. En: Díez, M.E., coordinador. *Legislación, derechos y salud mental*. Oviedo: Principado de Asturias, 1994, p. 163-194.
- PEDREIRA, J.L. *Protocolos de salud mental infantil para la atención primaria*. Madrid: Ela-Aran, 1995.
- PEDREIRA, J.L.; MARTÍN ÁLVAREZ, L. Munchausen's syndrome: clinical manifestations and case management. *4th European Conference on Child Abuse and Neglect*. 1993, Padua.
- SARDINERO, E.; PEDREIRA, J.L. Características del maltrato en la edad escolar. *Psiquis* 1995, vol. 16, nº 1, p. 41-50.
- WOLFE, T. *Child abuse*. London: Sage, 1987.

El papel del profesional médico en el maltrato: prevención, detección y tratamiento

Anthony Tam, M.A. Lynch
Optimum Health Services, Londres

La Convención sobre los Derechos del Niño estableció unas normas internacionales. Estas se reflejan en la legislación nacional, que en el Reino Unido es conocida como La Ley de los Menores (The Children Act, 1989). Se han elaborado directrices que promueven el trabajo multi-disciplinario y clarifican las responsabilidades de distintos servicios y profesionales. El Departamento de Salud británico publicó directrices para todos los médicos subrayando que "el bienestar del niño debe ser de primera importancia", y que "el principio predominante es asegurar que la solución sea la mejor para el niño". Se espera que los médicos colaboren con otros servicios, por ejemplo, servicios sociales, para asegurar la protección del niño. Los pediatras juegan un papel importante en el Comité Local de Protección Infantil compuesto por servicios múltiples que supervisan los procedimientos y la práctica general.

PREVENCIÓN

Mientras que los procedimientos y directrices se refieren mayormente a la identificación e investigación del maltrato, el pediatra comunitario tiene un papel importante en la prevención primaria y secundaria. La prevención primaria es esencialmente la promoción del bienestar de todos los niños y familias. Los pediatras pueden influir sobre el proporcionamiento de servicios que apoyen a las familias y protejan a los niños. Su relación con familias individuales abre oportunidades para ayudar a los padres con el fin de que ellos mismos adquieran las habilidades necesarias para criar a sus hijos.

En la prevención secundaria, los pediatras pueden jugar un papel importante y gratificador. Por ejemplo, pueden identificar grupos de alto riesgo, fomentar el uso apropiado de recursos existentes, y participar o consultar a servicios adicionales. La mejor manera de hacerlo es ganar la confianza de los padres para que estos ayuden y trabajen conjuntamente con los profesionales en el cuidado de sus propios hijos. Al mismo tiempo, el pediatra debe ser capaz de identificar prácticas que hacen, a su vez, más vulnerables a los padres mismos. En muchos casos, padres vulnerables producen un niño vulnerable, aumentando aún más el riesgo de maltrato. Al reconocer el hecho de que un niño enfermo "difícil", o minusválido, es vulnerable al abuso o abandono, el pediatra puede ayudar a los padres para que busquen apoyo que posiblemente ya está disponible en la comunidad.

Tradicionalmente, la prevención terciaria está considerada como la prevención de servicios para prevenir recurrencia. Sin embargo, en el papel del pediatra, se debería incluir una identificación de las consecuencias de abuso sobre el desarrollo del niño y un consejo sobre cómo estas consecuencias podrían ser aliviadas. Esto podría significar la consulta de un centro de desarrollo infantil o de los servicios de salud mental infantil.

DETECCIÓN

Cuando se sospecha abuso o abandono, el pediatra comunitario juega un papel importante en la investigación coordinada por los servicios sociales. Aunque es posible que un médico sea la primera persona que sospeche un maltrato, es más frecuente que la persona que identifique la posibilidad de abuso sea un empleado de una guardería, una profesora de un colegio, o un trabajador social. Como parte de una investigación sobre abuso y abandono físico, se debe pedir la opinión de los pediatras para que comenten acerca de las manifestaciones físicas. También es posible que identifiquen anomalías en el desarrollo físico y mental. Deben estar dispuestos a comentar sobre las interacciones entre el niño y los padres, y discutir la necesidad de protección urgente del niño con el trabajador social. En la minoría de los casos, se aconsejaría el ingreso en un centro hospitalario, y, ocasionalmente, el pediatra organizará estudios radiológicos y otras pruebas.

Al investigar casos de abuso sexual, el pediatra debe participar desde el principio en la planificación y no es apropiado considerar que el examen médico-físico sea el componente más importante. Muy pocos niños sexualmente abusados presentan hallazgos médicos. Algunos de estos niños, igual que los abusados emocionalmente pueden presentarse inicialmente al médico con síntomas físicos.

ESTUDIO DE CASO (CASE CONFERENCE)

Una vez que las investigaciones hayan tenido lugar, los servicios sociales organizan un "estudio de caso" al cual el médico envía un informe y también asiste la mayoría de las veces. El objetivo del estudio de caso es reunir información obtenida por los profesionales relacionados con el niño, decidir si el niño debe ser incluido en el Registro de Protección Infantil, y acordar sobre un plan de protección. Durante estos últimos años, los estudios de caso se han hecho cada vez más abiertos, y los padres ya asisten a ellos casi de rutina. Se está buscando alguna fórmula para poder incluir a los niños. En el Reino Unido, los profesionales que se suelen invitar a los estudios de caso son profesores de colegios, empleados de guarderías, visitadoras de salud, enfermeras de escuelas, la policía, y médicos (pediatras y médicos de cabecera). Los psiquiatras y psicólogos clínicos sólo asisten en el caso de haber estado involucrados con la familia previamente.

El pediatra debe aconsejar sobre el componente médico del Plan de Protección. Los niños podrían requerir intervención debido a necesidades de salud previamente olvidadas, o enfermedades no tratadas por negligencia. También podrían beneficiarse de una interconsulta a otros servicios para asesoramiento en su desarrollo normal y psicológico.

El plan de protección será monitorizado por los múltiples servicios y durante los estudios de caso de seguimiento. Durante el intervalo entre los estudios de caso, un trabajador social designado será responsable de solicitar consejo a los distintos servicios cuando las circunstancias cambian. Asimismo, si el pediatra está preocupado por cualquier razón, también debe comunicar sus preocupaciones al trabajador social.

EVALUACIÓN

La evaluación del servicio ha estudiado la disponibilidad de médicos para responder a las peticiones de consejos médicos y exámenes físicos, asistencia a estudios de caso, y el

cumplimiento del Plan de Protección. Todo ello podría verse afectado por razones de recursos, como la escasez de personal disponible, y por factores no médicos, como la movilidad (fluctuación) de la población.

Función del hospital en el problema de los niños maltratados

José Calvo Rosales, J.R. Calvo Fernández
Hospital Materno-Infantil, Las Palmas

El maltrato a los niños constituye un complejo fenómeno resultante de una combinación de factores individuales, familiares y sociales, que tienen como denominador común con comportamiento destructivo del proceso de desarrollo y bienestar del niño.

Esta complejidad hace necesarias unas reflexiones sobre el concepto de malos tratos, lo cual es decisivo a la hora de delimitar actuaciones.

Para ello, distinguimos tres modalidades:

Maltrato físico

Lesiones sufridas por un niño como consecuencia del uso de fuerza física empleada de forma intencional -no accidental- con objeto de herir o destruir al niño, ejercida por los padres u otras personas responsables del menor (Kempe, 1962). Pueden clasificarse en: lesiones cutáneo-mucosas, lesiones óseas, lesiones neurológicas, lesiones viscerales, lesiones sistémicas.

Maltrato psico-social

Situaciones que atentan contra la libertad y dignidad del niño, y conculcan sus derechos fundamentales. Tales son: inducción a la prostitución y pornografía, inducción al uso de drogas y otros fármacos, inducción a la mendicidad activa o pasiva, abandono, que puede ser permanente o transitorio, y de carácter material o moral, maltrato intelectual, maltrato institucional, explotación laboral, discriminación racial, Síndrome de Munchausen en niños, maltrato fetal, utilización del niño en actividades bélicas y ciertas actividades rituales utilizadas en niños.

Maltrato sexual

Utilización del niño para la estimulación sexual del agresor o de otras personas, lo que puede realizarse de forma violenta o sutil. El abuso sexual puede adoptar varias formas: pedofilia, hebofilia, incesto, violación y exhibicionismo.

RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA

Todos los profesionales que atienden niños deben estar capacitados para diagnosticar malos tratos físicos y abuso sexual. Esta exigencia debe ser extensiva tanto a los pediatras

extrahospitalarios como hospitalarios, y principalmente de los servicios de urgencia.

Maltrato Físico:

Dado el polimorfismo clínico y etiológico del síndrome del maltrato, se requiere una gran sutileza por parte del médico, que deberá tener siempre presente esta diagnóstico, valorando cuidadosamente las siguientes circunstancias:

- 1.- Presencia de lesiones en diversos estadios evolutivos.
- 2.- Aspecto del niño: descuidado, desnutrido, asustado, no buscando el apoyo de sus padres.
- 3.- Discordancia entre las manifestaciones de los padres y los hallazgos clínicos.
- 4.- Traumatismos repetidos, tratados en diversos hospitales.
- 5.- Retraso injustificados en buscar ayuda médica.
- 6.- Hematoma subdural y fracturas múltiples.
- 7.- Equimosis y hematomas con pruebas coagulación normal.

Abuso sexual:

Puede manifestarse como lesiones físicas en el área ano-genital, solas o asociadas a ciertos comportamientos: enuresis nocturna, encopresis, disuria, dolor a la defecación. Otras veces lo que se detecta es un cambio específico de tipo sexual en la conducta del niño:

- 1.- El niño hace un detallado relato del encuentro sexual con un adulto.
- 2.- El niño manifiesta en sus juegos o conversaciones, actitudes que indican una exposición anterior a experiencia sexual o abuso.
- 3.- El niño empieza a mostrar un inusitado interés por el sexo. En ocasiones, los cambios de comportamiento son inespecíficos: exagerado temor a una persona determinada, terror nocturno, temor a dormir solo, actitudes regresivas, fuga del hogar, ideas suicidas. Lo que debe alertar es el carácter súbito de tales anomalías de comportamiento.

En los hospitales pediátricos debe existir un programa educacional continuo que facilite el reconocimiento del síndrome al personal médico y paramédico.

PROTECCIÓN AL MENOR

Todo niño que presenta lesiones físicas sospechosas de ser debidas a malos tratos, debe ser hospitalizado como una forma de protegerlos mientras se establece el diagnóstico.

Conducta a seguir ante un niño víctima de maltrato físico

- 1.- Estudio de la situación socio-económica familiar.
- 2.- Observar la actitud de los padres durante la entrevista y su relación con el hijo.
- 3.- El médico debe considerar ciertos rasgos de comportamiento del niño en relación a sus padres.
- 4.- Exploración física sistemática del niño, para que ninguna lesión pase desapercibida. Obtener una fotografía en color de cualquier lesión, lo que puede ser una prueba documental de gran valor legal.

5.- El examen radiográfico óseo permitirá corroborar los hallazgos clínicos y en ocasiones despertará la sospecha de esta entidad nosológica. La radiografía "grita" lo que el niño no puede decir.

En los casos en que la sospecha de maltrato es muy fuerte pero la radiografía no demuestre lesión, cabe recurrir a la gammagrafía que permite detectar la fractura muy precozmente, incluso en las primeras horas que siguen al traumatismo. El empleo de la TAC puede ser muy útil en la demostración de hemorragia intracraneal, cuando no hay fractura craneal.

6.- El examen de fondo de ojo puede poner de manifiesto hemorragias retinianas.

7.- Las pruebas de laboratorio sirven de apoyo para diagnosticar, por ej. un síndrome de Munchausen, cuando todos los exámenes han sido normales, o bien descubrir la presencia en sangre de drogas o medicamentos.

Aunque en la mayoría de los casos, el cuadro clínico es evidente en ocasiones es preciso diferenciarlo de procesos que pueden simular malos tratos pero que tienen otra etiología.

Conducta a seguir ante un niño víctima de abuso sexual

El diagnóstico de abuso sexual y la protección del niño de futuras lesiones, dependerá de la capacidad del médico para considerar la posibilidad del abuso, teniendo en cuenta que éste puede presentarse de muchas maneras, desde lesiones en el área ano-genital o enfermedad de transmisión sexual hasta trastornos de conducta.

De ahí la necesidad de que el médico conozca el problema y esté capacitado para realizar la exploración de un niño sometido a abusos sexuales, evitando actuaciones que impidan la recogida de pruebas fundamentales.

El primer punto de actuación es la obtención de la historia clínica. Deberá reducirse al mínimo la repetición de interrogatorios, el cual, si es posible, deberá hacerse a solas con el niño. Al interrogar a niños de 3 a 6 años, puede ser útil la utilización de esquemas, muñecas u otras ayudas.

En todo caso, lo importante es que el interrogatorio sea hecho por una persona con experiencia en este tema, que brinde al niño cariño, amistad y actúe con mucho tacto. Es deseable que se realice de acuerdo con un protocolo previamente estructurado evitando la improvisación. La exploración deberá hacerse en presencia de otra persona. Cuando han transcurrido menos de 72 horas y la historia de abuso sexual incluye la eyaculación, la exploración debe hacerse inmediatamente. Cualquier retraso en el examen clínico puede llevar a la pérdida irreparable de signos o datos de laboratorio de enorme valor legal. Si han transcurrido más de 72 horas, la exploración no constituye una urgencia, y puede concederse un tiempo para calmar la angustia del niño. Se hará una exploración completa del niño, con especial atención a las áreas genitales.

Una vez expuestos estos aspectos, se plantean algunas cuestiones de gran interés:

1.- ¿Quién debe realizar el examen de un niño víctima de abuso sexual? La respuesta es: quien esté más capacitado para ello. Teóricamente es el ginecólogo, pero sería deseable que los pediatras nos habituáramos a incorporar la exploración de los genitales femeninos en los protocolos de exploración rutinaria del niño.

2.- ¿Deben existir en los hospitales equipos especiales de atención para niños maltratados? Nuestra opinión es que deberían existir equipos multidisciplinarios, integrados por pediatras, psicólogos y asistentes sociales.

3.- Desde el punto de vista legal ¿cuál es la responsabilidad del Hospital ante un niño víctima de malos tratos? Hay obligación de comunicar el caso a las autoridades, debiendo hacerse a:

- . Juzgado de guardia, a quien corresponde decidir la posible responsabilidad penal del agresor.
- . Dirección General de Protección al menor, a quien corresponde adoptar las oportunas medidas de protección social al menor.
- . Fiscal de Menores, como coordinador de ambas actuaciones.

4.- Necesidad de un sistema de coordinación entre el hospital y los centros de asistencia primaria: es importante que exista una relación fluida entre los facultativos de aquellos centros y el equipo hospitalario, lo cual ofrece las siguientes ventajas:

- . Permite priorizar el ingreso hospitalario del niño.
- . Evita al médico que sospecha la agresión una situación de enfrentamiento con los padres.
- . El médico de atención primaria puede seguir la evolución del niño, lo que unido a la colaboración que recibe del equipo hospitalario, le motiva y le hace sentirse partícipe de una tarea común.

NIÑOS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA POLÍTICA Y SOCIAL

Los efectos psicológicos de la violencia política en la infancia

Florentino Moreno Martín
Universidad Complutense de Madrid

Es difícil acercarse con cierta objetividad al complejo fenómeno de los efectos de la violencia política, mucho más si hablamos de un sector de la población que siempre suele sufrir sus consecuencias en el lado de las víctimas como es la infancia. En el caso de la guerra, la complejidad aumenta al tratarse de un hecho mayoritariamente rechazado. Minimizar sus efectos traumáticos podría interpretarse como una suerte de justificación. De este modo, los profesionales de la salud mental solemos esforzarnos por describir detalladamente la psicopatología de guerra, con la intención de contribuir al esfuerzo de evitarla o eliminarla. Movidos por este afán es frecuente que al detallar los efectos de la guerra caigamos en generalizaciones y simplificaciones, especialmente cuando nos referimos a la infancia. La fundamental de todas ellas es la suposición de que todos los trastornos psíquicos detectados en tiempo de guerra tiene una etiología bélica, cosa que no es del todo cierta.

Quien haya conocido desde dentro un conflicto armado sabe que la relación guerra-trastorno psíquico no es mecánica sino que está mediada por multitud de factores, entre los que los hechos bélicos más evidentes, como los bombardeos y los combates no constituyen el fenómeno fundamental. Son las separaciones afectivas y la elaboración de las experiencias vividas en el seno de la familia y la comunidad, los elementos mediadores básicos que determinan la frontera entre un niño psicológicamente sano, de lo que suele definirse como un traumatizado de guerra.

No existe unanimidad a la hora de definir el tipo de trastornos psicológicos característicos de la guerra en la infancia. La dificultad en el acuerdo se produce cuando se pretende reducir a categorías unívocas dos realidades complejas, como la guerra y la infancia, que reúnen múltiples dimensiones diferenciadoras. Al decir que la guerra produce en los niños tal o cual efecto, es preciso especificar a qué guerra y a qué tipo de niños nos estamos refiriendo. En las próximas líneas trataré de sintetizar algunos de los efectos que he podido verificar en algunos de los cuatrocientos niños nicaragüenses que entrevisté en zonas de guerra de Nicaragua y en los campamentos de la "contra" en el sur de Honduras mientras duraba el conflicto armado nicaragüense.

La regresión o retroceso a una fase evolutiva anterior, es un efecto relativamente frecuente. Los niños y niñas realizan en ocasiones conductas que ya habían superado hacía tiempo, como orinarse en la cama, chuparse el dedo, balbucear en lugar de hablar, etc. La guerra, especialmente en sus primeros momentos, supone una modificación sustancial del

ambiente familiar, social, incluso físico, en el que el niño ha ido aprendiendo las formas de comportamiento más maduro. Si estas conductas no estaban muy consolidadas, al cambiar las circunstancias en las que se desarrollaban, el niño vuelve a reproducir hábitos que le suponen menos esfuerzo y en los que se siente más seguro.

En tiempo de guerra son mucho más habituales los trastornos referidos a la vida emocional del niño. En cuanto a la intensidad de las emociones, se produce una cierta paradoja. Ante los primeros efectos de la guerra, sobre todo cuando muere alguno de sus familiares, pueden observarse en algunos niños manifestaciones de desbordamiento afectivo: hiperactividad, gritos, espasmos, parálisis funcionales, tics, etc. Sin embargo, con el paso del tiempo se generaliza una insensibilidad emocional que resulta sorprendente. Casi la mitad de los niños nicaragüenses que entrevistamos en las zonas de guerra de Nicaragua y en los refugios de Honduras, habían perdido algún familiar como consecuencia de la guerra. Muchos de ellos habían presenciado incluso el asesinato, a veces acompañado de tortura, de sus padres. Cuando les pedíamos que evocaran los hechos, los relataban con una frialdad asombrosa. Esta insensibilidad emocional es uno de los mecanismos defensivos más eficaces ante la permanente activación afectiva a la que se ven sometidos. A la vez explica el reducido porcentaje de niños con trastornos psicológicos graves.

El mantenimiento de situaciones tan propicias al desequilibrio como la muerte, las separaciones afectivas y la destrucción, podrían tener como consecuencia lógica la aparición de determinados tipos de neurosis, o incluso la manifestación de brotes psicóticos. Así sucede en algunos casos, sin embargo, es más frecuente la insensibilidad emocional, que aunque debe ser entendida también como un trastorno, representa un mecanismo adaptativo de primer orden para el niño.

Tanto en la población infantil como en la adulta, la guerra genera dos tipos de sentimientos que pueden producir consecuencias patológicas. El miedo es el primero de ellos. Sentimos miedo ante una amenaza precisa. Tememos la llegada de los aviones militares o la activación de una mina en una zona de combate. La intensidad del temor guarda cierta relación con la naturaleza de la amenaza. La ansiedad, por el contrario, es un sentimiento vital que implica un malestar generalizado, pero que no es atribuible a un objeto o situación precisa, sino más bien a un proceso o circunstancia que el individuo no controla, desconoce, o ante la que no sabe cómo actuar o qué pensar.

En tiempo de guerra las consecuencias de ambos sentimientos son diferentes. Mientras que ante el miedo pueden darse conductas de evitación y prevención que lo mitigan (construcción de refugios, sistemas de vigilancia, etc.), es decir, conductas activas que permiten, si no superarlo, si al menos afrontarlo; la ansiedad, y más aún el proceso posterior de angustia con el que va a menudo asociada, provoca una alteración del ánimo cuya permanencia degenera en tensiones paralizadoras, que muy frecuentemente se manifiestan a través de dolencias físicas. Estos problemas psico-somáticos se han detectado en casi todas las guerras. Los más frecuentes son la sudoración y los problemas digestivos (diarreas, estreñimientos, vómitos); en algunos casos se han encontrado también desvanecimientos, ataques de asma, etc. En cada niño incapaz de manejar y exteriorizar la tensión nerviosa, ésta se manifiesta atacando la parte más vulnerable de su cuerpo.

Son mucho menos frecuentes los trastornos del pensamiento. Se han descrito casos en los que las fantasías de los niños en tiempos de guerra constituían verdaderos problemas. En una de las zonas de guerra en el interior de Nicaragua pude conocer uno de estos casos. Se trataba de un niño de nueve años al que le era imposible distinguir entre realidad y fantasía. Relataba combates en los que él mismo se tiraba en paracaídas desde los aviones sandinistas y en la caída derribaba los helicópteros enemigos.

Aunque se trate de casos excepcionales, la guerra puede provocar o intensificar trastornos importantes en el pensamiento infantil. La creación de mundos imaginarios a través de la fantasía, es un elemento necesario para el desarrollo de los niños, ya que permiten diferenciar lo real de lo imaginado. Por muy malvados y crueles que sean las brujas o los monstruos de los cuentos, al acabar felizmente el relato, el niño vuelve a sumergirse en la realidad cotidiana donde puede sentirse seguro, ya que no hay brujas ni monstruos. En tiempo de guerra los bucólicas fábulas se transforman en rumores sobre terribles maldades cometidas por el enemigo. A diferencia de los tiempos de paz, la frontera entre la maldad imaginada y la tragedia real, se disipa en algunas ocasiones y el niño vive experiencias terribles como el asesinato de sus familiares o la destrucción de su hogar. La mayor parte de los niños, tras un período de negación de la realidad, superan el impacto producido por la muerte y la destrucción. Sin embargo algunos pueden perder la capacidad de diferenciar entre lo real y lo imaginado y sumergirse, por largos períodos, en conductas autistas o en síndromes esquizoides.

Sería reduccionista terminar este breve artículo con esta somera descripción de los trastornos psicológicos más habituales en tiempo de guerra, todos ellos descritos desde la perspectiva del individuo aislado, desde el niño como paciente. La guerra genera una patología social, es más, la guerra es en sí una patología social que modifica radicalmente las condiciones de vida del país que la sufre. Por encima de los trastornos más o menos transitorios, con mejor o peor diagnóstico clínico, todas las circunstancias que acarrea la guerra, como la muerte o reclutamiento de familiares, el traslado a refugios, la presencia constante de la violencia, la militarización de la vida social, etc, tienen su reflejo en la configuración de la identidad infantil, en las formas de pensar, sentir y actuar de los que pronto serán adultos. Es esta socialización bélica, este aprendizaje de la violencia como algo lógico, el trastorno más pernicioso de la guerra, pues supone por sí misma la perpetuación del fenómeno social más pernicioso de cuantos ha generado la humanidad.

FACTORES ATENUANTES

Los hechos bélicos, las separaciones afectivas y la elaboración de las experiencias vividas, son los tres desencadenantes fundamentales del trastorno psíquico de la infancia en tiempo de guerra. No hay que olvidar sin embargo que los tres elementos se entrecruzan permanentemente, y que es en definitiva la situación global del país que vive el conflicto, la causante del trauma psicosocial de la infancia.

Varias son las iniciativas que se han llevado a cabo para mitigar la influencia de la guerra en los niños, tanto durante el desarrollo de la misma, como en la situación post-bélica.

Aunque en algunos casos especialmente graves, se llevan a cabo terapias individuales, la mayor parte de los trastornos psicológicos originados por la guerra, suelen ser más eficazmente tratados acudiendo al entorno social del niño, especialmente a la familia y al grupo de personas más cercanas de la comunidad.

Algunas de las medidas preventivas que se han mostrado mínimamente eficaces son: evitar, siempre que sea posible, las separaciones afectivas, permitir una adecuada elaboración del duelo cuando existen víctimas mortales y establecer un nivel de comunicación con el niño, lo suficientemente fluido y adecuado a su edad, sobre los acontecimientos que le rodean. Cuando comienza la guerra es frecuente que los padres intenten mantener apartados a sus hijos del conflicto lo que les lleva en ocasiones a ocultarles lo que sucede, o lo que es peor, a engañarles diciéndoles que lo que se dice sobre los combates es mentira. Aunque

es comprensible esta conducta, su resultado es ineficaz. Una guerra no es un hecho que pueda ocultarse fácilmente. El niño observa conductas extrañas y percibe los trastornos emocionales de los adultos que le rodean: nerviosismo, miedo, tristeza, etc. Es necesario que todos estos fenómenos sean interpretados por el niño dentro del contexto en el que se desarrollan. De no ser así es muy probable que se generen en él sensaciones de inseguridad y desconcierto que abonan el terreno a la aparición del trastorno.

Algo que se ha mostrado como eficaz a la hora de prevenir el trastorno infantil en tiempo de guerra, es la participación social y política de los familiares. Las familias más afectadas suelen ser las que están más aisladas de sus vecinos, las que se manifiestan neutrales, o las que se oponen firmemente al desarrollo violento del conflicto. Es normal que así sea. En el ambiente de absoluta polarización que lleva consigo la guerra, las actitudes neutrales o antibelicistas son firmemente combatidas y tachadas de insolidarias. Las personas que mantienen estas posturas son acusadas de colaborar con el enemigo, generándose alrededor de las mismas un clima de marginación al que no son ajenos los niños. Por el contrario, las personas más activas políticamente se ven arropadas por el ambiente general de exaltación a la lucha. Su participación les permite dar sentido a los múltiples dramas que les rodean, y lo que tal vez sea más importante, les posibilita enfrentarse a la situación de una forma activa, lo que es menos angustiante que la continua espera de los que creen estar al margen del conflicto.

La situación es diferente cuando la guerra termina. Mientras dura la contienda, se vive en un estado de provisionalidad que la paz corta radicalmente. Es entonces cuando, entre los que participaron en la misma de forma más activa, la intensa vida emocional da paso a un estado de ánimo en el que todo parece carecer de sentido. Las depresiones de los adultos, tan frecuentes en las post-guerras, hacen que los niños sean más vulnerables al padecimiento de los distintos trastornos mencionados anteriormente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MORENO MARTÍN, F. *La socialización bélica. Estudio empírico en Centroamérica y España*. Madrid: Universidad Complutense, 1991.
- MORENO MARTÍN F. *Infancia y guerra en Centroamérica*. San José de Costa Rica: FLACSO, 1991.
- MORENO MARTÍN, F. Trastornos psicológicos de la infancia en tiempo de guerra. *Boletín de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria* 1991, abril, p. 10-11.
- MORENO MARTÍN, F. La polarización, el pretendido mal. *Interacción Social* 1993, nº 3, p. 117-132.

Niños de la violencia, niños del exilio: el valor terapéutico de la solidaridad y del amor

Jorge Barudy

Centro Médico Psico-Social para Refugiados Políticos y Víctimas de la Tortura EXIL, Bélgica

En diferentes regiones del mundo, la represión política, las guerras, el terrorismo político y el terrorismo de estado, así como las persecuciones religiosas, originan un drama cuya amplitud y complejidad sobre pasan todo esfuerzo individual y familiar, así como institucional para prevenir y tratar el sufrimiento de miles de seres humanos.

Los niños son las víctimas más vulnerables de estos fenómenos de violencia organizada por grupos de adultos contra grupos humanos, y cuya destructividad alcanza límites que bordean lo impensable.

El carácter altamente patógeno para el niño de estas experiencias podría explicarse solamente por el hecho que los causantes de estos dramas son precisamente los adultos. Estos en la medida que el entorno proporcionado por los adultos es vital para ello. Los de su familia en primer lugar y los de su entorno social en segundo.

Un niño se transforma en persona gracias a los cuidados, la protección y la socialización aportados por el mundo adulto. Son ellos que además deberían introducirles a una vivencia y a una concepción ética, es decir, mostrarles con el ejemplo de sus actos y de sus discursos que lo que caracteriza al ser humano, por su capacidad de ser vivo, es su capacidad de producir, mantener y reproducir la vida y no de destruirla.

La violencia organizada produce un conjunto de situaciones extremas que atentan contra las necesidades básicas de los niños y los obligan a desarrollar una serie de comportamientos disfuncionales como: comportamientos violentos, dificultades escolares, trastornos de conducta, manifestaciones depresivas, etc. Estos trastornos corresponden de una parte a manifestaciones del sufrimiento causado por las experiencias traumáticas, pero por otra parte denuncian la incapacidad del mundo adulto a ofrecerles un mundo sano para su desarrollo.

El objetivo de mi conferencia será de compartir un modelo de análisis eco-sistémico de las causas del sufrimiento de los niños víctimas de esta violencia, al mismo tiempo que presentar las bases de un programa de tratamiento y de prevención que utilice junto con los recursos profesionales existente, las capacidades naturales del niño, de su familia y de su comunidad.

A través de mi conferencia trataré, además, de demostrar a partir de mis experiencias clínicas, la existencia de numerosas analogías entre las fuentes y las manifestaciones de sufrimiento de niños víctimas de esta violencia políticamente organizada y los niños víctimas de violencia en sus familias.

Los primeros yo los he conocido y ayudado en el marco de mi función de psiquiatra infantil y terapeuta familiar del centro EXIL, así como en misiones humanitarias en América Latina y en Palestina. Los niños víctimas de violencia familiar los he conocido en el marco de mi trabajo en el centro "SOS Enfants-Famille" de la Universidad Católica de Lovaina y que atiende a niños víctimas de maltrato y a sus familias.

Mi modelo teórico, construido a partir de esta doble posición, me ha permitido comprender que el carácter terriblemente patógeno de estas experiencias para niños descansa

no solamente en el contenido traumático de éstos, sino que además que éstas ocurren en un contexto relacional-semántico confuso y mistificado, producido y controlado por los responsables directos, los instigadores ideológicos y/o los cómplices de estas violencias. Estos contextos privan a los niños víctimas de esta violencia la posibilidad de reconocerse y ser reconocidos como tales, así como de designar claramente sus abusadores.

Como consecuencia de este proceso, el niño no es sólo agredido, sino que además debe asumir la culpa de sus sufrimientos y a veces el de sus padres. En otras ocasiones se le obliga a camuflar sus condición de víctima a través de un proceso de identificación con sus agresores.

A partir de estas experiencias trataremos de demostrar que la ayuda terapéutica más apropiada y más creativa a estos niños es aquella que pueda permitirles recuperar su confianza en la capacidad de los adultos de amarles y protegerles.

Niños víctimas de la violencia política y social

José María Martín Medem
Consejo de Administración de RTVE

En la guerra, la represión y la marginación económica deciden los hombres, padecen sobre todo las mujeres y mueren indefensos los niños y las niñas. La explotación de la infancia es la continuación de la violencia contra las mujeres.

Hay complicidad o coincidencia entre los escuadrones de la muerte, el narcotráfico y el tráfico de niños.

VIOLENCIA POLÍTICA

Guerra

- Depuración étnica nacionalista, conflictos internos y agresiones externas. Unos dos millones de niños han muerto en conflictos armados durante la última década. Han muerto más niños y niñas que soldados. La utilización de la violación como arma de guerra alcanza también a los y las menores.

- Reclutamiento forzoso de menores.

- Refugiados y desplazados. 50 millones de personas han tenido que abandonar sus países o son refugiados internos. Casi la mitad son menores de 18 años.

- Minas (la guerra después de la guerra). Diez mil personas mueren cada año como consecuencia de la explosión de una mínima cantidad de los 110 millones de minas colocadas en 65 países. Casi la mitad de las víctimas son menores de 15 años. Hay en el mundo una mina por cada doce niños. Cada año un centenar de empresas fabrican 5 millones de minas en por los menos 50 países. China, Italia y Rusia son los productores y vendedores más importantes. Greenpeace demostró que España no respeta la moratoria.

Represión

- Doctrina de la Seguridad Nacional. Ocupación militar, política y económica de su propio país. Los menores son víctimas de todas las formas de violencia política y social.

- Conflictos de baja intensidad (adecuación de la Doctrina de la Seguridad Nacional para el neoliberalismo, las democracias controladas y la mundialización económica):

. Represión interna.

. Narcotráfico/limitación de la soberanía:

* Los niños son *mulas* del narcotráfico.

* La inhalación de pegamentos (la droga con la que los *niños de la calle* combaten el hambre) es la iniciación para la marihuana, la cocaína y el *crack*.

. Intervenciones internacionales:

* La polémica sobre las ONGs como amortiguadores del ajuste económico.

* La polémica sobre las intervenciones humanitarias.

- Neoliberalismo dependiente (democracias controladas), excluyente y contrainsurgente:

. México como paradigma: *"México no necesita un día del niño sino un país para la infancia"*.

VIOLENCIA SOCIAL

Represión económica

El poder se ha instalado en la impunidad política y económica: cada vez es mayor la proporción de habitantes del planeta marginados del bienestar de los privilegiados. Los más vulnerables son los niños: muere uno cada dos segundos como consecuencia del hambre, las enfermedades fácilmente evitables y la violencia.

Marginación indígena y campesina

Los peor es ser menor, mujer, indígena o negra y campesina.

Neoliberalismo, represión y contrainsurgencia en Chiapas, donde los niños padecen todas las formas de la violencia política y social.

Explotación laboral de los menores

Las niñas y los niños trabajan en todo el mundo como consecuencia de la miseria y de la pasividad o complicidad de los gobiernos, que son, además, los responsables de imponer las políticas económicas que provocan la pobreza de la inmensa mayoría de la población. En su informe para la Asamblea General de la ONU, el relator especial de la Comisión de los Derechos Humanos sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía, Vitit Muntarbhorn, denunció el 14 de enero de 1994 que *"no hay un sólo gobierno que cumpla el mandato de la Convención sobre los Derechos del Niño: los gobiernos deben poner en práctica los derechos económicos, sociales y culturales del niño hasta el máximo de los recursos de que dispongan"*. En todo el mundo, 200 millones de niños y niñas son explotados laboralmente.

Prostitución y pornografía infantil

Un millón de menores son utilizados para la prostitución en Asia, 500.000 en Brasil y 300.000 en Estados Unidos.

Un informe del gobierno de Suecia para la Comisión de Derechos Humanos de la ONU asegura que *"el mayor cambio en las formas de prostitución se debe a la internacionalización, con un impresionante aumento del turismo sexual y la explotación de niños y niñas cada vez más pequeños"*. En casi todos los casos se combinan la explotación laborar de los

menores, *los niños de la calle*, la prostitución infantil y el tráfico de niños. La ONU denuncia y es denunciada: los cascos azules han sido acusados en Camboya y Mozambique por tener entre sus filas a consumidores de la explotación sexual de las menores desamparadas de esos países, que le daban a la presencia uniformada de la ONU un aspecto nada humanitario.

El I Congreso Mundial sobre la Explotación Sexual de la Infancia se celebrará en Estocolmo, entre el 26 y 31 de agosto de 1996.

Eliminación de los *desechables*

En Brasil, Guatemala y Colombia, los *escuadrones de la muerte*, también llamados grupos de exterminio, asesinan a *los niños de la calle* con la colaboración de militares, policías y comerciantes. Los menores desamparados padecen cada día la miseria, el hambre, las enfermedades, los malos tratos, la prisión ilegal, la tortura, la permanente amenaza de muerte y el asesinato. Un informe secreto elaborado en 1989 por la Escuela Superior de Guerra de las Fuerzas Armadas de Brasil alertaba contra los *niños de la calle* porque se convierten en "un contingente de marginales, malhechores y asesinos".

Tráfico de niños

- Falsas adopciones: compran o roban niños y niñas de familias empobrecidas para *exportarlos* a países con una baja tasa de natalidad y donde los trámites de adopción son muy complicados.

La corrupción implica a médicos, enfermeras, jueces, abogados, funcionarios de migración, militares, policías y políticos.

- Comercio de órganos: la Organización de Estados Americanos ha denunciado "*el rapto de menores para ser utilizados como involuntarios donantes de órganos*". El Parlamento Europeo considera probado "*la mutilación y el asesinato de fetos, niños y adultos en algunos países en desarrollo con la finalidad de suministrar órganos destinados al trasplante que se exportan hacia los países ricos*".

- Tráfico de embriones humanos.

Racismo y agresiones contra los emigrantes

La miseria, la violencia y la impunidad componen el *triángulo del desamparo* que convierte a los niños y a las niñas sin protección en víctimas de mafias que negocian con su sufrimiento. La UNICEF lo considera *una guerra contra los niños*.

Consideraciones sobre el maltrato a la infancia

Franklin Augusto de los Santos Farinatti

Hospital Infantil de Porto Alegre, Brasil

El autor pretende analizar los factores psicodinámicos y sociales implicados en el fenómeno del maltrato a la infancia, trazando un perfil de los adultos maltratantes y del niño víctima y proponiendo un enfoque terapéutico familiar y de ámbito multiprofesional.

Françoise Dolto, psicoanalista francesa, relata la investigación formulada por un médico chileno en las Islas de Pascua. Sorprendido con la buena agudeza visual de octogenarios de esas culturas primitivas, intentó dilucidar las razones de ello. Verificó que inmediatamente después del nacimiento, que se daba en la oscuridad, madre e hijo permanecían cerca de un mes en un lugar todavía oscuro y en la cuarta luna se realizaba un ritual que implicaba a toda la población. Se dirigían al recién nacido y a medida que el sol aparecía, el niño era expuesto a la luz y recibía nombre. Más que la protección visual del recién nacido, es esa entrada simbólica en la colectividad la que demuestra una adecuación de la implicación de una cultura con el patrimonio de su infancia. El rito representa el ingreso de un nuevo miembro en la entidad social, como un bien valioso a ser preservado. Este ejemplo debe permitirnos que valoremos nuestras relaciones con los niños, cuando el propio nacimiento con el aparato tecnológico actual, perturba la buena relación madre-hijo y con su continente mayor, que es la sociedad donde el niño irá a ingresar.

Lo que caracteriza el síndrome del niño maltratado es su multifactorialidad. Sabemos que la valoración del hombre, como tal, depende de la idea que un determinado momento histórico tiene del propio hombre. Y por extensión, de su infancia. Hubo épocas en que la mortalidad infantil o el bienestar de los niños, eran asuntos, el primero equiparado con la fatalidad y el segundo visto como poco importante. Es de Montaigne la frase célebre: "Perdí dos o tres hijos, con amas, no sin pena, pero sin tristeza".

El siglo XX viene caracterizando por una preocupación por la infancia y estamos viendo movimientos de protección al niño, de lucha contra la enfermedad y la mortalidad, de un aumento de valor de los aspectos psicológicos y sociales del desarrollo infantil, que hacen de nuestro tiempo un nuevo siglo de las luces, tal la oscuridad en que habían estado sumergidos los derechos de los niños en el curso de la historia occidental.

Pero, esa atención prioritaria al niño trae consigo una serie de contra-efectos. Unos ligados a la sobrevaloración del método médico de relación con el niño, lo que representa casi una necesidad en los países en desarrollo, tales como las amenazas carenciales, infecciosas y otras que deben ser combatidas si queremos respetar el primer derecho del niño que es la supervivencia. Evidentemente, los espacios ocupados, en lo material y en lo mental, lo son tan completamente que las necesidades emocionales y otras quedan relegadas a un segundo plano, cuando no son totalmente ignoradas. Es con indiferencia como el personal hospitalario convive con lactantes atados al lecho y separado de sus padres y nadie se da cuenta de que esa vivencia tendrá repercusiones irreparables.

La sociedad industrial hace que el trabajo del hombre sea impersonal, monótono y no gratificante y refuerza una relación de poder y, consecuentemente, de sumisión del hombre al engranaje de la producción, que él forzosamente irá a repetir en su vida familiar. Así se siembran las semillas de una relación continuada y si el sistema de empleo no representa la

causa del maltrato en sí, le sirve de modelo y de telón de fondo.

Y, ahí están, los movimientos de liberación de la mujer fuera de casa, la fragilidad de la institución matrimonial, la familia de tipo monoparental, situaciones todas que representan indudablemente, corolarios de la modernidad y que con sus méritos o deméritos, llevan a un debilitamiento de la relación con el niño, exigiendo al mínimo que la sociedad se readapte para completar medios de suplencia en la crianza de los hijos o que redimensione el sistema de interacción padres/hijos. Si queremos lanzar las bases de un estudio serio sobre el problema del niño maltratado, tenemos que procurar entender la gama de factores implicados, abandonando estereotipos y tabúes que desvirtúan su correcta apreciación.

Hemos observado la constancia de determinados factores universalmente aceptados como de riesgo, en aquellas familias de niños que han sufrido abuso y que requirieron los servicios hospitalarios. Tales son: precarias condiciones socioeconómicas, inestabilidad de la unión parental, maternidad precoz, aislamiento social, entre otros. El enfoque dado a estas precondiciones podrá oscurecer la individualización de otras causas del maltrato y desvirtúan la acción terapéutica. Es sabido que alrededor de un cuarto de los casos de niños maltratados evolucionan bien, con secuelas a largo plazo despreciables o inexistentes. En todas estas situaciones encontramos la presencia de una figura de identificación fuerte y coherente, ya sea un miembro del grupo familiar o no.

Una de las mayores dificultades en la intervención está siendo, en nuestra opinión, la total ausencia de un referencial de vida en los padres maltratantes, como si no tuviesen pasado ni futuro, viviendo un precario día de hoy, en el que la tónica es una abulia social. Lo que tal vez sea una forma de protección encontrada por los padres maltratantes, contra una familia y una sociedad que les crió sin afecto y usando el lenguaje del maltrato físico y emocional como único medio de comunicación. Como subrayó Susan Sontag: "el lenguaje humano decae en meros sonidos".

Lo que importa en la relación maltratante es un abordaje ecológico del problema. Ya sea en el conocimiento de sus causas o en la identificación del camino a seguir. Esto es más cierto todavía en países como el nuestro en el que el llamado maltrato social, estructural o extrafamiliar, asume proporciones gigantescas y es difícil deshacer el entramado y priorizar un único elemento. La relación de maltrato es una relación necesaria al adulto maltratante, como señaló Albert Crivillé. Representa una nueva oportunidad de re acceso a la infancia del padre o madre maltratante, él o ella también víctima de malos tratos cuando niños. Es como si una relación hace mucho tiempo olvidada, resurgiese y se reactualizase, recuperando un pasado perdido. Por esta razón, el niño víctima representa un significativo particularmente activo en la relación triangular padre-madre-hijo o sus sustitutos. Principalmente, para los no iniciados en el estudio del fenómeno maltratante, cuando delimitamos el papel del niño como participante no neutro del maltrato, surgen reacciones de oposición invocándose la pureza y la inocencia del niño y todas sus acciones ser vistas como reacciones. Ésta está siendo la ideología más perjudicial, pues parte del prejuicio largamente arraigado de que el niño es un mero objeto de atención y de cuidados, negándosele su efectiva participación como sujeto que es. Ese **angelismo** atribuido a la infancia, ha dificultado la medida de su temperamento y de sus peculiaridades al nacer.

Sobre ese terreno propio de cada niño se estructura una interacción cuya mayor inversión es la de autoprotgerse, mediante la previsión del dolor, de cuándo y cómo aparecerá y de su evitación. Pronto entiende que la única relación posible es la relación de maltrato y procurará adaptarse a ella y negociar sus formas, volviéndosele primero posible a sus existencia y después haciendo de ella, de la relación maltratante un medio de seducción del adulto y hasta de aplauso. "¿Por qué te pega tu padre?". "Porque me comporto mal y por-

que voy mal en el colegio y huyo de casa". "Le pedí que no me pegara en la cabeza porque me podía herir seriamente". Es el pequeño asumiendo un papel opuesto, en el que reconoce el fenómeno regresivo del adulto y asume él mismo la dimensión de padre y le da consejos y acepta el maltrato como necesario. Y la perpetuación del abuso se hace entre dos, con el estímulo o la omisión cómplice de aquel que debería intervenir, ejerciendo la función de tercero para hacerlo cesar. Y todavía más la tónica es la escalada, pues el maltrato se nutre de su propia excitación.

Con estas premisas teóricas, reflexionemos sobre algunos aspectos de la llamada violencia social, que jamás podrá ser desvinculada de la esfera familiar, constituyendo un "uno" sistemáticamente inseparable.

Nuestros países latino-americanos se han caracterizado por una autocracia histórica, que desvaloriza al hombre en cuanto sujeto de su propia biografía y, por extensión, a los eslabones más frágiles de la cadena social: los pobres, los niños, los ancianos. Esta desvalorización tiene como corolario la negligencia con que son tratados, tanto en la esfera nutricional, como educacional y moral. Un paso adelante y entramos en el terreno de los malos tratos físicos, emocionales y abuso sexual, ofreciendo éstos el ejemplo a la peor forma de maltrato, que es el exterminio de los niños por *escuadrones de la muerte* especialmente entrenadas y pagadas por élites, que son molestadas por los pequeños que están en la calle, que roban, que agreden o que simplemente son la personificación de la culpa de la sociedad que los creó.

Si lanzásemos una rápida mirada sobre esta verdadera subcultura de la calle, veríamos que los pequeños han tenido un hogar caótico, estructurado bajo la forma de un matriarcado, con el padre ausente emocional y/o físicamente. Los pequeños (y pequeñas) están en las calles buscando un espacio de supervivencia y de trabajo y aquellos que tienen un punto fijo de actividad (por ejemplo la venta de objetos en las señales de tráfico) y susceptibles de recibir supervisión por un "adulto-modelo", son los que tienen mayor pronóstico.

En nuestra práctica clínica, hemos observado con gran frecuencia que niños desnutridos son hijos de madres obesas detentoras de una patología constante: la depresión. Y los niños desnutridos van mal en el colegio, no alcanzan los niveles mínimos de dignidad y serán presa fácil de desajustes sociales y abusos, incluso abuso sexual, siendo esto el vaticinio de la prostitución infantil, la llaga que más destruye los valores sociales.

Siendo así, para que podamos rescatar a la generación siguiente, es necesario invertir en el niño, con énfasis en las pequeñas, en su educación, en su salud mental, siendo, por tanto, madres aptas para crear afecto no desvirtuando, raíz de toda la competencia emocional del ser humano.

En Brasil, el Estatuto del Niño y del Adolescente, es una ley moderna que da a los niños derechos amplios a su dignidad atribuyendo a los Consejos Tutelares, constituidos por cinco miembros elegidos por la comunidad, para servir de apoyo y referencia a cada 200.000 habitantes de cada municipio.

Desgraciadamente, las fuerzas contrarias existen y pretenden aún hoy, volver a la situación anterior, cuando la ideología correccional represiva era capaz de mandar capturar niños que estaban en la calle, llevando comida para el padre al trabajo, por vagabundeo.

No mencionamos números de niños abandonados, olvidados, muertos a tiro por policías, etc., porque eso nos causaría el horror y nos llevaría a la reflexión necesaria sobre el valor incommensurable de un niño y las naciones donde los niños sufren son naciones sin identidad y sin futuro.

VIOLENCIA GRUPAL Y MALTRATO ENTRE IGUALES

Intimidadores y víctimas: un problema de maltrato entre iguales

Joaquín Mora-Merchán, Rosario Ortega Ruiz
Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la violencia grupal y el maltrato entre compañeros se estudia en Europa desde la década de los sesenta, con inicio en los países escandinavos (Olweus, 1973, 1978, 1979). Más tarde, en los años ochenta, con el suicidio de varios adolescentes por esta causa en distintos países, el estudio del problema ha cobrado gran auge (Besag, 1989; Esteban y Cerezo, 1992; Ortega, 1992, 1994; Pikas, 1989; Roland y Munthe, 1989; Tattum, 1982; Viera, Fernández y Quevedo, 1989). Al mismo tiempo, se extendió el desarrollo e implantación de programas de intervención contra este fenómeno social (Olweus, 1989, 1993; Sharp y Smith, 1994; Smith, 1989; Smith y Thompson, 1991; Smith y Sharp, 1994).

Se ha definido el comportamiento intimidatorio escolar (Ortega, 1992) como una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza el alumno o alumna contra otro, al que elige como víctima de repetidos ataques. Esta acción negativa e intencionada sitúa a las víctimas en posiciones de las que difícilmente pueden salir por sus propios medios. La continuidad de estas relaciones provoca en las víctimas un descenso en su autoestima, estados de ansiedad e incluso cuadros depresivos, lo que dificulta su integración en el medio escolar y el desarrollo normal de los aprendizajes. La intimidación y la victimización son procesos de gran complejidad que se producen en el marco de las relaciones interpersonales y con gran frecuencia en el marco escolar, donde la permanencia continuada en un mismo espacio y unos horarios estables de encuentro pueden agravar progresivamente el problema.

El presente trabajo continúa y, en cierto sentido, complementa el anterior realizado por uno de los autores (Ortega, 1992, 1994). Aquí abordamos dos dimensiones, la intimidación que algún alumno ejerce sobre otro y la correlativa victimización sufrida por el intimidado, y la autopercepción de los alumnos como intimidadores o víctimas. A partir de estos elementos se puede establecer una tipología de sujetos, según la participación en cada una de las dimensiones. Esta tipología nos permitirá, en posteriores estudios, intentar establecer una caracterización, lo más ajustada posible, de los rasgos que definen a víctimas y agresores. Todo ello nos permitirá conocer mejor las razones y condicionantes de la violencia grupal y maltrato entre compañeros en el contexto educativo. Este trabajo está, además, directamente relacionado con el diseño e implantación de programas de intervención sobre este problema.

METODOLOGÍA

El estudio de la violencia grupal y el maltrato entre iguales dentro del contexto escolar se ha abordado de diversas formas (Ahmad y Smith, 1990; Arora y Thompson, 1987). Entre ellas podemos destacar, como las más utilizadas, la observación de los patios de recreo, entrevistas a profesores, a los sujetos identificados como agresores o víctimas y a los compañeros de éstos. Hay que destacar en este punto los estudios que Dan Olweus ha dirigido para estudiar esta problemática (Olweus, 1993), basándose en la aplicación de un cuestionario especialmente diseñado por él (Olweus, 1989) a tal efecto; cabe también reseñar los estudios de Peter Smith, en Sheffield, claramente dirigidos a la intervención (Sharp y Smith, 1994; Smith y Sharp, 1994).

En nuestro estudio hemos optado por recabar la información usando el mismo instrumento que diseñó Olweus, traduciéndolo a nuestro idioma, por su validez y difusión internacional en este tipo de trabajos (Hasalager y Van Lieshout, 1992; Hirano, 1992; Smith, Withney y Sharp, 1992).

Este cuestionario se administró en cinco centros de enseñanza de la provincia de Sevilla. Dos centros de primaria y tres de secundaria (de los cuales dos son de Bachillerato y uno de FP). Todos los centros estaban situados en zonas de clase media-baja y baja. La muestra se distribuyó entre sujetos de 11 y 16 años de edad. En total, la muestra seleccionada ascendió a 859 alumnos o alumnas.

Los cuestionarios se aplicaron de forma colectiva en los distintos grupos durante una sesión de clase cedida por el profesor al final del primer trimestre escolar. Cada uno de los grupos encuestados se seleccionó de forma aleatoria entre los del mismo nivel que existían en cada uno de los centros. Los alumnos rellenaron el cuestionario en ausencia de sus profesores y de forma anónima. En caso de que existiese alguna duda para rellenar el cuestionario, los alumnos podían recurrir libremente al investigador que estaba con ellos. En ninguno de los grupos se apreció la existencia de elementos perturbadores en el momento de cumplimentar los cuestionarios.

En este estudio, vamos a analizar las respuestas que han dado los alumnos a las preguntas que se refieren a la autoidentificación del sujeto dentro del problema de violencia grupal y maltrato entre compañeros escolares. Estas cuestiones (preguntas 5, 10, 19 y 20 del cuestionario) están formuladas como sigue:

5.- *En este trimestre, ¿cuántas veces se han metido contigo?*

10.- *¿Cuántas veces has sido agredido/a o intimidado/a en los últimos cinco días? (no incluyas el fin de semana).*

19.- *¿Cuántas veces te has dedicado a meterte con otros chicos o chicas en el colegio (o instituto) durante este trimestre?*

20.- *¿Cuántas veces has tomado parte en agresiones o intimidaciones hacia otros chicos/as en los pasados cinco días? (no incluyas el fin de semana).*

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para analizar los datos hemos cruzado la información que nos han proporcionado las cuatro preguntas seleccionadas dentro del cuestionario Olweus. Este procedimiento lo hemos utilizado para distinguir, en primer lugar, qué alumnos se perciben como víctimas. En segundo lugar, se ha estudiado qué alumnos se perciben como intimidadores. Estos análisis son similares a los realizados por Olweus (1993) para establecer los niveles de agresores

y víctimas en las escuelas noruegas y suecas. En tercer lugar, hemos cruzado la información que nos han proporcionado los análisis anteriores para determinar el perfil de los sujetos que intervienen en los problemas de violencia grupal y maltrato entre compañeros.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Dimensiones de victimización e intimidación

Para conocer la vivencia de los alumnos como víctimas hemos cruzado la información que nos proporcionaban las preguntas 5 y 10 del cuestionario. A partir de las respuestas, hemos encontrado cuatro tipos diferentes de sujeto. El primer tipo de sujeto es aquel que se define como ajeno a los problemas de victimización. Este grupo está representado por el 42,4% de la muestra. El segundo grupo manifiesta una vivencia moderada de la experiencia como víctima. Son sujetos que reconocen sufrir experiencias de este tipo de forma ocasional. Este grupo constituye el 43,4% de la muestra. El tercero de los grupos experimenta altos niveles de victimización. Reconocen en sí mismos este tipo de vivencias con mucha frecuencia. Dentro de este grupo está el 8,5% de sujetos. El último tipo es aquel que manifiesta el sentimiento de víctima de manera más intensa. Para ellos, esta experiencia se presenta casi todos los días. Este grupo es el 2,4% de la muestra.

En la dimensión intimidación, que hace referencia a la autopercepción que los sujetos tienen de ser agresores hacia sus compañeros, se ha seguido un proceso paralelo al descrito para la dimensión victimización, cruzando la información que proporcionan las cuestiones 19 y 20 del cuestionario. Con este análisis se explora la autodeclaración de los sujetos como intimidadores de sus compañeros. Hemos podido identificar igualmente, tras haber cruzado las respuestas a ambas cuestiones, cuatro tipos de sujetos. El primer grupo de sujetos se expresa ajeno a la intimidación. Este grupo constituye el 33,3% de sujetos. El segundo tipo se manifiesta como intimidadores moderados. Estos sujetos, agresores ocasionales o situacionales, representan el 54% de la muestra con la que hemos trabajado. El tercero de los grupos hace constar que la frecuencia con que realizan conductas de intimidación es alta. A este grupo de sujetos pertenecen el 9,2% del total. El último grupo está constituido por los sujetos que presentan una muy alta frecuencia como agresores. Las conductas de intimidación hacia sus compañeros es cotidiana. Los sujetos de este grupo constituyen el 2% de la muestra.

Perfiles en los problemas de violencia grupal y maltrato entre iguales

Las autodeclaraciones de los escolares de la muestra permiten estudiar, no sólo sus vivencias como agresores o víctimas, sino también las interacciones existentes entre las dos dimensiones identificadas en el estudio, cruzando la información existente sobre ambas. Esta tarea es necesaria toda vez que las proporciones observadas en las dimensiones por separado sugieren un solapamiento entre la victimización y la intimidación. Además, nos puede ayudar a conocer mejor la relación existente entre los problemas de intimidación y victimización como tales. Siguiendo este procedimiento hemos obtenido cuatro perfiles de sujetos, según el papel que juegan en estas situaciones de violencia grupal y maltrato entre iguales.

El primero de los grupos es el formado por los que se manifiestan ajenos por completo a ambas dimensiones. Son sujetos que no participan nunca en situaciones de maltrato entre iguales, ni como víctima ni como agresor. Este grupo constituye el 22,4% de la muestra. El segundo grupo, al que hemos definido como víctimas puras, manifiestan tener experiencias exclusivas como víctimas, y no se reconocen como intimidadores. Dentro de este grupo está el 10,1% de la muestra. El tercer grupo se caracteriza por manifestarse exclusivamente como intimidadores y no se reconocen como víctimas. A este grupo le hemos llamado de intimidadores puros, y está formado por el 19,4% de los sujetos. El cuarto grupo se define a la vez como intimidador y víctima. Este último grupo es el más numeroso, con un 43,8%. Este perfil lo hemos definido como ambivalente dada la simultaneidad de sus vivencias como víctimas e intimidadores.

Aunque el diseño experimental de nuestro estudio no permita una generalización a la población, debe subrayarse la convergencia de nuestros resultados con los de Olweus (1993), sobre muestras muy amplias y representativas.

Otros análisis más pormenorizados, no expuestos en estas páginas, muestran también la coincidencia entre el grupo de sujetos ambivalentes de nuestra muestra y el equivalente de Olweus.

Los resultados que se acaban de comentar hacen referencia a los casos más dramáticos de victimización e intimidación. Debe destacarse, no obstante, que muchos otros escolares experimentan, en distinto grado, procesos de violencia grupal y maltrato entre compañeros. Esta importante bolsa de sujetos (en nuestra muestra el 43,4% y el 54% de víctimas e intimidadores respectivamente) no están libres de problemas actuales y, en cualquier caso, son candidatos potenciales a convertirse en víctimas o intimidadores de alta frecuencia. A pesar de su cuantía y de su situación de riesgo, estos sujetos son, sin embargo, olvidados cuando se planifica la intervención en este problema. Parece razonable revisar esa orientación.

REFERENCIAS

- AHMAD, Y.; SMITH, P.K. Behavioural measures: bullying in schools. *Newsletter of Association for Child Psychology and Psychiatry* 1990, July.
- ARORA, C.M.J.; THOMPSON, D.A. Defining bullying for a secondary school. *Education and Child Psychology* 1987, p. 110-120.
- BESAG, V. *Bullies and Victims in Schools*. Milton Keynes: Philadelphia Open University Press, 1989.
- CEREZO, F.; ESTEBAN, M. La dinámica bully-víctima entre escolares. Diversos enfoques metodológicos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis* 1992, vol. XIV, nº 2, p. 131-145.
- HASELAGER, G.J.T.; VAN LIESHOUT, C.F.M. Social and affective adjustment of self -and peer- reported victims and bullies. En: *Vth European Conference on Developmental Psychology*. 1992, Sevilla.
- HIRANO, K. Bullying and victimization in japanese classrooms. En: *Vth European Conference on Developmental Psychology*. 1992, Sevilla.
- OLWEUS, D. Personality and aggression. En: Cole, J.K.; Jensen, D.D., editores *Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln University of Nebraska Press, 1973.
- OLWEUS, D. *Aggression in the Schools: Bullies and Whipping Boys*. Washington D.C.: Hemisphere, 1978.
- OLWEUS, D. Stability of aggressive reaction patters in males: a review. *Psychological Bulle-*

tin 1979, nº 86, p. 852-875.

- OLWEUS, D. Prevalence and incidence in the study of antisocial behavior: definition and measurements. En: Klein, M., editor *Cross-national research in self-reported crime and delinquency*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer, 1989.
- OLWEUS, D. *Bullying at school: what we know and what we can do*. Oxford: Blackwell, 1993.
- ORTEGA, R. Violence in schools. Bully-victims problems in Spain. En: *Vth European Conference on Developmental Psychology*, 1992, Sevilla.
- ORTEGA, R. Violencia interpersonal en los centros educativos de enseñanza secundaria. Un estudio sobre maltrato e intimidación entre compañeros. *Revista de Educación* 1994, nº 304, p. 253-280.
- PIKAS, A. A pure concept of mobbing gives the best results for treatment. *School Psychology International* 1989, nº 10, p. 95-104.
- ROLAND, E.; MUNTHE, E. editores *Bullying: an international perspective*. London: David Fulton Publishers, 1989.
- SHARP, S.; SMITH, P.K. *Tackling bullying in your school*. London: Routledge, 1994.
- SMITH, P. K. The silent nightmare: bullying and victimization in school peer groups. En: *Annual Congress of the British Psychological Society*, 1989, London.
- SMITH, P.K.; SHARP, S. *School bullying*. London: Routledge, 1994.
- SMITH, P.K.; THOMPSON, D. *Practical approaches to bullying*. London: David Fulton Publishers, 1991.
- TATTUM, D.P. *Disruptive pupils in schools and units*. Chichester: John Wiley, 1982.
- SMITH, P.K.; WITHNEY, I.; SHARP, S. Bullying in UK schools: the Sheffield Project. En: *Vth European Conference on Developmental Psychology*, 1992, Sevilla, España.
- VIEIRA, M.; FERNÁNDEZ, I.; QUEVEDO, G. Violence, bullying and counselling in the Iberian Peninsula. En: Roland, E.; Munthe, E., editores. *Bullying: an international perspective*. London: D. Fulton Publishers, 1989.

Factores relacionados con la violencia entre iguales en centros de acogida

Kevin Browne, Louise Falshaw
University of Birmingham

INTRODUCCIÓN

En el Centro Glenthorne, un Servicio de Tratamiento de Jóvenes de seguridad para tratar a adolescentes con trastornos entre 12 y 17 años, se recoge regularmente información sobre los actos violentos, violencia entre iguales e intimidación como parte del compromiso del centro para prevenir tales comportamientos.

La intimidación se define como cualquier acción o acción implícita, tales como amenazas o violencia, llevadas a cabo para causar miedo o angustia en más de una ocasión (Lane, 1989).

Cuando una institución crea un ambiente en el que los jóvenes se sienten valorados y seguros, hay menos posibilidades de violencia entre iguales (Lane y Tattum, 1989). Sin embargo, donde estereotipos inútiles existen dentro de la institución, la violencia e intimidación pueden ocurrir regularmente (Beynon, 1989). Por ejemplo, la víctima de la intimidación puede ser vista como un "parado" tanto por el personal como por los otros niños. Estos pueden pensar que la víctima necesita aprender a ser duro. Por contra, al intimidador puede que se le de cierto status por el esfuerzo de poder mostrado y la victimización puede ser minimizada como simplemente una "broma". De ahí que la victimización puede ser animada por la cultura del machismo de la propia institución y la identificación del personal con tal cultura. Este tipo de ambiente escolar puede llevar a consecuencias graves tanto para el intimidador como para la víctima.

INVESTIGACIÓN DE LA VIOLENCIA ENTRE IGUALES EN RESIDENCIAS DE SEGURIDAD

El 30 de junio de 1995 había 25 jóvenes residentes en el Centro de Acogida Glenthorne (20 chicos y 5 chicas). Catorce de estos individuos (56%) estaban en riesgo de intimidar a sus iguales. Estos mismos y otros cinco individuos (76%) estaban también en riesgo de asaltos violentos y amenazas a iguales y al personal. Esto no es sorprendente, ya que el 52% de los jóvenes tenían historias previas de asaltos violentos.

Un análisis más detallado de los 44 jóvenes involucrados en el Servicio de Tratamiento Juvenil en los seis meses anteriores reveló la siguiente información:

Una proporción similar de 35 chicos y 9 chicas intimidaron a otros, y ésto no estaba relacionado a su status legal de situación en residencia de acogida (82%) o en cumplimiento de sentencia de custodia (18%). En conjunto, 29 (66%) de estos individuos eran ofensores violentos persistentes y 10 de los chicos eran ofensores sexuales persistentes.

En relación a la violencia entre iguales, 24 (56%) de los jóvenes intimidaron a sus iguales en las unidades de seguridad, y 11 (26%) fueron víctimas de comportamiento de intimidación. Algo más de la mitad de estos incidentes (58%) fueron caracterizados por asaltos violentos, y el resto de las ocasiones (42%) fueron de naturaleza intimidatoria.

En conjunto, tres cuartas partes de los jóvenes involucrados en el Servicio de Tratamiento Juvenil fueron considerados en riesgo de comportarse de forma amenazadora y violenta tanto con el personal como con sus iguales. Además, uno de cada seis estaba en riesgo de asalto sexual a iguales, habiéndose observado que algo más de la tercera parte había acosado sexualmente a otros en las unidades.

Una cuarta parte de los jóvenes acosarían sexualmente también al personal y la mitad de estos individuos llegarían tan lejos como a asaltar sexualmente al personal.

Verdaderamente, había una asociación significativa ($p < 0,02$, $df=1$, *Chi Square Test*) entre el comportamiento intimidatorio y el acoso sexual a otros en las unidades. También era más probable que los intimidadores estuvieran en riesgo de robo que los no-intimidadores ($p < 0,05$, $df=1$, *Chi Square Test*).

EL PASADO DE LOS INTIMIDADORES

Era significativamente más probable que los 24 individuos que intimidaron a otros en las unidades procedieran de hogares rotos de padres separados y que hubieran cometido crímenes violentos (ambos en $p < 0,05$, $df=1$, *Fisher's Exact Test*).

Todos los intimidadores de las unidades tenían un pasado de agresiones, peleas e intimidación en sus anteriores colegios. Además, otros doce también compartían un pasado similar de intimidaciones, pero se contenían de tales comportamientos en las unidades. La victimización en el colegio estaba significativamente asociada (todos en $p < 0,05$, $df=1$, *Fisher's Exact Test*) con un número elevado de destinos de acogida, un número elevado de colegios especiales, poco desarrollo de los potenciales personales, necesidades especiales de educación, vandalismo y daño criminal a la propiedad, crímenes con coches, robo y crímenes violentos. Por lo tanto, la relación entre la violencia hacia iguales, la delincuencia y actos criminales estaba demostrada en este grupo de jóvenes.

Era también probable que los individuos con un número elevado de destinos de acogida (p.e. más de siete) hubieran sufrido maltrato físico y emocional y abandono ($p < 0,05$, $df=1$ *Chi Square Test*). En realidad, 18 (41%) de los 44 jóvenes en el Servicio de Tratamiento de Jóvenes habían sido previamente archivados en el registro de protección infantil (Browne, Falshaw y Hamilton, 1995). Por lo tanto, la secuencia de acontecimientos para estos jóvenes desafortunados puede ser: historia de maltrato y abandono infantil, número elevado de centros de acogida, violencia hacia iguales y poco desarrollo del potencial personal en el colegio, comportamiento violento, vandalismo, robo y daño criminal y, finalmente, intimidación a iguales en instituciones de seguridad.

EL PASADO DE LAS VÍCTIMAS

Las 11 víctimas que fueron intimidadas en la unidad habían sido todas intimidadas en el pasado en colegios anteriores y tenían una historia de abuso del alcohol ($p < 0,05$, $df=1$, *Fisher's Extact Test*). Sin embargo, era significativamente menos probable que estos individuos hubieran cometido vandalismo, aunque era igual de probable que cometieran otros crímenes, tales como hurtos y robos en casas. Las estrategias con las cuales las víctimas de la intimidación hacían frente a estas situaciones pueden que reflejen la falta de apoyo y ayuda que recibieron de los entornos educativos y familiares anteriores.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA

Es más probable que las amenazas de violencia, la victimización y la intimidación ocurran cuando la institución falla en tomar este problema de forma seria y cuando el personal utiliza la intimidación para organizar y controlar a los jóvenes. Sin embargo, hay un número de formas prácticas de intervenir para prevenir la violencia entre iguales en los colegios y las instituciones (Lane y Tattum, 1989). El trabajo llevado a cabo por el personal en el Centro Glenthorne para el Tratamiento de Jóvenes refleja lo siguiente:

Para el intimidador:

- 1.- Valorar los factores que llevan al comportamiento intimidador en el individuo.
- 2.- Desarrollar aptitudes sociales específicas y control de la cólera a través de un programa personal de tratamiento.
- 3.- Demostrar apoyo a la víctima y desarrollar el entendimiento del individuo y la empatía hacia el otro.

Para la víctima:

- 1.- Valorar los factores en el individuo que le llevan a ser intimidado por otros.
- 2.- Desarrollar aptitudes sociales específicas a través de un programa personal de tratamientos.
- 3.- Mostrar apoyo hacia la víctima y reconocimiento de sus experiencias.
- 4.- Demostrar que se está trabajando con el intimidador.

Para la institución:

- 1.- Valorar los métodos de trato y control de los jóvenes con comportamientos provocativos por el personal.
- 2.- Reducir el uso de amenazas, intimidaciones y humillaciones por el personal en el trato con los jóvenes y promover sistemas de recompensas para controlar los comportamientos.

REFERENCIAS

- BEYNON, J. A school for men: an ethnographic case study of routine violence in schooling. En: Archer, J.; Browne, K., editores. *Human aggression: naturalistic approaches*. London: Routledge, 1989, p. 122-152.
- BROWNE, K.; FALSHAW, L.; HAMILTON, C. Characteristics of young people involved with the Glenthorne Youth Treatment Centre during the first six months of 1995. *Youth Treatment Service Journal* 1995, vol. 1, pt. 2.
- LANE, D.A. Violent histories: bullying and criminality. En: Tattum, D.P.; Lane, D.A., editores. *Bullying in schools*. Stoke-on-Trent: Trentham Books, 1989, p. 95-105.
- LANE, D.A.; TATTUM, D.P. *Supporting the child in school*. Milton Keynes: Open University Press, 1989.

Prevención y respuesta a la violencia entre iguales en los colegios: lecciones aprendidas del proyecto anti-intimidación de Sheffield

Sonia Sharp

Lincolnshire County Psychology Service, Lincolnshire, Reino Unido

INTRODUCCIÓN

Desde abril de 1991 a agosto de 1993 el Departamento de Educación financió un proyecto amplio para identificar y evaluar las estrategias efectivas para hacer frente a los comportamientos intimidatorios en los colegios.

ORÍGENES

El Informe Elton (1989) había señalado la necesidad de que los colegios emprendiesen acciones firmes contra la violencia entre iguales. Durante 1989-90 también hubo una publicidad nacional considerable sobre el problema de la victimización. Un grupo de trabajo, apoyado por la Fundación Calouste Gulbenkian (Reino Unido), financió muchas iniciativas.

Una de éstas fue una encuesta sobre la naturaleza y extensión de la violencia entre iguales en los colegios. Ésta se llevó a cabo en Sheffield, en 24 colegios (17 de enseñanza primaria y 7 de enseñanza secundaria), seleccionados para cubrir una amplia gama de tipos de colegios y de lugares, dentro de este distrito educativo. En noviembre de 1990, todos los alumnos de estos colegios completaron un cuestionario extenso sobre la intimidación. Esta encuesta reveló la extensión considerable de los problemas de la violencia entre iguales (Whitney y Smith, 1993).

En abril de 1991, cada uno de estos colegios recibió una carpeta conteniendo un perfil del colegio de comportamientos intimidatorios. Se les ofreció la oportunidad de continuar con las intervenciones para reducir la victimización, apoyados por el equipo del proyecto. Todos menos uno de los 24 colegios deseó colaborar, el proyecto continuó con 23 colegios (16 de enseñanza primaria, 7 de enseñanza secundaria). El Departamento de Educación proporcionó la financiación para trabajar con estos colegios, controlar sus acciones y evaluar su éxito.

CÓMO SE DIRIGIÓ EL PROYECTO

Las intervenciones

Cada colegio accedió, como mínimo, a desarrollar una política completa anti-intimidación. Entre los colegios y el equipo del proyecto de Sheffield establecieron cinco principios claves para el desarrollo de estas políticas, los cuales especificaban que la política debería:

- 1.- Desarrollarse a través de un amplio y minucioso proceso de consulta que involucra-

se al personal (incluido el personal no docente), padres, directivos y alumnos.

2.- Incluir una definición clara de la intimidación y directrices claras para el personal, alumnos y padres detallando qué deberían hacer ellos para prevenirlo y cómo deberían responder si supieran que se estaban dando casos de violencia entre iguales.

3.- Intentar crear un clima en el cual los niños puedan hablar sobre sus sentimientos y puedan sentirse capaces de contarle a alguien si están siendo intimidados o si son conscientes de que otra persona lo está siendo.

4.- Estar bien comunicado con toda la comunidad escolar para asegurar previsiones mutuas y consistencia en el desarrollo de las actividades.

5.- Estar controlados para asegurar eficacia continuada.

Se invitó a los colegios a intentar otras estrategias de intervención adicionales, las cuales incluían:

- estrategias de concienciación y trabajo preventivo dentro del curriculum;
- estrategias para trabajar directamente con aquellos alumnos involucrados en situaciones de intimidación;
- estrategias para mejorar la calidad de la supervisión y del ambiente durante los recreos y horas de almuerzo.

El Departamento de Educación y el equipo del proyecto estaba preocupado por asegurar que las intervenciones llevadas a cabo por los colegios del proyecto podrían ser seguidas por otros colegios, teniendo en cuenta las usuales restricciones de presupuesto y tiempo. Consecuentemente, el apoyo financiero ofrecido a los colegios del proyecto se mantuvo a un mínimo y las intervenciones se diseñaron de manera que cualquier colegio pudiera financiarlas y realizarlas. Cada colegio recibió una copia del libro *Enfoques prácticos de la violencia entre iguales* (editado por Peter Smith y David Thompson) y una copia de la hoja de datos ACE para directores de colegios. Si el colegio había elegido implementar intervenciones adicionales, se proporcionaba una copia de material relevante.

Se invitó a representantes de los colegios a acudir a sesiones de formación relacionadas con cada intervención. El proyecto no financió estas asistencias. Los gastos de la contratación de expertos para la formación, el alquiler de salas y refrescos fueron pagados por el proyecto.

Con una financiación extra proporcionada por la Fundación Calouste Gulbenkian (Reino Unido), se asignaron expertos del Departamento de Paisajes de la Universidad de Sheffield a cuatro de las escuelas primarias del proyecto para ayudar en el diseño e implementación de cambios medioambientales.

Durante un período de 18 meses, de junio/julio de 1991 a noviembre/diciembre de 1992, se animó a los colegios a establecer su política anti-intimidación y a llevar a cabo otras intervenciones. Se ofreció a todos los colegios apoyo limitado de los miembros del equipo del proyecto, en particular del principal investigador, un psicólogo escolar. Los colegios pudieron pedir ayuda para las jornadas de formación, los acontecimientos familiares y reuniones del personal sobre la victimización en general, sobre intervenciones específicas o sobre el desarrollo de la política del colegio.

Control del proyecto

A) **Control de los logros del colegio:** tuvo lugar durante los cuatro trimestres a partir de septiembre de 1991. Un investigador visitó cada colegio cada medio trimestre para discutir y anotar los progresos. Se entrevistó a los dos tercios del personal docente en cada

colegio de enseñanza primaria y a un tercio en cada colegio de enseñanza secundaria. Esto se utilizó como base para recoger el esfuerzo realizado en la creación de la política del colegio y en otras intervenciones; y para calcular el compromiso total del personal en este trabajo.

B) **Control de las intervenciones:** grupos de alumnos y empleados, que habían experimentado intervenciones concretas, fueron entrevistados o cumplieron cuestionarios, para averiguar cómo habían experimentado estas intervenciones y los efectos en sus comportamientos.

C) **Control del recreo:** se llevó a cabo en grupos de edades claves que estarían en el colegio durante todo el período que durase el proyecto. Durante cinco días consecutivos cada medio trimestre, estos alumnos cumplieron un cuestionario corto después del almuerzo. Estos datos nos permitieron controlar los índices de violencia entre iguales en los mismos niños durante todo el proyecto.

D) **La encuesta:** en noviembre de 1992 se repitió la encuesta amplia, exactamente dos años después de la primera encuesta, en los 23 colegios del proyecto. Esta encuesta era idéntica a la primera, excepto por dos preguntas extras a los alumnos, que preguntaban cuanto creían ellos que el colegio había hecho sobre la intimidación, y si, en general, la violencia entre iguales había mejorado o empeorado, en el último año más o menos (estas preguntas no se hicieron a los grupos de los cursos más jóvenes que habían estado en el colegio sólo un trimestre). Los resultados se compararon en base al colegio, proporcionando resultados para el colegio en su conjunto.

RESULTADOS DEL PROYECTO

A) **Control de los logros del colegio:** mostró grandes variaciones entre los colegios en cuanto a la rapidez y minuciosidad de la implementación de las políticas y de otras intervenciones.

Generalmente, los colegios que fueron categorizados (tanto por el equipo del proyecto como por los alumnos) cómo que habían hecho lo todo lo posible, lo hicieron en todas las áreas que habían emprendido. Estos involucraron a los padres, y se aseguraron que la violencia entre iguales estaba en lugar importante en el programa de acciones del colegio. Avanzaron en el desarrollo de las políticas, consultando ampliamente y asegurándose de que la política final era difundida y aplicada. Y secundaron estas medidas con otras intervenciones, a las cuales se les dedicó tiempo suficiente.

B) **Control de las intervenciones:** las entrevistas con los alumnos y los profesores sugirieron que el trabajo curricular (vídeo, teatro, literatura) podía ser utilizado con éxito para la concienciación, pero que los efectos específicos eran a corto plazo. El mejor uso del trabajo curricular parece ser como parte de la fase introductoria del desarrollo de una política global del colegio, y del mantenimiento de ésta; y para su renovación, especialmente para nuevos alumnos al comienzo de cada año académico. A los alumnos les gustaban los círculos de calidad y a menudo aportaban sugerencias útiles.

El trabajo en los espacios de recreo se consideraba importante. Los supervisores de la hora del almuerzo informaron que la formación había sido útil, pero para ser más efectiva debería estar integrada en el desarrollo de la política global del colegio, para que estas actividades de los supervisores de la hora del almuerzo fueran parte de un contexto más amplio y conocido. La mejora del ambiente en el lugar de recreo podía ser una línea de acción prometedor a largo plazo, y la implicación de los alumnos tanto como fuera posible en los

cambios de planificación y en el mantenimiento de estos cambios parecieron producir los mejores resultados.

También se encontró útil el trabajo con individuos y grupos. Los servicios de orientación, tales como el Método Pikas de Preocupación Compartida, como manera de enfocar el problema fueron en general efectivos a corto plazo y un enfoque útil para tratar a una pandilla de intimidadores inmediatamente; pero podían perder su eficacia si se repetían, a menos que fueran parte de una política más amplia del colegio. El entrenamiento asertivo se encontró positivo para fortalecer la autoestima de aquellos niños que podían ser objeto de intimidaciones por sus compañeros, y, por lo tanto, es otro enfoque útil; pero no era probable que tenga efectos en otros niños o en el clima del colegio.

C) **Control del recreo:** estos resultados se acumularon para darlos completos durante cada uno de los cuatro trimestres. Sus análisis mostraron una reducción apreciable de todas las experiencias de intimidación informadas por los alumnos. Ésta era estadísticamente significativa para la violencia física directa ($p < ,002$), amenazas o extorsión ($p < ,001$), reírse de alguien repetidamente ($p < ,002$) y circulación de rumores desagradables ($p < ,05$). Durante el primer período controlado, en noviembre de 1991, y el período final, en noviembre de 1992, se produjo una reducción media de la intimidación total del 46%.

D) **La encuesta:** la comparación de los resultados de la primera y segunda encuesta confirmaron que la mayoría de los colegios habían progresado en el tratamiento de la violencia entre iguales. En primer lugar, los alumnos informaron en general que sus colegios habían emprendido algunas acciones contra la victimización, y la valoración de los alumnos sobre esto coincidía ampliamente con la que hizo el equipo del proyecto. La mayoría de los alumnos también sentía que la violencia entre iguales en el colegio en general había mejorado.

Los cuestionarios también proporcionaron informes sobre si alumnos individuales habían sufrido intimidaciones aquel trimestre. Doce de los 16 colegios de enseñanza primaria y 5 de los 7 de enseñanza secundaria mostraron claras mejoras.

En general, el patrón de mejora en los colegios de enseñanza primaria fue una reducción en el número de alumnos que informaron haber sido intimidados (media 17%; oscila entre el 81% de descenso y el 7% de aumento) y una reducción en la frecuencia de la violencia entre iguales (media 14%; oscila entre el 54% de descenso y el 19% de aumento). También hubo una reducción en el número de alumnos que informaron haber intimidado a otros (media 7%; oscila entre 51% de descenso y el 12% de aumento) y una reducción en la frecuencia de la intimidación a otros (media 12%; entre el 64% descenso y el 31% de aumento).

En los colegios de enseñanza secundaria la reducción de informes de haber sido intimidados o de intimidar a otros fue en la mayoría modesta en la segunda encuesta, siendo alrededor del 5%. Los mayores cambios en los colegios de enseñanza secundaria se dieron en otros indicadores. Hubo por lo general aumentos muy sustanciales en la proporción de alumnos intimidados que se lo contaron a un profesor (media 32%; oscila entre 79% de aumento y el 6% de descenso) y en la proporción de alumnos intimidadores que dijeron que alguien había hablado con ellos sobre el tema (media 38%; oscila entre el 99% de aumento y el 11% de descenso).

SEGUIMIENTO

Un estudio reciente de seguimiento de cinco de los colegios de enseñanza secundaria indica que con un esfuerzo continuado es posible continuar aumentando la concienciación

social de los alumnos en relación con el comportamiento intimidador. Esta concienciación social reduce la probabilidad de que los alumnos inicien o se sumen a comportamientos intimidatorios y los hace más dispuestos a apoyar a iguales que están siendo intimidados.

La escuela ante los problemas de maltrato entre compañeros y violencia interpersonal: un proyecto de intervención ligado a la reforma educativa en curso

Isabel Fernández García, Rosario Ortega Ruiz
Instituto Pradolonga, Madrid; Universidad de Sevilla

La escuela: escenario de relaciones interpersonales relevantes para el desarrollo

La escuela es, después de la familia, la institución social más influyente en el proceso de desarrollo de los individuos, porque proporciona el entorno en el que tienen lugar los aprendizajes que dotan a los niños y las niñas de los instrumentos con los cuales deben manejar su propia vida y su integración en la sociedad como adultos responsables y respetables. La escuela proporciona la formación básica en amplios dominios psicológicos del saber hacer, del saber pensar y del saber ser. Aunque en nuestra tradición sociocultural, a la escuela se la ha considerado más en su faceta instructiva que en su faceta formadora, esta tradición academicista y enajenadora de los procesos formativos está siendo corregida a partir de los planteamientos de la reforma educativa en curso. Poco a poco se va abriendo camino una visión de los procesos de educación y desarrollo ligados a la escolaridad que pone el acento no tanto en la adquisición aislada de saberes, cuanto en la formación completa de la persona. Cada vez resulta más evidente que la escuela debe verse como un contexto que, integrando a los sujetos en sus actividades y metas y rodeándolos con sus normas y valores, los influencia de forma genérica e inespecífica, al tiempo que los ayuda adquirir los recursos psicosociales necesarios para la vida. Este es el punto de vista que adoptaremos en esta comunicación en la que queremos presentar un proyecto en curso que, bajo el objetivo de eliminar los problemas de violencia y maltrato entre compañeros, ejemplifique, a su vez, una concepción globalizadora de entender la función psicoeducativa de la escuela y el papel que en ella los tienen distintos agentes educativos que trabajan para ésta.

Las relaciones entre compañeros y el problema del maltrato entre escolares

La psicología de la educación ha tendido a centrar sus intereses en la comprensión de los procesos instructivos ligados a la adquisición de conocimientos y ha prestado poca atención al asunto de las relaciones interpersonales y, cuando se ha interesado por ellas, ha privilegiado las relaciones profesor-alumnos, como vehículo a través del cual se transmiten conocimientos (Johnson, 1981). Sin embargo, cada vez es más evidente que tanto la función instructiva como la propiamente educadora requiere que se tomen en consideración el entramado completo de relaciones y vínculos interpersonales que constituyen el contexto educativo escolar. Hoy, bajo paradigmas psicoeducativos más comprensivos y globales (Bronfenbrenner, 1979; Edward y Mercer, 1988; Rogff, 1993; Lacasa, 1994; Coll *et al.*, 1993 y 1995; Rodrigo, 1994), estamos en condiciones de apreciar el valor que tienen todas las relaciones que se producen dentro de la escuela. Relaciones que constituyen los escenarios humanos en los que tiene lugar el proceso de enseñanza y aprendizaje para todos los niños

y niñas entre los 6 y 16 años. De entre los vínculos relacionales que constituyen el contexto de la escolaridad obligatoria queremos destacar el que establecen los alumnos/as entre sí. Vínculos de iguales que llegan a constituir la subcultura de los compañeros en la que, a veces, aparecen problemas de maltrato y violencia.

El estudio de las relaciones de maltrato y violencia entre compañeros dentro del marco escolar demanda al menos dos tipos de análisis. Por una parte se impone una reflexión teórica sobre la naturaleza de este tipo de vínculos y sus consecuencias en la educación y el desarrollo y por otro, dada la exigencia de actuación educativa de la propia escuela, se impone un análisis que posibilite la intervención para que los problemas de malas relaciones acaben y se reestablezca el buen clima psicosocial, único en el que la escuela puede cumplir sus metas de aprendizaje, desarrollo y formación de los escolares.

El maltrato entre iguales se ha descrito como un comportamiento prolongado de rechazo social, intimidación psicológica y/o violencia física de unos niños hacia otros que se convierten, de esta forma, en víctimas de sus compañeros. Este tipo de problema, parece ser muy antiguo, aunque hasta muy recientemente no hay llamado la atención de los investigadores. Hoy sabemos que el contexto escolar es un marco donde tienen lugar estas situaciones de maltrato en las que se pueden ver envueltos un número significativo de escolares (como veremos en la comunicación que presentará J.A. Mora (Mora-Merchán y Ortega, 1995 y los demás colegas del simposium).

Para el/la escolar sometido a la violencia de sus compañeros, la convivencia diaria en el centro escolar se convierte en un infierno. Ir al colegio cada día provoca en la víctima ansiedades y temores que suele contener y disimular, ya que este tipo de violencia, no reconocida socialmente, se suele ejercer por debajo de la vigilancia de los adultos, lo que le provoca sentimientos de inseguridad, debilidad personal y vergüenza. El agresor, por otro lado, actuando al margen del respeto a las normas morales de convivencia, se socializa con una conciencia de marginalidad y clandestinidad, que hace daño a su desarrollo sociopersonal y aumenta el riesgo de convertirlo en un predelincuente, si no encuentra elementos de corrección que rectifiquen su conducta y lo guíen hacia una actitud de respeto por los otros. Además, esta dañina relación entre iguales suele producir una suerte de vinculación patológica entre la víctima y su verdugo amparada bajo el secreto, la dependencia y el miedo al ridículo por parte de la víctima y en la impunidad del agresor/es.

La primera generación de estudios sobre este tipo de problemas aparece en los años setenta (Olweus, 1973; Heinemann, 1973). Desde entonces hasta ahora no han dejado de sucederse los trabajos que van aclarando cada vez más la naturaleza e importancia del problema (Olweus, 1978, 1989, 1993; Tattum, 1982; Roland y Munthe, 1989; Besag, 1989; Ahmad y Smith, 1990; Smith y Thompson, 1991; Smith y Sharp, 1994 y entre nosotros Viera, Fernández y Quevedo, 1989; Cerezo y Esteban, 1992; Ortega, 1992, 1994, 1995 y Ortega y Mora-Merchán, 1995). Todos estos trabajos han puesto de manifiesto la gravedad del problema y han acentuado la necesidad de intervenir mediante programas educativos específicos. Este es el objetivo del proyecto antiviolencia escolar que estamos desarrollando, cuyas características básicas expondremos a continuación.

El proyecto antiviolencia Sevilla-Madrid: un modelo de intervención ligado a la reforma educativa en marcha

El proyecto de intervención para reducir los problemas de maltrato entre compañeros y mejorar el clima de relaciones interpersonales en los centros escolares de Educación Prima-

ría y Secundaria que estamos realizando busca, sin desdeñar la reflexión teórica sobre el problema, el desarrollo de modelos y programas de intervención educativa que permitan reducir los problemas de maltrato, intimidación y violencia entre escolares, que tienen lugar en nuestras escuelas, sin separar esta intervención de los planes innovadores que la reforma educativa sugiere.

El proyecto, aún tomado como referencia el modelo sugerido por Olweus (1991), está inspirado más directamente en el que se ha llevado a cabo en la Universidad de Sheffield (Smith y Sharp, 1994) del que nos hablará, en este mismo simposio, nuestra colega Sonia Sharp. Nuestro proyecto parte de los mismos presupuesto teóricos y se dirige hacia los mismos objetivos educativos: eliminar los malos tratos en la escuela y mejorar el clima de relaciones interpersonales.

La adaptación del proyecto Sheffield a las escuelas españolas ha encontrado elementos, que esperamos sean facilitadores, que aportan una cierta novedad respecto del modelo Sheffield. Nos referimos a dos elementos clave: la implantación de un nuevo diseño curricular, lo que implica una nueva manera de interpretar tanto los procesos de aprendizaje y enseñanza como los propios contenidos, métodos didácticos, la organización escolar, la función tutorial y muy especialmente la obligatoriedad de la elaboración del Proyecto Educativo del Centro (PEC). El otro factor considerado clave para el proyecto es la psicopedagógica de agentes educativos de apoyo a la tarea docente: Equipos de Orientadores Escolar y Psicopedagógica (EOEyP). El papel que estos equipos tienen en la vehiculización del proyecto antiviolencia y su implantación en los centros escolares aporta ventajas organizativas que pueden ser eficaces para el cumplimiento de los objetivos del proyecto, al tiempo que nos permiten experimentar un nuevo modelo de intervención basado en recursos humanos intermedios, que actúan desde distintos niveles de implicación.

Pero, como venimos afirmando, el proyecto antiviolencia escolar (Sevilla-Madrid), se está realizando bajo los mismos parámetros investigadores que el proyecto Sheffield y, en este sentido, se ha concedido igual que él tres fases: exploración-evaluativa; intervención diversificada y evaluación-correctiva. La primera fase busca, mediante el uso de instrumentos de evaluación, registrar el tipo y el nivel de problemas de violencia interpersonal en los centros educativos seleccionados y evaluar las posibilidades de intervención educativa mediante la implicación directa en el proyecto de los agentes educativos directos (profesores) y los indirectos (directores, psicopedagogos y orientadores escolares), a los que se tiene en cuenta en el diseño de programas e instrumentos correctores de los problemas de maltrato entre compañeros. En una segunda fase se implantarán los programas de los que consta el proyecto y se realizará un seguimiento y un asesoramiento de los mismos en los propios centros. Finalmente, una tercera fase, evaluará los resultados en términos de reducción, o no, de los problemas de violencia interpersonal en las escuelas del proyecto, y se propondrán las modificaciones pertinentes, tanto a los instrumentos evaluadores como a los programas y al resto de los recursos. La novedad más importante que aquí queremos exponer se refiere a la incardación del proyecto antiviolencia en los mecanismos de implantación del nuevo curriculum, con lo que ello significa de modificación de la vida y la organización de los centros y la incorporación como agentes intermedios de los EOEyP. En lo que resta de comunicación trataremos de explicar la particular utilización de cada uno de estos elementos.

El proyecto antiviolencia y la implantación del nuevo currículum de la Educación Primaria y Secundaria. La función del PEC

La implantación del nuevo diseño curricular aporta al proyecto antiviolencia varios elementos relevantes. El primero de ellos, se refiere a la existencia de áreas transversales relacionadas con el tema de las relaciones interpersonales, tales como la educación para la paz y la convivencia y la educación ética desde las cuales incidir, desde dentro del currículum, en los problemas de malas relaciones interpersonales entre compañeros. Asimismo, el nuevo diseño curricular establece la obligatoriedad de la acción tutorial y orientadora dentro de la actividad educativa. Finalmente, la novedad más relevante en el ámbito del desarrollo curricular se refiere a la necesidad de que los equipos docentes realicen lo que se ha llamado un Proyecto Educativo de Centro -PEC- en el cual se concreten, de forma expresa, los detalles del diseño curricular de etapa, ciclo y áreas, así como los aspectos relativos a la organización del centro, las metas educativas que persigue, los métodos de trabajo que empleará, los programas específicos que establecerá para la atención a la diversidad de necesidades especiales de sus alumnos/as, etc.

El PEC se puede convertir, si el espíritu de la reforma atraviesa la elaboración de este tipo de documento escolar, en la concreción de los principios y estrategias educativas del equipo de profesores que atiende una escuela, y en este sentido en un instrumento precioso a partir del cual canalizar los esfuerzos de la comunidad educativa por autogobernarse, mantener sus propios principios, adaptarse a las necesidades educativas de sus alumnos, programar la secuencia de prioridades, etc. Por todo ello, hemos pensado que el PEC podría ser el vehículo a partir del cual canalizar lo que el proyecto Sheffield enuncia como una *whole policy* (Shith y Sharp, 1994). Esta *whole policy* estaría asesorada por los EOEyP en su Plan de Actuación Anual (PAA).

El proyecto antiviolencia y la función orientadora y psicopedagógica en Primaria y Secundaria Obligatoria. La actuación de los EOEyP como agentes intermedios

El proyecto antiviolencia ha considerado como elemento relevante para sus fines la existencia institucionalizada de los EOEyP. La creación de estos equipos ha establecido vías para que el ejercicio de la función psicoeducativa en el ámbito escolar, que pueden ser decisivos para intervenir con programas específicos dirigidos a fines concretos dentro del PEC. Los textos legales (Decreto 819/93) atribuyen a los EOEyP funciones de apoyo a la escuela en tres órdenes diferentes de actuación. La primera se refiere al asesoramiento a los equipos docentes en la elaboración, aplicación, evaluación y revisión de los proyectos curriculares y del PEC; la colaboración con el profesorado en la acción tutorial y el diseño de programas para aprendizaje y desarrollo personal de los escolares. La segunda trata de la atención directa a alumnos/as, la atención a la diversidad, las adaptaciones curriculares y los programas específicos para los alumnos con necesidades educativas especiales. La tercera, se refiere a la dinamización de las relaciones entre los centros escolares y las familias para facilitar el intercambio y contribuir a la formación educativa de los padres cuando sea conveniente. A estas tres grandes funciones hay que unirle las de recoger y evaluar información sobre los aspectos sociales, económicos y culturales que rodean al centro y asesor en la caracterización de las necesidades educativas concretas de los escolares. Finalmente la actuación de los EOEyP está reglamentada de acuerdo a prioridades que se refieren tanto a la implantación del nuevo currículum como a la exigencia de atender a la adecuación del PEC a las necesi-

dades específicas de los alumnos/as a los que hay que educar.

Además, la organización de los equipos obliga a que cada profesional (psicólogo/a o pedagogo/a) actúe personalmente con periodicidad semanal en los centros. Todo ello convierte a los EOEyP en agentes educativos implicados en la vida de las escuelas de Primaria y Secundaria y por tanto en buenos vehículos para la implantación de programas especiales de lucha contra la violencia interpersonal en la escuela. Esta es la razón de que el proyecto antiviolencia escolar haya diseñado su intervención mediante la movilización de estos agentes educativos, haciendo que éstos integren el proyecto en su Plan de Actuación Anual (PAA).

BIBLIOGRAFÍA

- AHMAD, Y.; SMITH, P.K. Behavioural measures: bullying in schools. *Newsletter of Association for Child Psychology and Psychiatry* 1990, July.
- BESAG, V. *Bullies and victims in schools*. Milton Keynes: Philadelphia Open University Press, 1989.
- BRONFENBRENNER, U. *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós, 1979.
- CERESO, F.; ESTEBAN, M. La dinámica bully-víctima entre escolares. Diversos enfoques metodológicos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis* 1992,, vol. xiv, nº 2, p. 131-145.
- COLL, C., et al. El constructivismo en el aula. Barcelona: Grao, 1993.
- COLL, C., et al. Actividad conjunta y habla: una aproximación al estudio de los mecanismos de influencia educativa. En: Fernández, A.; Melero, A., compiladores. *La interacción social en contextos educativos*. Madrid: Siglo XXI, 1995.
- EDWARDS; MERCER. *El conocimiento compartido. El desarrollo de la comprensión en el aula*. Madrid: Paidós/MEC, 1988.
- HEINEMANN, D. *Mobbing-gruppvald blant barn och vuxna*. Stockholm: Natur och Kultur, 1973.
- JOHNSON, D.W. Student-student interaction: the neglected variable in education. *Educational Researcher* 1981, vol. 10, p. 5-10.
- LACASA, P. *Aprender en la escuela, aprender en la calle*. Madrid: Visor, 1994.
- OLWEUS, D. Personality and aggression. En: Cole, J.K.; Jensen, D.D., editores. *Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press, 1973.
- OLWEUS, D. *Aggression in the schools: bullies and whipping boys*. Washington D.C.: Hemisphere, 1978.
- OLWEUS, D. Prevalence and incidence in the study of antisocial behavior: definition and measurements. En: Klein, M., editor. *Cross-national research in self-reported crime and delinquency*. Dordrecht: Kluwer, 1989.
- OLWEUS, D. *Bullying at school. What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell, 1993.
- ORTEGA, R. Bullying in schools. Bully-victims problems in Spain. *Vth European Conference on Developmental Psychology*. 1992, septiembre, p. 27.
- ORTEGA, R. Violencia interpersonal en los centros educativos de enseñanza secundaria. Un estudio sobre maltrato e intimidación entre compañeros. *Revista de Educación* 1994, nº 304, p. 253-280.
- ORTEGA, R. Las malas relaciones sinterpersonales en la escuela: un estudio sobre la violencia y el maltrato entre compañeros de segunda etapa de EGB. *Infancia y Sociedad* 1995, nº

28. C. Barrio, editor (en prensa).

- ORTEGA R.; MORA-MERCHAN, J.A. La vida afectiva y moral en las aulas. El problema de la violencia entre compañeros. *III Jornadas de Infancia y Aprendizaje-Cle*. 1995, Madrid, p. 60.
- RODRIGO, M.J. *Contexto y desarrollo social*. Madrid: Debate, 1994.
- ROGOFF, B. *Aprendices de pesamiento*. Barcelona: Paidós, 1993.
- ROLAND, E.; MUNTH, E., editores. *Bullying: an international perspective*. London: D.Fulton, 1989.
- SHARP, S.; SMITH, P.K. *Tackling bullying in your school*. London: Routledge, 1994.
- SMITH, P.K. The silent nightmare: bullying and victimization in school peer groups. *Annual Congress of the British Psychological Society*. 1989, London.
- SMITH, P.K.; SHARP, S. *School bullying*. London: Routledge, 1994.
- SMITH, P.K.; THOMPSON, D. *Practical aproaches to bullying*. London: David Fulton, 1991.
- TATTUM, D.P. *Disruptive pupils in schools and units*. Chichester: John Wiley, 1982.
- VIEIRA, M.; FERNÁNDEZ, I.; QUEVEDO, G. Violence, bullying and counselling in the Iberican Península. En: Roland, E.; Munthe, E., editores. *Bullying: an International Perspective*. London: D. Fulton, 1989.

EL PROBLEMA DE LA JUDICIALIZACIÓN

La judicialización de los malos tratos

Jesús Sierra Sánchez
Diputación General de Aragón

En estos días del Congreso sobre Infancia Maltratada se cumplen 8 años de la aprobación de la Ley 21/87 de 11 de noviembre. Esta ley introdujo cambios y avances importantes en el ámbito de la protección del menor, así como, en las relaciones entre Justicia y Servicios Sociales. A causa de la indeterminación de ciertas normas, la Ley 21/87 ha precisado de una constante labor interpretativa que ha producido abundante literatura jurídica sobre el tema. Su aplicación ha ido manifestando lagunas que tratan de resolverse en la normativa posterior.

DESJUDICIALIZACIÓN Y APRECIACIÓN DEL DESAMPARO

Es clara la voluntad del legislador de desjudicialización en busca de una mayor agilidad y eficacia para proteger a los menores. Sin embargo, el hecho de que la ley no determine quién aprecia y declara el desamparo ha motivado discrepancias, tanto en la doctrina como en la aplicación judicial.

Unos afirman la necesidad de una cierta intervención judicial que actuaría indirectamente en la constitución de la tutela prevista en el art.172,1, consistente en la previa declaración de la situación de desamparo, constatando el supuesto de hecho habilitante (Feliú Rey, 1989). De no darse la previa intervención judicial en la apreciación del desamparo estaríamos en figura distinta a la tutela, próximos a la guarda de hecho. Para otros, es la entidad quien aprecia y declara la situación de desamparo, valorando el supuesto de hecho, si bien entre ellos dan valor distinto a la naturaleza y efectos de la tutela automática. (Pérez Alvarez, 1989; Vargas Cabrera, 1994).

El problema se resuelve en Cataluña con la Ley 37/91 de 30 de diciembre, que en su art.2,4 dice que *"el desamparo será apreciado por el mismo organismo competente"* al que se refiere en el artículo primero. Será, a posteriori, el juez, a petición de las partes interesadas, quien confirmará o dejará sin efecto la declaración de desamparo (art.4,6). Así mismo determina la consecuencia legal de la declaración de desamparo: asunción automática de las funciones tutelares y suspensión de la patria potestad o tutela ordinaria durante el tiempo que dure la tutela automática, que se considera provisional (art.3).

También, viene reflejado actualmente en el art.6 del Anteproyecto de Ley de Protección Jurídica del Menor y de Modificación Parcial del Código Civil, al decir: *"Cuando la Entidad Pública considere que el menor se encuentra en situación de desamparo, actuará en la forma prevista en el art.172 y siguientes del Código Civil"*. Es la entidad administrativa que

tiene encomendada la protección de menores quien valora y declara la situación de desamparo, haciendo surgir la tutela administrativa. A la vez determina su contenido con una nueva redacción del art.172,1 del Código Civil que quedaría de la siguiente forma: *“La asunción de la tutela atribuida a la Entidad Pública lleva consigo la suspensión de la patria potestad o de la tutela ordinaria. No obstante, serán válidos los actos de contenido patrimonial que realicen los padres o tutores en representación del menor y que sean beneficiosos para él”*.

CONTROL JUDICIAL DEL INTERÉS DEL MENOR Y DERECHOS DE TERCEROS

El derecho prioritario del menor puede entrar en colisión y deberá conjugarse con los derechos que la Constitución y otras leyes atribuyen a otras personas, por ejemplo, a los padres. Va a ser en ese enfrentamiento cuando deba primar el interés del menor, si bien asegurando los derechos de la otra parte.

Esta colisión de intereses unida a la competencia discrecional de la administración para apreciar el desamparo puede generar la indefensión de los padres, contraria a las garantías recogidas en el art.24 de la Constitución. Así, Feliú Rey plantea la necesidad de guardar coherencia con los preceptos constitucionales *“pues la inobservancia de un trámite de audiencia a los padres, generaría indefensión”*.

Pérez Alvarez plantea, asimismo, el problema de la indeterminación de las normas referidas al interés del menor y manifiesta que la Ley 21/87 suscita constantemente un problema de colisión de derechos. Ello ocurre *“porque algunas de las funciones que prevé la ley de 11 de noviembre de 1987 son asumibles por las entidades públicas sin que se hayan arbitrado suficientemente las garantías necesarias para asegurar los derechos de quienes resultan afectados”*.

La ley omite la forma en la que se ha de declarar el desamparo, si ha de ser por resolución, si se ha de notificar y a quien para que puedan oponerse. Tampoco se establece cual será el procedimiento que se seguirá en la oposición al desamparo, la regulación de las visitas y las relaciones con la familia biológica y en otros recursos.

Esta indeterminación de la ley trata de ser resuelta en Cataluña mediante la citada Ley 37/91 en la que se establecen los requisitos y garantías, determinando que el desamparo deberá ser declarado por resolución motivada que deberá notificarse a las partes interesadas, informándoles de sus derechos y de la forma de ejercer su oposición. art.2,4 *“resolución motivada, comunicada al ministerio fiscal en el plazo máximo de 2 días y notificada a los padres, al tutor, al guardador o a los familiares que hubieran convivido con el menor. Estos deberán también ser informados de los derechos que les asisten y de como pueden canalizar su oposición”*.

La ausencia de un régimen de notificaciones y recursos en esta materia es una laguna importante de la Ley 21/87 que trata de ser resuelto en el Anteproyecto de Ley al que nos venimos refiriendo. En él se establece que las resoluciones se notifiquen por escrito, se practiquen de forma presencial, de forma clara y comprensible las causas que lo motivaron y sus posibles efectos. Se señala también el plazo de 48 horas para la notificación (art.172,1). También sobre la guarda, sobre la forma de ejercerse y las obligaciones de los padres o tutores, se les informará por escrito (art.172,2).

Así mismo, se acuerda que se substanciarán por los trámites de jurisdicción voluntaria los expedientes que se sigan contra las resoluciones por las que se declare el desamparo y contra las que resuelvan la idoneidad de las familias solicitantes de adopción. Así mismo

frente a las que surjan por el ejercicio de la tutela o guarda de menores por parte de la Entidad Pública (disposición adicional única). Se obvia la necesidad de la reclamación previa administrativa a las resoluciones de desamparo, acogimiento, etc., acortando los plazos del proceso y facilitando la seguridad jurídica del menor. Se somete al control judicial inmediato, frente al criterio de desjudicialización.

Esto hará que se incremente la impugnación judicial al desamparo, que mayormente hoy se sustancia en la reclamación del acogimiento judicial. Ello obligará a una más detallada justificación del desamparo por parte de los profesionales de Protección de Menores.

PRINCIPIO DE INTEGRACIÓN FAMILIAR

Este principio supone priorizar en la protección del menor las alternativas familiares a las que supongan separación del menor de su familia. Posteriormente a haber asumido la tutela o guarda del menor, el principio de integración familiar obliga a la Administración a intentar la reinserción del menor en su familia (art.172,4). Así mismo, priorizar el acogimiento y la adopción sobre las medidas institucionales. Ello exige que se produzca un cambio radical en los programas de actuación, que debe traducirse en la rápida implantación de equipos de trabajo que puedan proporcionar tales alternativas familiares mediante el adecuado tratamiento de la familia del menor (Teresa Marín, 1991). Esto supone valorar la gradación de las medidas que se aplicarán para cada situación del menor. El sistema de actuación de las Entidades Públicas en relación con cada menor deberá ser progresivo. Inicialmente, procurando mantener el menor en su ambiente familiar propio y natural, concediendo a los progenitores apoyo suficiente (Gil Martínez, 1991). Supone también el trabajo con las familias biológicas en las que no se haya descartado la reinserción del menor.

La necesidad de su desarrollo se ha plasmado en la normativa que venimos comentando: la Ley 37/91 de 30 de diciembre del Parlamento de Cataluña establece una gradación de las medidas a aplicar en interés del menor y con el informe previo de los equipos técnicos (art.5). Así explicita el principio de integración familiar: primero, la atención en la propia familia del menor con las debidas medidas de apoyo. Siempre que sea posible se aplicarán medidas que supongan la no separación del menor de su familia y entorno. Segundo, si es necesaria la separación, se procurará que el niño se integre en otra familia: el acogimiento simple, si se piensa en una separación provisional (art.11). Tercero, el acogimiento residencial (art.12), cuando la separación de la familia sea provisional y no sea posible o aconsejable el acogimiento simple en familia. Cuarto, el acogimiento preadoptivo, en los casos que se considere permanente la incapacidad de los padres para ejercer su potestad (art.13). Así en los distintos artículos se concreta lo manifestado en el preámbulo: *"El niño tiene derecho a crecer en el seno de una familia"*.

El Anteproyecto de Ley de Protección Jurídica del Menor y de Modificación Parcial del Código Civil concreta el principio de integración familiar. En primer lugar realiza una separación entre situación de riesgo (art.5) y desamparo (art.6). En las situaciones de riesgo que no requieran la asunción de la tutela, la Entidad Pública debe actuar para garantizar los derechos de los menores, disminuir los factores de riesgo y realizar un seguimiento de la evolución del menor en la familia y su situación. En las situaciones de desamparo actuará en la forma prevista en el art.172 y siguientes:

Se recoge el principio de colaboración de la Entidad con el menor y la familia, así como la no interferencia en su vida escolar y social (art.8). Se procurará que el menor permanezca internado el menor tiempo posible (art.10,1). Se recogen distintas modalidades de acogi-

miento que permitan la integración familiar, evitando los internamientos perjudiciales para el menor, permitiendo que la Entidad resuelva el acogimiento provisional de un menor sin la autorización de los padres hasta que se produzca la resolución judicial (173,3), e introduciendo en el art.173 bis las distintas modalidades de acogimiento familiar atendiendo a su finalidad: simple, permanente y preadoptivo.

VALORACIÓN DEL DESAMPARO Y DE LA INTERVENCIÓN

De acuerdo con los principios de interés prioritario del menor y de integración familiar, la Entidad Pública deberá investigar y valorar la situación de los menores a fin de determinar si se dan los supuestos de hecho que le lleven a declarar la situación de desamparo. Situación de desamparo que *"por ser requisito previo para constituirse la tutela que tratamos y, justamente por no ser un fenómeno de la naturaleza, sino un acaecer definido por circunstancias sociales y humanas, resulta ser un concepto jurídico indeterminado que tiene que ser declarado formalmente después de una valoración fáctica"* (Feliú Rey 1989).

Las primeras valoraciones que tienen que realizar los profesionales de los servicios de Protección de Menores se refieren a la existencia de los supuestos de hecho del desamparo; esto significa definir el límite entre lo que es maltrato y lo que no lo es, delimitarlo de lo que es un "comportamiento parental inadecuado pero socialmente tolerable" (Arruabarrena y de Paúl, 1994).

El Código Civil en su articulado nos puede ayudar a concretar *"la necesaria ayuda material o moral"* de la que está privado el menor desamparado. Así en el Preámbulo, párrafo 2 de la Ley 21/87, se nos dice que menores desamparados son los privados de *"una vida familiar normal"*. Se concreta entre otros en el art.142, al referirse al derecho de alimentos. En el 154,2, al referirse a los deberes de la patria potestad. El 173,1 al referirse al acogimiento repitiendo el mencionado con anterioridad. El art.269, sobre las obligaciones del tutor.

El Código Penal y su Proyecto de Ley Orgánica concretan el desamparo a través de la tipificación como delito o falta de hechos cometidos contra los menores. El actual Código Penal, en su art.425, manifiesta que *"El que habitualmente, y con cualquier fin, ejerza violencia física sobre su cónyuge o persona a la que estuviese unido por análoga relación de afectividad, así como sobre los hijos sujetos a la patria potestad, o pupilo, menor o incapaz sometido a su tutela o guarda de hecho, será castigado con la pena de arresto mayor"*. Conviene reseñar que:

- Este precepto no contempla los malos tratos a menores producidos por los convivientes, familiares o pareja de hecho, de la persona que tiene la patria potestad, tutela o guarda de aquellos.

- Sólo se refiere al maltrato físico. No se tipifica como delito el maltrato emocional o psicológico.

- No se determina el concepto de habitualidad y su relación con la reincidencia.

El Proyecto de Ley Orgánica, en su art.153, agrava la pena (de seis meses a 3 años), añade las penas por el resultado del maltrato y extiende la protección a los hijos del cónyuge o conviviente que con él residan. Tampoco recoge el maltrato psíquico, si bien tres grupos parlamentarios, en sus enmiendas al proyecto, lo recogían: Grupo mixto U.V., Grupo mixto E.R.C. e I.U.

Así mismo y entre otros, en las faltas de malos tratos (C.P. 582. Proyecto de Ley. 608,2). Lesiones (C.P. 418ss. Proy. 147ss). Delitos contra la libertad sexual (C.P. 429ss. Proy.

170ss). Incumplimiento de los deberes de la patria potestad (C.P. 584. Proy. 218). Abandono (C.P. 487ss. Proy. 218ss). Mendicidad (C.P. 489 bis. Proy. 224). Delitos contra las relaciones familiares (C.P. 468. Proy. 212ss).

En segundo lugar, la Entidad Pública debe valorar la gravedad de la situación, los daños producidos en el menor y el riesgo o probabilidad de que los daños vuelvan a producirse. La valoración dada no sólo determinará la existencia o no de desamparo con sus consecuencias jurídicas; sino que nos indicará la necesidad de actuar con el menor y/o la familia. La inminencia de la intervención dependerá de la gravedad; pero más que la del daño producido, la del riesgo de daño inminente.

En una situación de malos tratos habrá que priorizar la seguridad del menor, pero no deberá ser éste el único principio a tener en cuenta. Se trata de predecir el comportamiento futuro del menor y las personas que le apoyan, de ver las potencialidades del menor y de la familia, qué aspectos se deben reforzar, cuales tratar de corregir. En definitiva se trata de valorar la capacidad que tiene la familia de asumir al menor, a qué plazo, y con qué apoyos. Esta valoración deberá realizarse teniendo en cuenta el interés prioritario del menor, su edad, lo que significa ésta para el niño, la gravedad del daño que sufre, su reversibilidad y el principio de reinserción familiar.

JUDICIALIZACIÓN O DESJUDICIALIZACIÓN DE LOS MALOS TRATOS

Los trabajadores sociales se plantean la judicialización en algunos casos en que los malos tratos ocasionados en el medio familiar a los menores suponen un ilícito civil y especialmente penal, tipificados como tales en sus respectivos Códigos. Sienten la necesidad de ella cuando la familia no quiere colaborar en cualquiera de los momentos del proceso de protección del menor: desde la valoración del maltrato a su tratamiento, pasando por el aseguramiento del menor en la situación de riesgo, sea mediante la separación temporal del menor o del maltratador. Sienten la duda y el temor de ella cuando la judicialización puede suponer un obstáculo o una imposibilidad para la intervención de los profesionales de Servicios Sociales con el menor y familia.

Simplificando podemos decir que los trabajadores se agrupan en dos posturas: los partidarios del resultado terapéutico de la sanción penal como forma de resolver el abuso de poder realizado por el maltratante sobre el menor y restaurar la legalidad y, en segundo lugar, los que fijándose más en el menor- víctima de los malos tratos, buscan educar, restablecer relaciones familiares, proteger al menor y tratar el daño causado, lo que puede suponer intervenir terapéuticamente con los maltratantes. Junto a estas razones y criterios de los profesionales que valoran de forma más importante los principios de integración familiar o la seguridad del menor o su recuperabilidad, hay que añadir fundamentalmente dos aspectos que se deben tener en cuenta para optar por la judicialización o no de los malos tratos: la gravedad y la tipología del maltrato (de estigmatización muy diferente en la sociedad, de la que los profesionales forman parte) y las características, actitud y disponibilidad de las familias maltratantes tanto para reconocer el maltrato, cuanto para colaborar con los trabajadores sociales en la restauración de las relaciones familiares.

En principio no deberían dar lugar a judicializarse los malos tratos ocasionados por negligencia debida a pobreza, incultura, ignorancia, siempre que las familias manifiesten voluntad de colaborar en su corrección.

La judicialización puede ser necesaria ante familias reiteradamente maltratadoras y abusadoras sexualmente y que niegan los malos tratos y se oponen a colaborar. No hay que

olvidar que muchos padres maltratadores han sido niños maltratados que han interiorizado como normales relaciones paterno-filiales distorsionadas. No pueden admitir el maltrato, ni estarán dispuestos, en principio, a colaborar. Barudy (1991) considera la judicialización como una necesidad terapéutica para estos casos, a la vez que indica algunos parámetros que le sirven para optar por la judicialización: el grado de vulnerabilidad del niño, la gravedad y reiteración de los malos tratos, los trastornos graves en la personalidad del maltratante y la dinámica familiar, así como su disposición a cooperar con la intervención social.

Los profesionales, ante la situación de riesgo y según valoren la gravedad, por seguridad del menor, pueden optar por judicializar el maltrato, a riesgo de que ello suponga una ruptura definitiva, no deseable en interés del menor. Es en estos momentos en que se hace más necesaria la coordinación y cooperación de los profesionales de la Entidad Pública y los de la Administración de Justicia, en especial, con el Ministerio Fiscal, quien debe vigilar el ejercicio de las funciones tutelares de la Entidad Pública y quien debe promover ante el Juez las medidas necesarias para proteger al menor. Coordinación que se hace necesaria no sólo en la profundización de los principios, sino también en las estrategias de intervención; no sólo en definir lo que es mejor para el menor, sino en cómo conseguirlo. Cooperación entre ellos y con las demás instituciones, delimitando responsabilidades y competencias y aunando esfuerzos que permitan la protección del menor en todas sus fases, desde la detección de los malos tratos y su valoración a la protección del menor y su tratamiento.

Resumiendo, y de acuerdo con la normativa reseñada, debemos afirmar el principio de desjudicialización en la protección del menor, con un control a posteriori de la Autoridad Judicial y la *"superior vigilancia de todas las actuaciones por parte del Ministerio Fiscal"*. El control judicial garantizará no sólo el interés prioritario del menor, sino también la defensa de los derechos de terceros.

La valoración del desamparo y de la intervención en los casos de malos tratos deberá supeditarse al interés del menor y el principio de integración familiar. Al margen de la competencia de la autoridad judicial para imponer las penas pertinentes al maltratador, cuando sus actos constituyen un ilícito penal, así como para imponer medidas para proteger al menor, si consideramos exclusivamente al menor, la judicialización de los malos tratos deberá fundamentarse en evitar que aquéllos se repitan, a la gravedad del daño, a su tratamiento y a la reinserción familiar, si es de su interés. Aspectos estos que deberán contemplarse en la valoración realizada por los profesionales de la Entidad Pública, previamente a optar por la judicialización.

El problema de la judicialización de los malos tratos y abusos sexuales a menores

Olayo Eduardo González Soler
Audiencia Provincial de Ciudad Real

JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE LA INTERVENCIÓN DEL SISTEMA JUDICIAL ANTE EL FENÓMENO DE LOS ABUSOS SEXUALES A MENORES

La cuestión a plantear es la siguiente: ¿Requiere intervención judicial la solución del conflicto que supone el maltrato infantil en general, y el abuso sexual en particular?

La respuesta a tal cuestión es afirmativa, porque la propia naturaleza de los derechos en conflicto exige en un estado de derecho la intervención del sistema judicial.

Por otra parte, los caracteres propios del conflicto que el abuso sexual representa exigen que la decisión final del proceso de intervención pueda imponerse por la fuerza, característica ésta de la coercibilidad que, en un estado de derecho, solamente es atribuible, de manera exclusiva y excluyente, a las decisiones judiciales, especialmente cuando de ejercitarla se trata.

NATURALEZA DE LA INTERVENCIÓN DEL SISTEMA JUDICIAL

La respuesta judicial puede ser de naturaleza civil o de naturaleza penal.

Dentro de las sanciones que pueden imponerse en el ámbito civil se puede mencionar la privación de la patria potestad o de la custodia sobre los hijos o declarar la situación de desamparo y asumir la tutela automática sobre la víctima.

En el ámbito jurisdiccional penal las sanciones que pueden imponerse son las penas señaladas a cada uno de los delitos que pueden integrar los abusos sexuales, que pueden ser los de violación, estupro, agresiones sexuales, exhibicionismo y provocación sexual, rapto y corrupción de menores.

Por extraño que pueda parecer no existe en nuestro Código Penal, de manera autónoma, el delito de incesto, es decir, el acceso carnal entre personas unidas por determinados vínculos de parentesco, que en el derecho español se restringe al de la línea recta descendente o colateral en segundo grado, esto es, a los hermanos.

PROCEDIMIENTO DE LA ACTUACIÓN JURISDICCIONAL

Jurisdicción Civil

- La privación de la patria potestad: está sometida a los principios generales de la actuación jurisdiccional civil, debiendo de instarse, para su imposición, la tramitación de un proceso ordinario, el denominado de menor cuantía.

- La tutela automática: constituyéndose la tutela automática, como su propio nombre

indica, por ministerio de la ley, los aspectos procesales de la medida van referidos a la declaración de la situación de desamparo y, más concretamente, a la competencia para declararla, atribuida de hecho a entidades administrativas, aún cuando sea discutible la corrección de tal solución, tanto *de lege data* (ley vigente) como *de lege ferenda* (modificación a realizar).

- **Las medidas cautelares:** el art.158 del Código Civil puede ser utilizado, por una parte, como instrumento que ponga remedio urgente a situaciones de maltrato infantil, y, por otra, como una medida de protección frente a tales situaciones maltratantes, ya que entre los supuestos que pueden dar lugar a su aplicación se contempla el "sufrimiento de peligros o perjuicios por parte del menor, cualquiera que sea su causa y quien los produzca".

La legitimación para solicitar su aplicación corresponde al hijo, a cualquier pariente o al Ministerio Fiscal.

En cuanto al procedimiento, pese al silencio legal, es obvio que, si se quiere que las medidas cumplan su finalidad, debe de descargarse de cualquier formalismo y reducir su tramitación a una sumaria investigación que corrobore la existencia de los datos que se expresen en la solicitud.

Jurisdicción Penal

Por muy completo que sea el catálogo de infracciones penales y de penas para hacer frente a los abusos sexuales, su efectividad va a depender esencialmente del instrumento para su aplicación, del que expondremos sus líneas esenciales.

En primer lugar, y en cuanto al régimen de persecución, casi todos los delitos que pueden integrar los abusos sexuales infantiles son perseguibles a instancia de parte, salvo que los sujetos pasivos sean menores o incapaces, en cuyo caso, en la práctica, son perseguibles de oficio, por estar legitimado para su persecución del Ministerio Fiscal, que tiene que actuar conforme al principio de legalidad.

La diferencia existente entre unas y otras infracciones reside, no en la forma de llegar la *notitia criminis* al Juez, sino en las posibilidades de actuación del mismo; cuando las infracciones son perseguibles de oficio, la Autoridad Judicial puede actuar cualquiera que sea la forma en la que tenga conocimiento de la infracción, pero cuando son perseguibles a instancia de parte del Juez no podrá iniciar el procedimiento, aunque tenga noticia del hecho delictivo, si no se ejercita la acción penal mediante la presentación de la correspondiente denuncia.

Tal vez sea razonable configurar algunas excepciones a la vigencia del principio de legalidad en la actuación del Ministerio Fiscal para controlar el mecanismo de represión de los abusos sexuales infantiles, ya que, aunque garantizar la persecución de los abusos sexuales infantiles parece que se acomoda al proceso de intervención que debe de ponerse en marcha desde los servicios sociales, sin embargo, a lo largo del mismo puede resultar necesario en los casos en los que, como dice Jorge Barudy, se haya producido la reparación de la víctima y se comience la *"renegociación de la relación conyugal y las interacciones parentales"*, exonerar de medidas punitivas al progenitor o progenitores abusadores.

Hablando de proceso penal resulta necesario referirse al tema de la prueba, ya que, por exigencias derivadas de los derechos a la tutela judicial efectiva y a la presunción de inocencia, consagrados en los arts. 24 y 25 de la Constitución Española, únicamente se reconoce virtualidad suficiente para destruir la presunción de inocencia a aquellos medios de prueba

que hayan sido legalmente obtenidos, lo que exige que el mismo se practique en presencia del Juez que tenga que resolver sobre el fondo del asunto y con posibilidad de intervención de las partes en el proceso (contradicción).

Pero, de la misma manera que en los casos de imposibilidad se puede practicar anticipadamente la prueba, a tales casos, en mi opinión, deben de equipararse las declaraciones de las víctimas de abusos sexuales infantiles, tanto porque su protección exige evitar la reiteración de la vivencia de la situación maltratante, como porque es necesario preservar el contenido de la prueba.

En nuestro ordenamiento vigente, sin embargo, no se contiene previsión alguna al respecto, aunque cabe la posibilidad de utilizar los servicios de profesionales especializados para oír en declaración a los testigos menores, ya que se puede considerar que tales personas necesitan de un intérprete para poder emitir correctamente su declaración y, en consecuencia, aplicar analógicamente las reglas que regulan las declaraciones de quienes no entendieren o no hablaben el idioma español o de los sordomudos (arts. 440-442, regla primera de la Ley de Enjuiciamiento Criminal).

Para concluir hay que referirse a una cuestión capital: cualquiera que sea el tiempo que se invierta, la resolución judicial va a ser siempre tardía. Por ello se pueden adoptar medidas cautelares en relación con el presunto delincuente y con las víctimas, que se traducirán en el apartamiento del menor de la situación maltratante.

Para conseguir dicha finalidad, y con relación al presunto agresor, se puede acordar su prisión preventiva, en los casos y con los requisitos establecidos con carácter general por delitos, sin que se prevea especialidad alguna por razón de la naturaleza de estas infracciones; con relación a la víctima, se puede acordar como medida de protección su apartamiento de la situación maltratante, que se podrá llevar a cabo en cualquier forma y que se podrá alzar en cualquier momento, dada su naturaleza cautelar y su carácter temporal.

Sistemas legales y maltrato infantil: principios de bienestar versus justicia

Jacquie C. Roberts

Tayside Social Work Department, Reino Unido

El problema en la construcción de un sistema legal efectivo para niños maltratados y abandonados es que los dos principios fundamentales, bienestar y justicia, pueden entrar en conflicto. Por un lado, existe el **principio del bienestar** tras la mayor parte de la legislación de atención a la infancia. En la mayoría de los sistemas este principio es que los intereses más importantes del niño deben ser la consideración primera y las decisiones complejas sobre el bienestar de un niño en particular se hacen en base de una información detallada y a menudo conflictiva procedente de las familias y los agentes. En Escocia, las decisiones sobre el bienestar del niño se toman "teniendo en cuenta las probabilidades", en un sistema que promueve la participación del niño y la familia y que incorpora a gente local corriente como encargadas de tomar decisiones.

Por otro lado, existe el **principio fundamental de justicia**, donde las acusaciones contra un maltratador deben ser consideradas de acuerdo a un criterio legal muy estricto y demostradas más allá de cualquier duda razonable. Si el principio de justicia, que garantiza los derechos del acusado a la vez que los de la víctima, se guarda, el interés público se protege ya que se previenen crímenes posteriores. El principio de justicia puede o puede que no incorpore decisiones que promuevan los intereses particulares más importantes del niño.

Uno de los principales problemas en la persecución del principio de justicia en casos de maltrato infantil es la débil evidencia disponible para probar un crimen más allá de toda duda razonable. El maltrato infantil es bastante a menudo un crimen cometido en privado o en el hogar familiar, que no proporciona testigos convincentes. Las víctimas del maltrato infantil son frecuentemente tomadas como testigos de poca credibilidad debido a su edad, inmadurez y vulnerabilidad. En Escocia, la evidencia de un testigo infantil siempre tiene que ser corroborada por otro testigo o víctima. Otro problema es que el derecho que la persona acusada tiene de rebatir la evidencia de la víctima puede con bastante facilidad ser percibido como una continuación del mal uso del poder adulto sobre un niño vulnerable.

El choque entre los principios de bienestar y justicia en casos de maltrato infantil pueden llevarnos a dos posibles consecuencias negativas. En casos tratados bajo el Sistema de Bienestar Infantil puede haber errores de injusticia por que el rigor de las pruebas haya sido seguido adecuadamente. Los acusados, a menudo padres necesitados con representación legal inadecuada, puede que no sean capaces de rebatir las mentiras. En muchos casos de maltrato tratados bajo el Sistema de Justicia Criminal, los niños experimentan graves angustias al "no ser creídos" y al ver que la persona que ellos saben que es culpable queda libre. A los ojos de los niños los principios de justicia han apoyado una gran injusticia. Muchos maltratadores son dejados en libertad para maltratar de nuevo.

Es debatible si hay algún sistema legal que sea totalmente efectivo para tratar los casos de maltrato infantil. Sin embargo, los niños y jóvenes ven el tema de manera muy simple. El artículo debe concluir con algunas citas de niños que resumen los principios que ellos preferirían ver tras cualquier sistema legal para el maltrato infantil. Estos principios son que la

víctima debe ser ayudada a denunciar y que el maltratador debe ser animado a confesar. Se debe declarar públicamente que el maltratador ha obrado mal y se debe ofrecer un tratamiento más que un castigo para prevenir que se repita el maltrato.

**MESAS
REDONDAS**

ADOLESCENTES CON GRAVES PROBLEMAS DE SOCIALIZACIÓN

Delincuencia, psicología y ley

Ernesto Coy Ferrer
Universidad de Murcia

DELINCUENCIA

El delito es un acto o una omisión que una ley prohíbe en un momento determinado para proteger a la mayoría de los ciudadanos y que se entiende merecedor o merecedora de un castigo que habrá de ser infligido por el Estado a través de uno de sus aparatos de control, que es el Sistema Judicial. Como cualquier norma, la ley penal es variable en el espacio y en el tiempo y, por tanto, relativa. Por ello se puede decir que un delito no tiene características intrínsecas distintivas y válidas en todas las sociedades. En definitiva, el delito no es algo de naturaleza biológica o psicológica, sino una creación jurídico-penal.

Las definiciones legales, asignando carácter delictivo a ciertas acciones humanas, constituyen un criterio clasificatorio de las acciones sociales en general con todo lo que tal taxonomía conlleva de estructuración de un sistema y la creación de unas instituciones encargadas del control de las personas autoras de aquellas. Las leyes penales, todas las instituciones de control y las personas que, de un modo u otro ejercen funciones de control social (institucional o no) tienen una considerable potencia **realizadora** en el sentido de construcción de una realidad social. Es decir, al encargarse de la definición y la selección de conductas, de sujetos, de formas de ver determinados aspectos de la realidad social, están contribuyendo a la aparición de fenómenos para cuya erradicación han recibido un "encargo social". Máxime en el caso de la llamada "delincuencia juvenil"; porque, en efecto, la delincuencia "vista" (la registrada oficialmente) es mayoritariamente juvenil, como se constata comprobando la edad de los detenidos y de los ingresados en prisión (preventiva o de cumplimiento) a través de toda clase de estadísticas oficiales (judiciales, de instituciones penitenciarias, ...).

A partir de las distintas concepciones existentes sobre la delincuencia juvenil, con las consiguientes diferencias entre las legislaciones derivadas de aquellas, los tipos de conductas (delictivas o no) más frecuentes, los problemas derivados de la delincuencia "vista" y la "otra" delincuencia también real e integrante de eso que se ha dado en llamar "cifra oscura", la distribución geográfica, poblacional (por estratos sociales) tanto de los delincuentes como de las con demasiada frecuencia olvidadas víctimas, se puede hablar de perfiles de delincuencia, en el sentido de tratar de resumir algunas características más comunes que parecen abordar el fenómeno teniendo en cuenta las circunstancias diferenciadoras.

Quizás el perfil más extendido de la delincuencia juvenil coincide bastante en la

mayoría de los países si se estudian las estadísticas oficiales, los resultados de las investigaciones a partir de autoinformes, los informes de las víctimas y otros datos observacionales.

La mayoría de los delitos que cometen los chicos que van a la Jurisdicción de Menores son leves. Los que llegan a los Tribunales son, a su vez, una minoría, ya que la delincuencia está muy extendida y es importante cuantitativamente, pero la mayoría de autores nunca tiene relación alguna con los órganos de control. Eso sin contar con que en un buen número de casos no se puede hablar de delitos leves, sino de "conductas irregulares" o cosas parecidas igualmente vagas, ya que todavía las legislaciones de algunos Estados permiten llevar a los Tribunales a chicos por ser considerados "personas sospechosas" o "fuera de control" o "en peligro moral" (cfr. Rutter y Giller 1988, Grisso 1988), o, como prescribía ya el derogado art.9 de la Ley de Tribunales Tutelares de Menores, "... menores de 16 años prostituidos, licenciosos, vagos y vagabundos, ...".

En España la delincuencia que conoce la Jurisdicción de Menores es realizada mayoritariamente por varones, el tipo delictivo más abundante es, genéricamente considerado, contra la propiedad (hurto, robo, etc.). Los autores pertenecen a los sectores económicos inferiores.

ORIGEN DE LA DELINCUENCIA

La idea de que la conducta delictiva está determinada, sobre todo en el caso de los menores, por causas específicas individualizables y aislables ha sido desmentida por una serie de aportaciones teóricas e investigaciones empíricas sobre la "cifra oscura", la inmunidad diferencial, los procesos de etiquetamiento, las elaboraciones de la criminología crítica y de las modernas líneas de la Psicología Social (cfr. Harré y Secord, *The Explanation of Social Behaviour*, 1972). Estos autores señalan que los seres humanos deben ser tratados como sujetos que actúan conforme a reglas, que el comportamiento social está constituido por acciones con significado y no por respuestas causadas por estímulos y que las razones pueden utilizarse para explicar las acciones pero no todas las razones pueden ser entendidas como causas en sentido mecanicista.

De todas esas contribuciones se puede concluir que los delinquentes "vistos" (los que lo son oficialmente) no son representativos de la delincuencia, ni estadísticamente ni cualitativamente, ya que la población o el conjunto de presuntos delinquentes y de delitos es totalmente desconocida y por lo poco que se sabe tiene unas características claramente distintas de las de la muestra de delitos y autores que son conocidos oficialmente.

La trascendencia de este hecho consiste en que todas las investigaciones basadas en el análisis de las características de poblaciones, grupos o casos de delinquentes "vistos", que han sido hasta ahora la mayoría, no tienen posibilidad de generalizar sus resultados, o tienen un significado distinto del planteado.

Otra consecuencia del trabajo de revisión realizado desde los enfoques y/o sectores referidos afecta al propio concepto de "conducta delictiva", que no se define por características intrínsecas a la acción entendida subjetivamente, sino que alude a una relación normativa e institucional: "*El comportamiento criminal no es una simple entidad psicológico-jurídico-social, en el sentido que comprende todos los elementos en juego en la relación comportamiento/normal/respuesta social.*" (De Leo, 9181, 7).

PAPEL DEL PSICÓLOGO

En los campos de la responsabilidad y la culpabilidad tiene el psicólogo amplias posibilidades de intervención, pero la legislación vigente parece no estar en condiciones de salir de la asimilación conceptual que, desde mucho tiempo ha, viene estableciendo entre la minoría de edad (criterio de inimputabilidad), anormalidad, minusvalía, patología, ... Y ello a pesar de que se va abriendo paso la idea de que los niños y adolescentes son personas (como los adultos) que por la fase de desarrollo en que se encuentran y la representación social existente sobre ellos, tienen unas características de variado tipo, pero sobre todo psicológicas, distintas de los mayores. Esas características diferentes justifican la atención especial que hay que prestarles. Mas, en ningún caso, salvo el de minusvalías psíquicas importantes, hay que negar la responsabilidad de los menores en uno u otro grado. Aquí debería tener especial relevancia el papel del psicólogo.

No obstante, el contenido de los arts.3 y 6 del Anteproyecto de Ley Orgánica Penal Juvenil y del Menor supone un giro radical en este campo, ya que hablan de "grado de madurez" y de capacidad para comprender la ilicitud de un hecho y actuar conforme a esa comprensión. El papel del psicólogo adquirirá mayor relevancia.

También han sido propuestas algunas de las funciones que el psicólogo debe desempeñar en los Juzgados de Menores y en el ámbito de los Equipos Técnicos de Apoyo:

1.- Valoración de los aspectos psicológicos del menor (socialización, adaptación conductal, desarrollo madurativo, personalidad, estado interno, nivel intelectual, etc.) centrada en los recursos del menor más que en sus déficits.

2.- Establecimiento de orientaciones psicológicas en todas las áreas.

3.- Planteamiento de objetivos del área psicológica en el proyecto educativo individualizado, y los sistemas de evaluación pertinentes, determinando el ajuste entre los objetivos marcados y la situación personal del menor.

4.- Planificación de las estrategias a seguir con el menor en los aspectos psico-sociales y las orientaciones para la intervención institucional.

5.- Coordinación con sus homólogos en la recogida de datos e información de su área sobre el caso, así como de la evolución de la medida.

6.- A la luz de los datos de evaluación proposición en el informe de seguimientos de los cambios pertinentes.

Como hemos escrito en otra ocasión (Coy y Martínez, 1992), las interpretaciones de los hechos de los menores atendiendo a la representación que tiene de la situación y las creencias que albergan sobre ella, sus elecciones, deseos y decisiones, las normas, principios y valores sociales, supone comprender a la persona partiendo de los significados y sentidos que otorga a los objetos del mundo con los que se relaciona. Precizando que el significado no es una propiedad existente, sino relación entre cosas, creencias y valores.

Esta labor del Equipo de Apoyo se completa con el asesoramiento del juez acerca de la situación del menor, que está lejos de la ordenación sumativa que reduce al sujeto al conjunto de dimensiones explicitadas por el experto. Por esto consideramos más adecuado acercarnos al menor como persona en construcción, como proceso y no desde una descripción finita y objetiva de su personalidad. Ello supone comprenderlo como persona, como miembro de diversas entidades grupales, captar su forma de relación con la propia institución de menores. Comprender una situación no es prescribir su acercamiento o alejamiento de la norma en lo educativo, familiar, social, etc.

Por todo lo anterior es evidente que la tarea del equipo de apoyo es fundamentalmente grupal ya que la programación, investigación y actuación aislada de cada operador no

conduce a la ejecución de un proyecto que, para nosotros, tiene un carácter eminentemente político.

BIBLIOGRAFÍA

- COY, E. *Delincuencia de menores*. Murcia: Veintitrés-Veintisiete, 1979.
- COY, E. ; MARTÍNEZ. M.C. *Desviación social : (una aproximación a la teoría y la intervención)*. Murcia: Secretariado de Publicaciones de la Universidad, 1988.
- COY E. Psicología y Jurisdicción de Menores. En: Garzón, A. *Psicología y Justicia*. Valencia: Promolibro, 1990, p. 163-94.
- COY, E.; MARTÍNEZ, M.C. Intervención psicosocial en la Jurisdicción de Menores. *Boletín de Psicología* 1992, diciembre, nº 37, p. 71-88.
- DE LEO, G. *et al. L'interazione deviante*. Milán: Giuffrè, 1981.
- DE LEO, G. *La justicia de menores*. Barcelona: Teide, 1985.
- DE LEO, G., editor. *Lo psicólogo criminologo (la psicologia clinica nella giustizia penale)*. Milán: Giuffrè, 1989.
- DE LEO, G.; PATRIZI, P. *La spiegazione del crimine (bilancio critico e nuove prospettive teoriche)*. Bolonia: Il Mulino, 1992.
- GRISSO, TH.; TOMKINS, A.; CASEY; P. Psychosocial concepts in juvenile law. *Law and Human Behaviour* 1988, vol. 12, nº 4, p. 403-37.
- HARRE, R.; SECORD, P.F. *The explanation of social behaviour*. Oxford: Blackwell, 1972.
- RUTTER, M.; GILLER, H. *Delincuencia juvenil*. Barcelona: Martínez Roca, 1988.

Aprender a ser

Javier Urra Portillo
Fiscalía Superior de Justicia

“Somos nuestra infancia”, ha dicho Lyotard.

Y es que la infancia y la juventud, son las etapas de la vida en las que se han de adquirir los requisitos para la biografía normal, mediante la integración sociocultural y el desarrollo de una identidad estable.

La socialización es el proceso por el que nace y se desarrolla la personalidad individual en relación con el medio social que le es transmitido, conlleva la transacción con los demás. Pues como dijo Buber *“También el gorila es un individuo, también una termitera es una colectividad pero el yo y el tú solo se dan en nuestro mundo, porque existe el hombre y el yo, ciertamente a través de la relación con el tú”*.

La socialización conlleva inmersión en la cultura, control de impulsos, experiencia de sí mismo, desarrollo de la afectividad y motivación de logro. Debe facilitar una “competencia comunicativa” y una convivencia es decir vivir con.

Desde un “yo” fuerte y equilibrado, se ha de entender y ayudar al otro.

Sin embargo el adolescente, privado de experiencias nutrientes desorienta su maduración.

La adolescencia, conformada por sujetos en proceso evolutivo (lo que comporta instalarse en la crisis), en conflicto social se entiende desde la actitud y comportamiento de los adultos, sus percepciones, prejuicios, nivel de alarma y de aceptación de riesgo respecto a los jóvenes, condiciona los problemas que sufra la infancia, la sensibilidad para prevenirlos y el tipo de respuesta dada.

Pues bien, el progreso de esta civilización, ha de basarse en la solidaridad que mostremos a nuestros niños y este siglo demasiado viejo no ve que la tolerancia sea la característica que defina a esta sociedad.

Y eso que sabemos, que la etiología de las conductas del ser humano son multifactoriales, que los conflictos adaptativos hunden sus raíces en la desestructuración del microsistema familiar, el no buscar apoyo social fuera de esta unidad, la falta de motivación y consecuente fracaso escolar precoz, la inadaptación socioambiental y una cultura colectiva que entiende que los problemas son individuales. En los procesos delincuenciales no apreciamos unas características endógenas significativas en los menores, sino unos contextos de vida predictores de actividades delincuenciales, dándose una adaptación de éstos a los mismos.

Estamos educando a nuestros niños en la violencia, contra la naturaleza, contra los seres humanos. Quemamos los bosques, contaminamos el aire, esquilamos el mar, arrasamos y exterminamos otras tribus, otros pueblos, otras ideas, otro sentir. La violencia que nos rodea puede llegar a insensibilizarnos.

El que haya niños violentos, es un mal que está en la sociedad y su vacuna es la prevención, el amor y la higiene mental colectiva.

Como dijo Víctor Hugo *“No hay ni malas hierbas, ni hombres malos. No hay sino malos cultivadores”*.

Denunciamos una realidad cotidiana, muchos jóvenes infractores son víctimas, pues

han sido niños maltratados y serán adultos delincuentes. Por ende estimamos que tanto el menor en riesgo como en conflicto social, son sujetos de protección.

Clamamos contra el posicionamiento fariseo que responsabiliza únicamente al joven de sus conductas, cuando antes no se han adoptado medidas preventivas y culpamos a las instituciones que no intervienen cuando el niño está en peligro, sino cuando es un peligro.

Resulta tristemente frecuente el paso de protección a reforma, nos llegan a las Fiscalías y Juzgados de Menores, niños que están incurso en procesos delictivos y que previamente a iniciar esas actividades han sido acogidos a tutelados por la instancia administrativa, encontrándose por tanto bajo un supuesto de protección especial.

En muchas ocasiones el trasvase es en sentido contrario, es decir, el menor llega por un delito o falta, pero apreciamos que resulta ser sujeto de protección, por lo que se remite a esta instancia.

Los adolescentes sufren en mayor medida que el resto de la población el rechazo y/o fracaso de los dos medios socializadores primarios: la familia y la escuela, que les conduce a contestar cuando se les pregunta, ¿qué haces durante las 24 horas del día? "dar vueltas". Haremos bien por preocuparnos por su futuro desde el presente.

Sería interminable el listado de malos tratos que apreciamos sufren nuestros niños van desde el sometimiento para dar satisfacción sexual a los adultos, al trabajo ilegal, pasando por la utilización para propagar la xenofobia o imponer el terrorismo, desde la dejadez al desconocimiento, desde la posesión del padre al "reservado el derecho de admisión" de algunas A.P.A.S., desde cercenar su desarrollo a empobrecer su ética, desde nacer en la cárcel hasta el infinito.

Muchas veces hemos oído la expresión "no me explico como un niño ha podido hacer eso" (ya sea una violación, un destrozo o una agresión a su madre) les aseguro que al terminar la exploración psicológica quedan meridianamente claras las entre comillas "razones" que si bien no son de "obligado cumplimiento" sí resultan inductoras y decisivas.

Sabedores de que los niños y jóvenes son personas de derechos y deberes, les exigimos una responsabilidad y voluntad en evolución, pero siempre priorizando los derechos de los niños sobre los de los padres e instituciones.

No se puede exigir responsabilidad, si antes no han existido modelos que hayan permitido su aprendizaje e interiorización.

Hemos de velar especialmente por el interés del menor como contrapunto a la reparación del daño causado, hemos de primar la respuesta psicoeducativa como antónimo de la penalizadora-vindictiva. Se ha de incentivar la prevención como sistema de protección.

La constelación de síntomas, factores de riesgo y curso en la infancia y adolescencia demuestran que no es suficiente centrarse en niños individuales, hay que intervenir, en la estructura niño-familia-contexto, desde una perspectiva global, integradora, es decir "ecologizándolo" en la comunidad.

Los profesionales, han de estar concienciados de su obligación de no ser asépticos y neutros, sino de intervenir en defensa de los más débiles, los niños, denunciando todo lo que atente a su maduración.

Para trabajar con jóvenes en conflicto y/o riesgo social, hace falta vocación, que como decía Gregorio Marañón, supone "*una buena dosis de preparación científica y verdadero interés y cariño por la labor a realizar*".

Trabajar con los inadaptados sociales es buscar su autonomía (que significa en griego darse una ley a sí mismo) para ello se han de descubrir límites, pues como dijo Chesterton "*Nada encuentro tan maravillosamente bello como una ventana. Pero si me dejara llevar*

por mis inclinaciones hacia un infinito número de ventanas, acabaría por no haber paredes e igualmente acabaría por no haber ventanas". Se ha de respetar el espacio individual, trabajando con un tiempo no cronológico, con una visión horizontal y evolutiva de la historia de vida del adolescente, contemplando su pasado roto y su futuro sombrío, entendiendo en este proceso lo factible y no trágico de la recaída.

Ha de primar la búsqueda de los aspectos positivos con los que cuenta el menor, que permita ulteriormente instrumentar el aprendizaje e interiorización de los no existentes, pues *"un saco vacío no se mantiene en pie"*. Se ha de facilitar la adquisición, de conductas pro-sociales, mediante habilidades para interactuar (defender criterios, emplear mediadores verbales, utilizar el humor, fomentar la autocrítica, aceptar frustraciones, etc.), se ha de alimentar la aspiración y participación social, la asunción de respeto y autodisciplina.

Hemos de potenciar las relaciones intergeneracionales, equilibrando los valores éticos y sociales.

Educación conlleva una simbiosis personalizadora y liberalizadora. La Constitución española, en su art.27.2 constata *"la educación, tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales"*.

El proceso educativo es más amplio que el currículum escolar, incluye a la familia y al grupo de referencia, la utilización del tiempo libre como auténtico ocio y con componentes naturales resulta literalmente vital.

No hay adhesión comunicante entre la enseñanza formal y los medios de comunicación social, los cuales modelan la realidad social, son mensajeros del cambio.

Los niños son miméticos y la T.V. presente unos modelos donde la vida "del otro" tiene escaso valor, la violencia se recrea en sí misma.

Los adolescentes pueden disponer cada día de más información pero pierden la experiencia directa.

Sin embargo los medios de comunicación pueden y han de ser utilizados por los especialistas para difundir a los ciudadanos sus conocimientos referidos a la prevención de malos tratos y a la mejora de la vida.

Emplearemos estos medios para hacer ver que la mayoría de las generaciones se han sorprendido del camino que tomaban los más jóvenes y que la empatía es el gran antídoto de la violencia, hay que enseñar a ponerse en el lugar del otro, de como siente, como piensa, como razona, como nos vive.

Respecto a la Institución Judicial, ha de aprovechar el contacto con la infancia para conseguir de ésta un mayor respeto y valoración mediante el aporte de un procedimiento que permita la autoresponsabilidad. Posibilitando la participación activa en cuanto le afecte, el crecimiento de la autovaloración como ser inserto en la sociedad. Facilitando su capacidad de obrar y expresar sus ideas y ello desde un criterio científico, que atienda a todas sus circunstancias, entre otras las familiares, sociales y personales (historia vivida, motivaciones, intereses, ...). Una intervención que sea inmediata a los hechos que se le imputan y mínima dentro de las posibles, garantista, individual, basada en principios mediadores. Donde primen las medidas alternativas y desjudicializadoras, se implique a la comunidad y repare a la víctima. Cuyo objetivo sea la denuncia preventiva de situaciones que arañan el alma y la evitación de reincidencias. Donde primen la esperanza y el trabajo en el pueblo, en el barrio, con el menor. Donde se tome en serio al niño.

Dar de palos para enseñar a respetar y a ser pacíficos es una necesidad, enseñar a ser libre privando de libertad es una contradicción insalvable.

Y es que como decía Jeffery *"Más leyes, más penas, más pericias, más jueces, más*

cárceles, significa más presos, pero no necesariamente menos delitos”.

Al fin, si hemos fracasado en la prevención primaria, no abortaremos la esperanza de la reintegración social.

Adolescentes con graves problemas de socialización

José Manuel Torres Fernández
Colegio Zambrana, Valladolid

¿Tiene algún sentido educativo o terapéutico la privación de libertad en menores de edad penal o adolescentes, en general, tal y como se establecen las leyes vigentes hoy?

¿Tiene algún sentido el intento de control estricto que la sociedad establece a toda conducta inmersa en el tejido social que no obedezca a patrones normativos?

No vamos a señalar, de nuevo, el catálogo de causas que se enumeran en diversos estudios para justificar los problemas de socialización que afectan a un buen número de adolescentes y que son el motivo de esta mesa. Existen bibliografías y documentación suficiente al alcance de todos. Nos vamos a limitar a analizar una pequeña parcela en torno a algunos de los tratamientos que se dan al problema, especialmente, al referido a medidas de control y contención que se establecen en los marcos jurídicos al uso con esta población y más concretamente a los derivados y relacionados con las medidas de internamiento.

El Centro Zambrana de Valladolid acoge, en la actualidad, a tres grupos de adolescentes, de carácter mixto, que se encuentran internados a partir de dos casuísticas concretas: por resolución judicial, en cualquiera de los grados y modalidades que prevee la ley 4/92 y por resolución administrativa en una llamada Unidad de Socialización. En cualquiera de los casos, los adolescentes menores de edad, presentan un mapa comportamental que no difiere apenas entre ellos, no siendo, sino formalmente, la comisión de delitos o no, la mayor de las diferencias entre ambos casos.

En primer lugar, la población con casuística derivada de resoluciones judiciales, obedece a los parámetros habituales, es decir, el origen de la intervención parte de la comisión de delitos que tradicionalmente vienen consistiendo en delitos contra la propiedad en su mayor parte y en menor medida, delitos contra las personas, aunque estos últimos, a pesar de ser un número menor suelen estar revestidos de una enorme gravedad y alarma social. En este grupo, suele aparecer como primera característica de infrasocialización la incapacidad de los adolescentes para valorar y comprender la ilicitud de los hechos realizados y de actuar en los términos referidos por la llamada "normativa social". No obstante, esa normativa social real, a partir de la ley 4/92 adopta un modelo, frente al infractor, garantista y de responsabilidad, punitivo para el menor, ya que su verdadera "misión", al cumplir la medida que se le ha impuesto, no es la resocialización, reeducativa o rehabilitadora, sino la responsabilizadora, que fija su tiempo exacto en el que el menor ha de mantener una conducta limitada a recibir unos principios educativos en un contexto determinado.

La recuperación social, pues, de esta población sujeta a "reforma" parte de una modalidad represiva que, aún contemplando el esfuerzo de la sociedad para que tenga siempre una traducción educativa, no supera la visión de los adolescentes, que la contemplan como una coacción y la sienten como una verdadera sanción. ¿Cómo armonizar ambas concepciones?. ¿Porque se intenta educar? ¿Desde qué marco y perspectiva?. No se aísla al menor ni se le contiene por el propio marco ni por la gravedad ni la duración de la "pena" sino por la accesibilidad o no de su propia conducta.

En segundo lugar, los menores sujetos a medidas administrativas, que se integran en la

llamada Unidad de Socialización parten de la premisa de que presentan rasgos de marginalidad que hacen muy difícil y poco posible su tratamiento en ámbitos familiares o de protección normalizados, por lo que aparece la necesidad de que se les integre en dispositivos especiales, en los que van a ser tratados por medio de un modelo de intervención socioeducativo dirigido y controlado, a partir de las características individuales de cada uno de ellos, mediante planes específicos destinados a la adquisición de hábitos y pautas normalizadas que tendrán como última finalidad la reinserción social. Estos objetivos, que, básicamente, dentro del esquema propio del tratamiento institucional, no difieren excesivamente de las aplicadas al grupo anterior, se persiguen en tres fases:

1.- Establecimiento de pautas de socialización que favorezcan la adaptación a los menores a unas condiciones de vida normalizadas.

2.- Conseguir la superación de las carencias a las que los adolescentes han estado sometidos, proporcionándoles un estilo de vida familiar y grupal y un ambiente adecuado para la adquisición y desarrollo de un comportamiento social aceptable.

3.- Que los adolescentes aprendan a utilizar adecuadamente los recursos comunitarios normalizados de apoyo existentes, tanto públicos como privados y participen en grupos del tejido social basados en pautas de relación o de autoayuda.

Para conseguir estos objetivos, previamente, a nivel institucional es objetivo general el tratamiento de los problemas de intervención que modifiquen los comportamientos agresivos y asociales que manifiestan.

En cualquier caso, diferenciado el origen y las características básicas de la población atendida, hemos de fijar algunas posiciones:

- Gran parte de los menores atendidos están sujetos a medidas privativas de libertad, por lo que la posición educativa inicial parte "revestida" de elementos importantes de control y contención.

- Los adolescentes sometidos a medidas administrativas están, asimismo, sujetos a medidas de control y contención educativa, tendentes a asegurar su permanencia en la institución y a hacer frente a los programas establecidos por ellos. Parten también, pues, de la sujeción a una posición educativa con la que no están de acuerdo.

CÓMO SE ELABORA LA INTERVENCIÓN

A partir del propio proyecto del Centro y el RRI, los criterios metodológicos de intervención son:

- Globalización, tratando de fomentar la unidad del menor que se reeduca, orientando la actuación de los distintos agentes de forma multiprofesional.

- Funcionalidad, dotando a las actividades propuestas de una intervencionalidad educativa a fin del logro de los objetivos socioeducativos propuestos.

- Individualización, que se concreta en el Plan Educativo Individual de cada menor.

- Gradualidad, contemplando las distintas etapas de reeducación sistemática: observación, encauzamiento, afianzamiento.

- Socialización, potenciando las actividades y el trabajo en equipo.

Se pueden, así mismo, diferenciar estas etapas en el desarrollo de la intervención:

1.- Observación: se parte de una observación previa en base a los informes que se posean del menor y de sus circunstancias personales, familiares y sociales, de las causas de su desintegración en el centro de origen y de su nueva situación en el grupo.

2.- Programación y elaboración del P.E.I. del menor.

3.- Puesta en marcha de las actividades programadas y evaluación de su desarrollo.

La intervención se estructura desde el campo educativo y el campo social, marcando unos objetivos y las actividades que llevan a su cumplimiento, tanto en relación con el menor como con la familia o Centro de origen del mismo, un esquema genérico de esta intervención, que cada unidad desarrollará en su propio proyecto, pudiéndose llevar a cabo a través de dos vertientes.

Área educativa

Objetivos:

- Desarrollo de actividades, hábitos y conductas deseables, para conseguir la autonomía y la adaptación e integración social.
- Adquisición de conocimientos que le familiaricen con la realidad material y social que le rodea y que sean necesarios para su vida práctica diaria.
- Adquisición y desarrollo de una escala de valores y conciencia crítica, destacando el respeto a los demás, así como asumir los conceptos de justicia, responsabilidad, aceptación de la autoridad, libertad, etc.
- Apoyo a las tareas escolares, en su caso y motivación hacia éstas.
- Aproximación al mundo laboral y a los valores y disciplina que comporta el trabajo.
- Participación activa en la vida y dinámica de la Unidad.

Área psicosocial

Objetivos:

- Que el menor conozca sus capacidades y las posibilidades de desarrollo de las mismas, para adaptarse con éxito a las progresivas demandas del entorno.
- Que la familia de origen sea consciente y acepte la problemática del menor, compartiendo con la Institución las posibles vías de solución.
- Que la Institución conozca las características del sistema social y familiar del menor y las necesidades del ajuste al mismo.

PROBLEMAS QUE PLANTEA LA INTERVENCIÓN

Temporalidad

En gran parte de los casos que se atienden, la temporalidad no está sujeta a la propia previsión de cumplimiento de los programas, sino de la medida impuesta al menor, por algún Juez, o de la presión "administrativa" que el entorno del propio menor pueda ejercer al respecto. Esta situación deja en bastante precariedad a muchos de los tratamientos ideados y, raramente, permite una conjunción positiva y multidisciplinar que pueda ser controlada y evaluada correctamente.

¿Posibilidades de cambio? No parece probable que la situación tenga posibilidades de cambio alguno, por lo que la temporalización está condicionando los programas, aunque ello parezca contradictorio y los técnicos tendrán que adecuarse a esta realidad, a la hora

de diagnosticar y establecer planes de carácter intervencionista con esta población.

Incidentabilidad

La mayor parte de las incidencias que se dan en este marco viene de la no aceptación por parte de los adolescentes de su situación, tanto en uno como en otro caso. Esto se traduce en comportamientos agresivos, a veces, violentos, otras muchas y autolíticos, que suelen tener consecuencias especialmente graves y que acaban poniendo en evidencia cualquier planteamiento establecido, cuestionando el propio concepto de protección, la necesidad o no de medidas educativas, en determinados contextos, etc.

¿Víctimas sociales?

M^a Francisca Lillo Pedreño
Juzgado de Menores de Murcia

La adolescencia: un período de transición en el camino hacia la inserción en la vida social, éste sería el punto en común entre todas las adolescencias.

Pero dependiendo de los diferentes medios en los que se inserta la vida de cada uno, hace que podamos hablar de más de una adolescencia.

Si la experiencia anterior ha sido positiva, si ha podido adquirir la capacidad de **vivir felizmente con los demás**, lo más natural es que su dirección sea la de una socialización constructiva. Pero si, por todo lo contrario, llega a éste momento de cambio, de inserción, de toma de responsabilidades, etc., desde una infancia difícil, en un medio hostil, con falta de recursos personales y sociales, nos encontraremos con un individuo inacabado y que por su experiencia será fuente de **conflictos personales y sociales**.

Desde mi historia profesional, que es la experiencia que tengo y desde la que parto, no creo que haya tratado a todos los adolescentes con graves problemas de socialización, aunque sí creo que todos los que han pasado por el Juzgado de Menores o Fiscalía de Menores tienen dicha problemática agudizada.

Y quiero aclarar que aunque los menores que tratamos son de 12-16 años, se puede hablar de adolescentes puesto que por su estilo de vida a edades muy tempranas tienen que intentar ajustarse a situaciones peligrosas, llenas de amenazas e inestabilidades; tienen que tomar a su cargo obligaciones que pertenecen a la madurez y se convierten en inflexibles, desconfiados, duros, insensibles, ..., lo que es dañino psicológicamente y limita su potencialidad de cambio en el futuro.

La inserción del individuo en la sociedad adulta sigue dependiendo de los factores sociales tanto como y aún más que de los factores sanitarios y neurológicos, factores como los que inciden desde su entorno normalmente un entorno social deteriorado con un escaso poder estimulador, que ofrece perturbaciones sin compensaciones y un entorno familiar donde la ocupación y educación paterna son indicadores de la microcultura familiar fiel reflejo de la cadena de marginalidad: trabajos no cualificados que no aportan bienestar individual con poca o nula trascendencia social, trabajos sucios y una gran mayoría de analfabetos funcionales, pertenecientes casi todos a las bolsas de pobreza o a la nueva pobreza emergida de la nueva crisis económica. Unos padres que promueven inadvertidamente la conducta antisocial debido a las pobres habilidades que poseen. Un núcleo familiar con unas no adecuadas prácticas disciplinarias: castigos duros, falta de atención a la conducta apropiada ayudan a desarrollar o exacerbar los problemas de conducta a los menores. A mitad de la niñez las conductas infantiles desviadas conducen al rechazo del niño por sus compañeros no desviados y al fracaso escolar. A su vez, estas últimas características llevan al final de la niñez y principio de la adolescencia a interacciones con compañeros desviados y entonces a la conducta antisocial y a la delincuencia.

Es en los padres donde se configura primariamente, aunque no en exclusiva, una postura o forma de concebir la vida y de afrontarla.

Hasta aquí hemos hablado, muy por encima de la adolescencia y sus problemas de socialización, aunque en la ponencia se desarrollen más. Pero quería ofrecer desde los

Equipos Técnicos a los que pertenezco una ayuda a la socialización de estos adolescentes y se preguntaran ¿cómo?. Pues partiendo de la función multiprofesional de estos Equipos y me voy a fundamentar en el que pertenezco al Equipo Técnico de Apoyo en Murcia y Provincia cuya función es la de asesorar e informar a Fiscalía y Juzgado de Menores mediante una exploración al menor y su familia con técnicas de observación, entrevista, visita domiciliaria, a colegios y coordinación con profesionales fuera de nuestro ámbito, exponiendo la situación global del menor de forma interprofesional y una propuesta de medida judicial con orientación en el contenido queriendo llegar a ser o mejor dicho pretendiendo llegar a ser unas intervenciones extrajudiciales **un agente socializador** aunque sea en un momento puntual y/o circunstancial mediante los Programas de Mediación-Conciliación en los cuales se ofrece la posibilidad de implicar a los agresores en los mismos, obligándose a constatar el daño real producido por su conducta, pensando que, en principio, debe repercutir muy favorablemente en su rehabilitación.

Los contactos directos entre delincuente y víctima son percibidos de forma positizador por ambas partes, habida cuenta que eliminan las imágenes hostiles o los menores de la víctima evitándose así la actividad de las instancias judiciales.

*“... y después de esto me encuentro
en paz con la gente.”*

ACOGIMIENTO COMO ALTERNATIVA DE PROTECCIÓN

El acogimiento como alternativa de protección: dificultades

Concepció Barjau Capdevila

Centro de Acogida de Urgencias de Infancia, Barcelona

INTRODUCCIÓN

El acogimiento familiar es ampliamente aceptado como un recurso de protección infantil ya en nuestro país, sin embargo la falta de investigaciones, de tradición o de formación específica de los profesionales que debemos intervenir en él, puede hacer cierta la advertencia que en el III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada nos hacía M^a Jesús Montané: el acogimiento familiar puede convertirse en una forma de maltrato institucional si no se utiliza adecuadamente.

Para poder observar las dificultades que la utilización de este recurso social comporta, deberíamos deslindar claramente los distintos tipos de acogimiento familiar posibles. Puesto que esto entraña una gran complejidad, nos fijaremos, por lo menos, en la distinción de los acogimientos según la temporalidad: los acogimientos de corta duración (algunos meses, o menos), los de duración intermedia y los de larga duración, se configuran de forma básicamente distinta y arrojan, en múltiples investigaciones anglosajonas, distintos índices de fracaso. Del 8 al 20%, los primeros, del 20 al 40%, los segundos, y hasta un 60% los terceros.

A corto plazo, se evalúan como fracasados, en términos muy generales, los acogimientos que no han resultado una experiencia feliz, los finalizados antes del término previsto sin cumplimiento de los objetivos, los que habiendo cumplido el plazo previsto tampoco los han cumplido y los que se interrumpen a través de una ruptura.

Desde el punto de vista de los sentimientos que ocasionan en las personas implicadas, las investigaciones nos advierten que las consecuencias de las "malas acogidas" son, en los menores, inseguridad y ansiedad por la falta de sentimiento de pertenencia y de continuidad, y, en sus padres, los sentimientos de culpa, de fracaso y de rivalidad que dificultan su aceptación y cooperación en el proceso de cuidado y educación de sus hijos.

Otras dificultades están más vinculadas a la actitud y las conductas de los profesionales responsables de los servicios que promueven acogimientos familiares y a las de las mismas familias acogedoras. En efecto, la falta de claridad en los objetivos que persigue cada una de las acogidas es una de las causas más comunes del fracaso, así como la imprecisión de roles y expectativas que se atribuyen a los acogedores y que, en ocasiones, no son suficientemente detallados antes de iniciar un acogimiento familiar.

POSIBLES MEDIDAS DE INTERVENCIÓN

Ante todo, debemos decir que un servicio de acogimiento familiar no puede existir si no está inscrito en una red de servicios de bienestar social que incidan en la educación, salud y estabilidad material de las familias que tienen hijos a su cargo. El acogimiento familiar es un recurso muy útil de ayuda transitoria a los menores y sus familias, pero la mejor forma de ayudar está en el establecimiento de políticas preventivas de las separaciones familiares. La información, la facilitación de una mínima estabilidad material y laboral, los dispositivos de ayuda en la resolución de conflictos, la mediación familiar o la ayuda material y financiera en situaciones graves, deben existir para ayudar a las familias a cuidar de sus hijos si lo desean, incluso en momentos de crisis.

También es conveniente que los servicios sociales respeten y sostengan las redes de apoyo espontáneo que existen en la comunidad y, sólo cuando estas resulten insuficientes, sostengan una red de apoyo diversificado para la crianza y educación de los hijos. Algunas familias pueden ser apoyadas recibiendo ayuda en su hogar, otras a través de un soporte durante los fines de semana, otras con eventuales canguros, guarderías, servicios de respiro, etc. La rigidez de los servicios disponibles, su lejanía o inaccesibilidad, obliga a algunas familias a optar, a veces, entre el aislamiento social o la separación de sus miembros.

En los casos, que deberían ser cada vez más escasos, en los que no es posible evitar la separación de padres e hijos, todo proceso de ayuda debe venir orientado por la priorización de la eficacia del proyecto de intervención con la familia del menor, decantando toda la energía posible hacia la consecución de la reintegración familiar.

Ya en el diseño de un acogimiento familiar, se han revelado como factores positivos la voluntariedad tanto de los menores que van a ser acogidos, como la de sus padres. Es la permeabilidad y la capacidad de colaboración en el proceso en el que la familia está inmersa, un de los elementos que mayor éxito va a producir. La inclusión de la opinión, el sentir y la participación activa de la familia del menor es imprescindible. Todo profesional que conozca la naturaleza y evolución de los niños, sabe que tienen que poder vivir su historia como una cadena de sucesos que se van enlazando. La separación que puede elaborarse de cada una de las etapas, permite la entrada en la fase siguiente con mayor aceptación, sobre todo si puede evocar a las personas y las cosas que fueron importantes para él.

El contacto continuado de padres e hijos, mientras éstos son cuidados en otro hogar u otro medio, ayuda a mantener el sentimiento de continuidad y pertenencia que vemos como uno de los elementos fundamentales cuya carencia produce graves consecuencias. Los investigadores han destacado este elemento como uno de los que menos rupturas ocasiona. El niño acogido tiene que poder compartir, de forma explícita, sus experiencias, temores, amores, alegrías y expectativas, ya sea con su familia, ya sea con la familia acogedora. Y esto conlleva la inclusividad, la co-participación de las dos familias -natural y acogedora- en el desarrollo del menor. El papel mediador de los profesionales es importante y la falta de preparación o los temores de estos profesionales obstaculizan en muchas ocasiones la posibilidad de que el contacto entre las familias se dé, perjudicando la elaboración de la historia de los menores.

Respecto a las familias acogedoras, también su capacidad de colaboración con el servicio y su permeabilidad a la acción de los profesionales se han manifestado como factores positivos en los acogimientos. Junto a éstos, se destaca la capacidad de incluir a la familia del niño acogido en el proceso. Este aspecto resulta tan beneficioso que se ha constatado incluso en los lugares donde se realizan adopciones abiertas. La práctica de la

adopción abierta, en efecto, no sólo beneficia a los padres que pierden a su hijo, a través de la posibilidad de la participación remota en el desarrollo del niño, sino que, por extensión, libera al menor de las resistencias que hubiera ofrecido a sus nuevos cuidadores. También libera a los adoptantes de los sentimientos de raptó, secreto y culpa que pueden sentir en situaciones donde la distancia y la opacidad se imponen en los procesos de adopción.

Los programas de preparación para los acogedores, así como los de soporte post-acogida y las asociaciones de familias acogedoras, se han evidenciado también como factores facilitadores de los acogimientos. Una vez más, la intervención profesional en las fases de

selección, preparación, identificación de roles y expectativas de cada una de las personas implicadas en una acogida, elaboración del contrato entre las dos familias y seguimiento del acogimiento, requiere pericia y formación suficientes como para mediar, contener y dirigir sin perturbar el delicado equilibrio que se establece entre el niño y los dos sistemas que participan en su desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GOOSSENS, P. *Enfants en familles. (dés) Placés ou accueillis?, abandonnés ou confiés?, perdus ou partants?*
- MONTANÉ, M. J. Acogimiento familiar. *III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. 1993, Madrid, p. 217-229.
- RIPOL-MILLET, A; RUBIOL, G. *El acogimiento familiar*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid, 1990.
- TRISELIOTIS, J. La adopción abierta. *Revista de Treball Social* 1993, nº 130.

La formación de las familias candidatas al acogimiento familiar

Peré Amorós Martí
Universidad de Barcelona

En esta ponencia presentaremos las características generales de un Programa de Formación para Familias Acogedoras, editado recientemente por el Ministerio de Asuntos Sociales y la Comunidad de Castilla y León, al mismo tiempo señalaremos algunas consideraciones sobre las aplicaciones que se han llevado a cabo.

El acogimiento familiar es una alternativa que, a lo largo de estos últimos años, está adquiriendo un auge muy importante como una alternativa social para aquellos casos en que sea preciso separar temporalmente al menor de su hogar.

El desarrollo de esta alternativa ha permitido poder ir creando diferentes modalidades de acogimientos familiares que permiten ofrecer una respuesta más adecuada a las necesidades actuales que presentan los menores o jóvenes.

Ante las nuevas perspectivas del acogimiento familiar, cada vez más abierto a las necesidades actuales que presentan los menores o jóvenes (disminuciones físicas, psíquicas, sensoriales, sociales, problemas de comportamiento, grupos de hermanos, malos tratos, abusos, etc) se vio que era de singular importancia el poder realizar un proceso de formación para los futuros acogedores.

Las familias antes de hacerse responsables de un acogimiento necesitan una formación específica, ya que el ser acogedor presenta algunas particularidades: los niños entran en diferentes etapas del desarrollo, pueden presentar reacciones y trastornos específicos, es necesario en ocasiones mantener contactos con la familia natural, deben prepararlo para el retorno a su hogar, están obligados a respetar la confidencialidad de la historia del menor y tienen que saber aplicar unas pautas educativas ante estas circunstancias.

El poder preparar a los acogedores para asumir estas responsabilidades exigía elaborar un curso lo más aproximado posible a la realidad, y parte de esta realidad es que la acogida no es una relación que se da únicamente entre niño y acogedor, sino que configura todo un entramado de interacciones entre las diferentes personas implicadas en el acogimiento, personas que no aparecen solo en un momento, sino que entran y salen de la vida del niño o adolescente en todos los estadios del proceso del acogimiento.

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

El programa se compone de ocho sesiones de unas dos horas y media cada una de duración. En cada una de ellas se abordan aquellos aspectos más relevantes del acogimiento y se tiene en cuenta la perspectiva y el rol de todos los implicados (familia natural, menor, familia de acogida y técnicos).

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- Invitar a los candidatos a considerar si quieren asumir el reto del acogimiento.
- Pedir que aprecien las diferentes formas de la vida familiar.
- Ayudarles para prepararse a ser más receptivos a las diferentes situaciones o sentimientos de los menores o sus familias.
- Desarrollar mayor autoconciencia por parte de los candidatos. Que conozcan y valoren sus propias fuerzas, debilidades, emociones.
- Permitirles comprender los principios de la correcta atención a los menores.
- Ayudarles a sentirse que son parte del equipo.
- Permitirles que se fijen en otros candidatos, para ofrecerles apoyo y comprensión en momentos de inseguridad.
- Permitir que surjan preguntas y estimular el deseo de seguir aprendiendo.

MATERIALES DEL CURSO

El programa de formación está compuesto por un conjunto de materiales:

- Un manual de formación para los coordinadores, en donde se especifica los contenidos de cada sesión, los objetivos, las actividades y las técnicas adecuadas.
- Material de trabajo (fichas y documentos) para entregar a cada participante a lo largo de cada sesión.
- Material para la elaboración de un libro de historia de vida titulado *¿Quién soy yo?*
- 36 láminas que narran nueve historias.
- 10 láminas de dibujo que representan situaciones conflictivas del niño.
- Colección de 11 transparencias que sirven para presentar cada una de las sesiones, así como la clasificación de los trastornos, las técnicas educativas y el proceso de intervención.
- Una cinta de video con cinco bloques: Impresiones. Hablan las madres. Reacciones del menor. Reacciones de los otros. La despedida.

ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS

A lo largo de las diferentes sesiones se utilizan un conjunto de estrategias y técnicas entre las que podemos destacar: discusiones guiadas, trabajo en pequeño grupo, lluvia de ideas, juego de roles, escultura, fantasía guiada, vídeo.

COORDINACIÓN Y EVALUACIÓN DEL CURSO

El grupo debe ser dirigido por dos coordinadores. Es básico que los dos coordinadores tengan un cierto grado de conocimiento mutuo antes de iniciar el curso y que hayan podido preparar juntos las sesiones. El papel de los coordinadores es el de guías, el de acompañar en el proceso de aprendizaje, proponiendo actividades que ayuden al grupo a avanzar.

La evaluación de los cursos realizados ha sido valorada muy positivamente tanto por las familias acogedoras como por los propios técnicos.

En líneas generales podemos decir que ha facilitado:

- Una atmósfera de confianza y cooperación.

- Una ayuda a autodescubrirse ante los demás y autoconocerse.
- Un cambio de actitudes y puntos de vista.
- Una vivencia de sus experiencias personales.
- Un aumento de sus conocimientos sobre el acogimiento familiar.
- Una sensibilización ante las características de las familias y los menores.
- Una mayor concienciación para tomar mejor la decisión de asumir o no un acogimiento.

En cuanto a las dificultades podemos señalar:

- La determinación de horarios comunes.
- La atención a los hijos de los acogedores.
- Disponer de un número suficiente de familias.
- La brevedad del curso.

Acogimientos familiares especializados

M^a Blanca Martínez Silva

Servicios Territorial de Bienestar Social de León, Junta de Castilla y León

MARCO GENERAL

El modelo de acogimientos familiares especializados, se inserta en un marco más amplio de metodología de intervención de menores en nuestra Comunidad Autónoma.

El criterio de partida fija el fundamento de la acción protectora en una finalidad general que supone garantizar la integración del menor en sus grupos naturales de convivencia, potenciándolos, para que puedan funcionar como contextos educativos adecuados (sus padres biológicos, su familia extensa, una nueva familia, o su autonomía personal y madurez como adulto).

En esta línea, para cada menor se elabora un Plan de Caso en el que se desarrolle alguno de los siguientes programas:

- **Preservación:** evitar la separación del menor de su entorno familiar.
- **Separación provisional y reunificación:** separar provisionalmente al menor de su familia y establecer las condiciones para posibilitar su retorno.
- **Separación definitiva y acoplamiento a una nueva familia:** separar definitivamente al menor de su familia y promover su integración en un entorno convivencial alternativo y estable.
- **Emancipación:** establecer las condiciones para que un menor protegido sea capaz de desarrollar una vida adulta independiente.

Las medidas para llevar a cabo los programas son: tutela, apoyo familiar (técnico y/o económico), acogimiento familiar -preadoptivo y no preadoptivo (con familia extensa ó familia ajena)-, acogimiento residencial y adopción.

El Servicio de Acogimiento Familiar

Este recurso proporciona al menor una atención familiar sustitutoria o complementaria, durante un tiempo determinado, cuando su propia familia no puede atenderle y cuando la adopción no es posible o deseable.

Requiere necesariamente un trabajo social con el niño, los padres biológicos y la familia acogedora.

En la clasificación de los acogimientos, podemos diferenciar:

- Según el tipo de atención: normalizados y profesionalizados (de emergencia y terapéuticos rehabilitadores).
- Según la duración: de corto, medio, largo plazo y permanentes.
- Según el tiempo de dedicación: a tiempo parcial o a tiempo completo.

La difusión del servicio, captación y valoración de familias acogedoras y la formación de las mismas, se lleva a cabo mediante un Convenio de colaboración con la Entidad de Cruz Roja Regional.

En este sentido nuestra Consejería ha elaborado en colaboración con la Dirección

General de Protección Jurídica al Menor un *Manual de Formación*, en el que se incluyen materiales, técnicas y estrategias para impartir los cursos de formación a las familias acogedoras. Estructurado en ocho sesiones de trabajo de dos horas de duración cada uno.

Funciona, igualmente, una Bolsa Regional de Familias de Acogida para las situaciones en las que una provincia no disponga de familia idónea para un menor, o que sea conveniente distanciar al menor de su residencia de origen.

ACOGIMIENTOS FAMILIARES ESPECIALIZADOS

Al igual que el resto del programa, el proceso del acogimiento incluye las siguientes fases:

- 1.- Toma de decisión y preparación del acogimiento.
- 2.- Acoplamiento, (Plan de Intervención Individualizado y Programa de Acoplamiento).
- 3.- Seguimiento y Evaluación.
- 4.- Terminación del acogimiento.

Datos del Programa:

Desde 1.991 han pasado por el programa un total de 26 menores, de los cuales 20 se corresponden con adolescentes entre 14 y 17 años, y 6 menores entre 7 y 11 años.

En la actualidad (junio 95) permanecen en el mismo 13 menores entre 14-17 años, y 4 entre 7-11 años. De las bajas podemos destacar:

- Del grupo de los más pequeños, uno por integración en la familia extensa y otro por incorporación a un centro especializado.
- Del grupo de los adolescentes, tres bajas por interrupción en el período de adaptación y cuatro interrupciones no previstas (dos de ellas después de más de un año en el acogimiento).

Características de los menores:

El grupo de adolescentes se caracteriza por mantener comportamientos que requieren una intervención especial por dos tipos de problemas:

- Trastornos de personalidad (psicóticos o perito).
- Conductas de inadaptación social (absentismo escolar, hurtos, iniciación al consumo de tóxicos, agresividad en las relaciones, etc.).

El grupo de los pequeños está integrado por menores con graves problemas de salud, (paralítico cerebral con problemas de visión, atrofia muscular degenerativa, etc.). En todos los casos menores que provienen de un entorno familiar muy desestructurado y de fuerte privación afectiva.

Características de los acogedores:

El acogedor se caracteriza porque rompe el esquema típico de familia convencional, son esencialmente personas jóvenes, (entre 25 y 40 años) que viven solos, o en pareja y sin hijos propios. Hay varios profesionales de la psicología, la educación y la animación en

tiempo libre.

Todos ellos podemos decir que conforman una figura específica en este modelo de “acogedores/as-educadores/as”.

Elementos diferenciadores del modelo:

El acogimiento profesional cuenta con el respaldo de cuatro elementos esenciales para la eficacia del programa:

- **Apoyo terapéutico especializado:** pretende ser una ayuda en la atención integral a los menores que presentan problemas de comportamiento y un recurso que contribuya a garantizar la disminución de los factores de riesgo de marginación y a procurar estrategias que favorezcan la integración social de los menores en desventaja.

Los acogedores son asesorados entre otras cosas, en el abordaje de situaciones conflictivas, comunicación centrada en la solución de problemas y técnicas no violentas de enfrentamiento a las situaciones de crisis.

- **Formación continuada:** los acogedores tienen el respaldo formativo a través de cursos teórico-prácticos en los que se les da pautas sobre el análisis experimental del comportamiento bajo un modelo interconductual con el que se pretende que sean expertos en el análisis de las variables tanto disposicionales como funcionales que puedan estar influyendo en el comportamiento del menor.

Se han llevado a cabo dos Cursos de Formación de 50 horas de duración cada uno, prolongados a lo largo del todo el año (dos horas semanales).

- **Grupo de autoayuda:** se han promovido contactos periódicos entre los acogedores al objeto de intercambio de experiencias e inquietudes. En la actualidad han legalizado una Asociación de Acogedores que entre otras cumple funciones de intervenir en situaciones de crisis de un menor con su acogedor ofreciendo apoyo y alternativas de respiro, así como, de canalizar los problemas de orden administrativo y legal.

- **Remuneración elevada:** se han establecido baremos que contemplan una remuneración de hasta 8.300 pts diarias, teniendo en cuenta no solo los gastos corrientes del menor, sino también la especial atención y dedicación de los acogedores. La cuantía se establece en función de criterios que valoran la complejidad de intervención con el menor.

Sobre la **evaluación del modelo** podemos decir que supone una alternativa eficaz para niños con graves problemas de comportamiento, así como de aquellos menores que han sufrido reiterados fracasos en largos procesos de institucionalización.

Es igualmente un recurso preventivo, normalizador e integrador de menores con problemas de inadaptación social.

Supone un medio favorable a una intervención especializada, mediante un tratamiento individualizado a cada menor con definición de objetivos y descripción de los procedimientos operativamente y medición de los efectos del tratamiento.

En la línea de mejoramiento del programa, no podemos olvidarnos de las dificultades encontradas a lo largo de su proceso de desarrollo, especialmente las referidas a la integración de los adolescentes en el sistema educativo, laboral, social y familiar.

En este sentido se ha elaborado un método de evaluación de los acogimientos, principalmente de aquellos que han tenido que ser interrumpidos antes del tiempo previsto. Tiene por objeto estudiar y analizar los factores, situaciones o aspectos que han influido en la interrupción para poder introducir cambios técnicos y de procedimiento que aumenten la calidad de la intervención.

Colaboración de la Asociación de Voluntarios de Acogimiento Familiar en la implantación y municipalización del Recurso de Acogimiento Familiar en la provincia de Alicante

Teresa Azcárate Alonso

Asociación de Voluntarios de Acogimiento Familiar, Alicante

INTRODUCCIÓN

El acogimiento familiar comienza en la Comunidad Valenciana en 1985 en la provincia de Valencia. Desde el inicio del mismo existe un grupo de voluntarios que colabora con la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales, desde la Delegación Territorial, para que pueda ser realidad este recurso.

En 1986 se regula en el D.O.G.V. 25/4/86 el Recurso de Familias Educadoras en la Comunidad Valenciana. Recoge el espíritu de colaboración del voluntariado con que había nacido.

Y en 1988 el grupo de voluntarios se constituye en la Asociación de Voluntarios de Acogimiento Familiar (A.V.A.F.), con la finalidad de colaborar en dicho acogimiento y favorecer la participación ciudadana. La Asociación está formada tanto por familias de acogida como por voluntarios que colaboran en los distintos aspectos del programa.

La Ley de la Generalitat Valenciana 5/89, de 6 de julio, de Servicios Sociales de la Comunidad establece para el recurso de familias educadoras un carácter municipal.

En 1990, A.V.A.F. asume el doble reto de colaborar en la implantación y municipalización de recurso en la provincia de Alicante. Queda planteado para la propia Asociación la necesaria articulación que tendrá que hacer de los niveles locales, provinciales y autonómicos; y la riqueza de experiencia y aportación social que esto puede significar.

ALGUNOS ASPECTOS SIGNIFICATIVOS DEL PROCESO

Puesta en marcha

Cuando A.V.A.F. inicia, en 1990, el proceso de dinamización social que permita la implantación del recurso en la provincia de Alicante, la postura de la Delegación Territorial fue clara en cuanto a: la necesidad del recurso, su carácter municipal, las dificultades que habían tenido en la movilización del voluntariado y la conveniencia de contar con el apoyo de la Asociación.

La participación de la Asociación sería en todas las fases del programa siempre a propuesta de los municipios: difusión/captación, selección/formación, adjudicación del recurso, seguimiento del mismo, finalización del recurso.

La Asociación presenta su propuesta de trabajo. Se intuye que si el recurso va a tener carácter municipal la colaboración de A.V.A.F. será preferentemente desde la difusión y la formación. Se pone a disposición una persona, que trabajará en Valencia y Alicante, en un

intento de dirigir y aunar la realidad de las dos provincias; se incorpora a esta persona a la Junta Directiva en calidad de miembro adjunto. Se facilita un fondo documental desde la dotación de la Asociación en Valencia.

Es importante señalar que en este proceso de colaboración entre la Delegación, los Servicios Sociales y la Asociación, desde el inicio se ha dado un método de trabajo muy atento a la propia experiencia, con momentos importantes de acción, reflexión y sistematización de la misma, y favoreciendo la participación. La incorporación de los Servicios Sociales Municipales en la puesta en marcha del recurso ha sido progresiva.

Se realizan las primeras campañas de difusión/captación (1991)

En los diversos municipios se procura incorporar a las personas y colectivos de los mismos, en el análisis de sus necesidades y en la propia campaña. Se apuesta por crear en las posibilidades de un voluntariado que progresivamente se forma, se organiza y genera proyectos concretos en respuesta a las necesidades detectadas, desde sus inquietudes. Se procura trabajar con metodologías de desarrollo local. A.V.A.F. colabora con los Servicios Sociales.

Se intenta transmitir el acogimiento familiar, no solo como una respuesta a las necesidades de las niñas y los niños y sus familias, sino como una oportunidad de unirse a un Proyecto de Solidaridad entre Familias, con cauces interesantes de participación ciudadana.

Se inicia el camino para la formación/selección de las familias educadoras

Se realiza en 1991, organizado por la Delegación, el primer Curso de Formación para los técnicos de los Servicios Sociales y de A.V.A.F., con el asesoramiento de expertos en la materia.

En 1992, A.V.A.F. ofrece, desde la experiencia y la reflexión hecha, su propia oferta de formación, para ser concretada desde la realidad de cada municipio o zona. Abarcaba tres tipos de experiencias formativas: cursos de formación, encuentros de zonas y encuentros provinciales de las familias educadoras y voluntarios.

Se consigue desde el inicio, 92-93, transmitir la importancia de la formación, del compartir y profundizar las propias experiencias en grupo. Se abre paso un modo de trabajar. En la actualidad con la participación de A.V.A.F se han dado en toda la provincia 18 curso de formación de distintos niveles, se han realizado 2 encuentros de provincia y 2 reuniones de zona.

Se realizan los primeros acogimientos en los diversos municipios

La realidad de las niñas y los niños acogidas/os y los problemas de sus familias los hemos ido conociendo poco a poco.

Golpea mucho a las niñas y los niños acogidas/os las sucesivas rupturas de parejas, la realidad de muchos núcleos de familias monoparentales, con la ausencia del padre, los malos tratos y los abusos sexuales, la realidad de las madres y padres encarceladas/os, los problemas derivados de la drogadicción, el sida, el paro, la prostitución, la falta de vivienda.

La realidad de hermanas/os mayores que están en los mismo círculos de droga, prostitución.

Se han realizado en el período 92-94 en torno a 100 acogimientos.

Las familias educadoras viven, desde la cotidianidad, una fuerte experiencia educativa, de apertura y solidaridad.

Seguimiento de los acogimientos

Las competencias del seguimiento de las niñas y los niños acogidas/os así como los planes de intervención con las familias naturales, han querido ser asumidas por los Servicios Sociales.

La Asociación participa en el seguimiento de los acogimientos desde las Comisiones Mixtas, las sesiones de estudio de casos y el apoyo a las familias educadoras. Se intenta situar y rentabilizar el papel de A.V.A.F. pero no resulta fácil.

Se comparte, reflexiona y sistematiza las experiencias

Las III y V Jornadas de Acogimiento Familiar, organizadas por la Consellería en Valencia 1991 y en Alicante 1994, han sido momentos de especial importancia en la sistematización realizada en la provincia de Alicante y han supuesto un notable avance en la comprensión del recurso. Cada vez se flexibiliza más su utilidad de acuerdo con las diversas necesidades y se apuesta por considerarlo un recurso al servicio de las familias en crisis.

Se procura crear y consolidar estructuras organizativas

De acuerdo con la legislación vigente y la realidad de la provincia, se han ido creando en estos años las Comisiones Mixtas, con la participación de los Servicios Sociales y del voluntariado. Desde ellas se programa y evalúa el recurso.

En la actualidad están constituidas las siguientes Comisiones Mixtas: zona de Petrer, Alicante, zona de Alcoy, Marina Alta. Hay un camino hecho de puesta en marcha del recurso en Elche, Benidorm y la Marina Baja. Las zonas L'Alacantí y la Vega Baja están poco trabajadas.

Se genera un movimiento voluntario que vitaliza y amplía A.V.A.F.

Paulatinamente se han ido incorporando a la Asociación, nacida en Valencia, familias educadoras y voluntarios de apoyo, desde los diversos municipios de Alicante. Desde el punto de vista organizativo ha supuesto un serio esfuerzo para la Asociación. Los socios han vivido y sentido la Asociación como un espacio de libertad. La valoran como cauce de participación y oportunidad de canalizar sus inquietudes y posibilidades. El número de socios de la provincia de Alicante ronda los 100.

DIFICULTADES ENCONTRADAS Y RETOS PLANTEADOS

1.- La rapidez del paso del tiempo en la vida de las niñas y los niños y la lentitud de las

actuaciones de la Administración.

2.- Acompasar, en el tiempo, la oferta de las familias educadoras, la detección de necesidades y los acogimientos.

3.- Asumir la participación del voluntariado desde los Servicios Sociales municipales y las instancias políticas.

4.- La falta de trabajo a nivel preventivo y la poca coordinación entre Servicios Sociales, Sanidad y Educación.

5.- La escasez de medios para un trabajo real y eficaz con las familias biológicas.

6.- La falta de políticas y programas a favor de las familias.

7.- Articular desde la Asociación, los niveles locales, provinciales y autonómicos.

Dificultades en el proceso de preparación del niño para el acogimiento familiar

Alicia Manchón Echauri

Residencia de Menores Las Acacias, Madrid

Desde hace muchos años se vienen desarrollando en los Centros de Menores dependientes del Instituto Madrileño de Atención a la Infancia, programas destinados a preparar a los niños para dejar la residencia y acceder a un acogimiento familiar, ya sea de duración determinada, indeterminada o preadoptivo.

Estos programas están basados en el trabajo interdisciplinar en equipo, formado por el psicólogo, el trabajador social y los educadores y suelen realizarse en varias fases:

Tras el ingreso del niño en la institución comienza la **fase de evaluación** en la que se realiza el estudio psicológico, sociofamiliar y educativo del menor y se realiza un proyecto educativo y un plan individualizado de trabajo. En este proyecto educativo, se fijan los objetivos psicológicos, educativos, escolares, médicos y sociales a trabajar con el menor y su familia, con el objetivo prioritario de lograr una institucionalización lo menos prolongada posible y un retorno a la familia de origen una vez superadas las causas que motivaron el internamiento.

Para ello, además del trabajo de los profesionales de la Residencia, se efectúa un trabajo coordinado con Servicios Sociales, Centro de Salud Mental, Centro de Atención a la Infancia, centros escolares y cuantas instituciones sean necesarias para lograr el objetivo propuesto.

Transcurrido un tiempo prudencial, variable en cada caso y en las revisiones periódicas que se realizan en la residencia, se evalúan los progresos realizados y el nivel de consecución de objetivos y se realizan las previsiones de futuro sobre cada caso, informando de todo ello a la Comisión de Tutela del Menor y a las instituciones intervinientes.

En los casos en que no sea previsible un retorno a la familia y se prevea un largo internamiento, se evalúa la conveniencia de realizar una propuesta de acogimiento familiar, que evite la institucionalización prolongada.

Comienza entonces la **fase de preparación del niño** para el acogimiento familiar y de la familia biológica, (nuclear o extensa) en caso de que exista.

No se propone esta medida a todos los niños. Se realiza una valoración teniendo en cuenta, entre otros factores, la edad, que parece ser un factor determinante (a mayor edad, mayor porcentaje de fracasos), el sexo (se devuelven más niños que niñas), los años de internamiento (a mayor tiempo de internamiento mayor porcentaje de fracasos), las experiencias vividas (se devuelven más los niños con trastornos de conducta de tipo disruptivo que los que presentan trastornos psicológicos del tipo de la deficiencia mental), la presencia o ausencia de hermanos, ya sea en el mismo Centro o en otro, los vínculos con padres y hermanos, la aceptación o el rechazo de la familia biológica y la aceptación, temores, fantasías y posible rechazo del niño ante el acogimiento.

Al analizar desde la experiencia de varios años, las dificultades con que nos encontramos en el proceso, podemos agruparlas en tres apartados:

- 1.- Dificultades inherentes al niño y su familia biológica.

2.- Dificultades inherentes al proceso administrativo-legal.

3.- Dificultades inherentes al proceso de compatibilización entre el niño y la familia acogedora.

Cuando hablamos de las dificultades inherentes al niño, tenemos que fijarnos en primer lugar en el tipo de niños que, desde los centros se proponen para acogimiento familiar. Nos referiremos aquí a los niños mayores de tres años, que son los que con mayor frecuencia se suelen proponer desde las residencias.

Suele tratarse de niños que han sufrido experiencias vitales anteriores al internamiento bastante negativas (negligencia, maltrato psicológico y/o físico, abusos, abandono), que configuran una personalidad de tipo abandonico, a la que hay que sumar los efectos derivados de la institucionalización, más o menos prolongada.

Con estos niños hay que realizar un trabajo de preparación psicológica en el que para que el acogimiento tenga éxito tienen que cumplirse los siguientes objetivos:

1.- Asumir su historia personal pasada.

2.- Elaborar el duelo por su situación de abandono.

3.- Elaborar el duelo por la imposibilidad de volver con su familia.

4.- Integrarse en un contexto institucional, adaptarse a sus normas y crear vínculos.

5.- Imaginarse un futuro alternativo y deseárselo.

6.- Desvincularse emocionalmente de su familia biológica idealizada.

7.- Elaborar los sentimientos de angustia, negación, miedo y culpa.

8.- Desvincularse progresivamente de la institución.

9.- Vincularse progresivamente a la familia acogedora.

10.- Compatibilizar, en algunos casos, los sentimientos entre su familia biológica y su familia acogedora.

La relación con la familia biológica va a tener un peso decisivo en el proceso, facilitando y "dando permiso" al niño, o boicoteando e impidiendo el acogimiento.

Todo este proceso necesita ser sostenido, apoyado y elaborado por el equipo profesional de la institución durante un período de tiempo indeterminado, cuya duración viene marcada por el proceso administrativo-legal.

En los casos en que el acogimiento se realiza con la aprobación y el consentimiento de la familia biológica, el proceso suele tardar un tiempo breve y la duración suele ser determinada (generalmente períodos de 6 meses renovables).

Cuando la familia biológica no da su consentimiento, o no es posible localizar a los padres o no se puede precisar la duración del acogimiento, el procedimiento tiene que pasar por la vía judicial y cumplirse una serie de plazos legales.

Este procedimiento judicial, sumado al tiempo que transcurre desde que en el centro se realiza la propuesta de acogimiento, hasta que se selecciona una familia idónea para el niño, hace que en la mayor parte de los casos puedan transcurrir bastantes meses desde la propuesta hasta el primer encuentro entre acogedores y niño.

Hay niños que no pueden sostener el deseo de otra familia durante tanto tiempo. Se han visto tan decepcionados por los adultos durante tanto tiempo y han visto incumplir tantas promesas que no pueden confiar en las afirmaciones de los adultos del centro sobre la posibilidad de una nueva familia y en algunos casos han preferido volver con una familia biológica negativa, pero real. Por otra parte, la enorme variabilidad de las situaciones sociales de estos niños hace que, en algunos casos, en el tiempo transcurrido desde la propuesta hasta la primera salida, padres ausentes vuelvan a aparecer y los niños se aferren otra vez a unos padres que los han decepcionado mil veces pero en los que están dispuestos a creer de nuevo, rechazando cualquier otra alternativa.

Cuando, una vez transcurrido el tiempo oportuno, se ha encontrado la familia idónea, comienza la **etapa de compatibilización** entre el niño y la familia acogedora.

Esta etapa es muy delicada. En ella se tiene que producir una adaptación paulatina a la realidad por ambas partes. Los acogedores tendrán que ir renunciando al niño idealizado que buscaban y aceptar ser los cuidadores y reparadores del niño real y generalmente dañado que reciben. El niño tendrá que adaptarse a una realidad nueva para él, la de unos padres que le quieren y que le ofrecen modelos de referencia y convivencia muy distintos a los que hasta ahora ha tenido.

Hay niños que no pueden permitirse ser acogidos. A pesar de sus manifestaciones externas, siguen ligados psicológicamente a unos padres inexistentes idealizados, que, están convencidos, volverán en cualquier momento con ellos. Cualquier manifestación de afecto y acercamiento de los acogedores será vivida como una amenaza a ese vínculo idealizado y abrumados por la culpa, harán todo lo posible para ser devueltos, ya sea robar a los acogedores, hacerse pis todos los días, mostrarse rebelde u hostil o manifestar claramente su deseo de volver con su familia biológica, aun cuando ello sea materialmente imposible.

Si el niño ha podido construir durante su vida un modelo interno de padres "buenos", podrá aprovechar la oportunidad que el acogimiento le ofrece y crecer emocionalmente. Si no ha podido construir estos modelos internos, comenzará entonces un proceso largo y en ocasiones muy doloroso, en el que el niño pondrá a prueba una y otra vez el afecto de los acogedores, hasta que sea capaz de confiar en ellos y en no volver a ser abandonados.

El proceso de acogimiento familiar es de una complejidad psicológica muy alta y las dificultades que aparecen durante el proceso pueden provenir de fuentes muy distintas. En los últimos años se ha apreciado un importante aumento de las devoluciones de acogimiento. Sería necesario realizar una investigación en profundidad sobre las causas de estas devoluciones para poder establecer mecanismos preventivos y favorecer el éxito de esta alternativa, que, en los múltiples casos en que resulta satisfactoria, ofrece a los menores la oportunidad de encontrar algo básico e imprescindible que nunca han tenido: una familia.

CALIDAD DE LA ASISTENCIA A NIÑOS EN SERVICIOS RESIDENCIALES

Experiencia de evaluación del proceso educativo de los menores en hogares funcionales

Estíbaliz Muzás Rubio
Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz

Desde el curso 1994-95, el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz ha firmado un convenio de colaboración con el Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo para desarrollar un sistema de registro y evaluación de los menores acogidos en los ocho Hogares Funcionales que de él dependen. En esta intervención se tratará de mostrar el sistema desarrollado, así como algunos datos que se han ido recogiendo.

PLANTEAMIENTOS METODOLÓGICOS

Para desarrollar este sistema se partió de la necesidad de adoptar una serie de prioridades que se comentarán brevemente:

- Aportación a una metodología de intervención para el cambio. En el ámbito de los menores que deben ser acogidos en hogares sustitutos no caben planteamientos estandarizados sobre sus necesidades. Cada educador debe establecer para cada menor sus específicas necesidades. De ahí que la evaluación del menor tanto inicial, como continua y final, sea una necesidad primordial para plantear el tipo de intervenciones y estrategias a desarrollar en cada caso particular. Se trata, por tanto, de optar por una metodología que permita, desde el primer momento y con la adecuada intensidad, una intervención educativa que no pretenda la asistencia pasiva, sino el cambio, en el sentido de crecimiento y desarrollo.

- Aportación a una evaluación de programas en vertiente de resultados. La evaluación de los menores no sólo tiene una utilidad directa para el educador en cuanto que le permite realizar el programa educativo individualizado del modo más ajustado. Una segunda utilidad consiste en explorar en conjunto los resultados que los menores van obteniendo en sus indicadores de desarrollo, de tal modo que estos datos se convertirían en un *input* importante para una evaluación de resultados.

- Participación de los profesionales. El sistema de evaluación de cualquier programa requiere considerar a los participantes o partes implicadas. En este caso, el sistema de evaluación surge como consecuencia de las aportaciones de los profesionales implicados, lo cual ha permitido ir implementándolo sobre las preocupaciones reales de quienes lo han de utilizar. Cabe incluso pensar en que podamos incorporar a los menores con posterioridad.

PROCEDIMIENTO

Para comenzar el trabajo, se decidió reunir a los profesionales, educadores, psicólogos, etc., para consensuar el tipo de objetivos que deben ser prioritarios en el trabajo residencial con los menores. Si este aspecto quedaba claro, sería más fácil evaluar el progreso que los menores van realizando mientras permanecen acogidos. Estos objetivos se clasificaron conforme a un esquema propuesto, que se basaba en un determinado modelo de evaluación.

Por lo que respecta a la evaluación y seguimiento del menor en el contexto residencial se propone el modelo de evaluación planteado por Fernández-Ballesteros y Staats.

En él se contemplan como aspectos explicativos del desarrollo del comportamiento una serie de variables que pueden convertirse en los núcleos de interés de evaluación. Si lo interpretamos en cuanto a la intervención con menores tendríamos los siguientes grupos de variables relevantes:

- 1.- Historia personal y familiar.
- 2.- Historia de desarrollo físico y de salud.
- 3.- Evaluación psicológica (desarrollo y personalidad).
- 4.- Registros evolutivos del comportamiento en cada contexto:
 - 4.1. Contexto familiar.
 - 4.2. Contexto escolar.
 - 4.3. Contexto residencial.
 - 4.4. Contexto comunitario.
 - 4.5. Contexto laboral.
- 5.- Registros evolutivos del desarrollo físico y salud.

Vistas así las cosas, podríamos clasificar los objetivos de intervención en los siguientes grupos:

- Desarrollo personal: referido al desarrollo de habilidades y de una personalidad madura y equilibrada. Como evaluación inicial estarían los datos de los tres primeros grupos. El punto tres serviría, además, como evaluación periódica (en amplios intervalos) del nivel alcanzado. El punto cinco permite realizar el seguimiento del desarrollo físico de forma periódica.

- Adaptación a los diferentes contextos: comportamiento equilibrado en los ambientes familiar, residencial, escolar, laboral y comunitario. El comportamiento actual en cada uno de los contextos que "envuelven" al menor se va registrando en un seguimiento pormenorizado que se basa en la observación cotidiana del educador y su recopilación de información a través de otras personas (familiares, profesores, etc.).

RESULTADOS

Desde el mes de marzo de 1995 los hogares funcionales vienen realizando el seguimiento de los menores mediante un registro sistemático que incluye para cada contexto (familia, colegio, residencia, laboral, comunidad y cuestiones de salud) una evaluación mensual de los objetivos básicos. También se utiliza un registro de incidencias o sucesos relevantes en cada contexto (cambios familiares, sucesos en el colegio, enfermedades, etc). De este modo el registro funciona tanto como elemento de evaluación como de acumulación de datos de modo unificado.

La estructura del registro es la siguiente:

1. Contexto personal y familiar

- 1.1. Situación administrativa (recoge datos de las resoluciones y medidas acordadas).
- 1.2. Situación familiar (datos de la convivencia familiar).
- 1.3. Datos personales de los padres o tutores.
- 1.4. Composición familiar (datos de la familia o núcleo de convivencia).
- 1.5. Registro de interacciones familiares.
 - 1.5.1. Visitas en el Centro.
 - 1.5.2. Contactos telefónicos o postales.
 - 1.5.3. Contactos residencia-familia.
- 1.6. Evaluación de objetivos del contexto familiar (los siguientes puntos engloban varios ítemes de evaluación).
 - 1.6.1. Vinculación familiar.
 - 1.6.2. Cooperación de la familia.
- 1.7. Registro de incidencias del contexto familiar (acontecimientos relevantes o cambios familiares).

2. Contexto residencial

- 2.1. Datos del ingreso (motivo, fecha, etc.).
- 2.2. Datos del grupo o subgrupo de convivencia dentro de la residencia.
- 2.3. Evaluación de objetivos en la residencia (cada punto de los siguientes engloba de cinco a diez objetivos básicos).
 - 2.3.1. Autonomía personal.
 - 2.3.2. Integración social.
 - 2.3.3. Desarrollo de habilidades.
 - 2.3.4. Relación afectiva.
 - 2.3.5. Relaciones sociales externas.
- 2.4. Registro de incidencias en la residencia.

3. Contexto escolar

- 3.1. Datos del centro escolar en que realiza sus estudios.
- 3.2. Situación escolar (nivel, rendimiento, actividades, etc.).
- 3.3. Calificaciones escolares (se registran durante todo el curso).
- 3.4. Evaluación de objetivos en el colegio (mediante observación del tutor).
 - 3.4.1. Integración social.
 - 3.4.2. Actitud hacia el aprendizaje.
- 3.5. Registro de incidencias del contexto escolar.

4. Salud, historia y seguimiento

- 4.1. Datos generales (de exploraciones iniciales al ingreso).
- 4.2. Vacunaciones (historia y registro).
- 4.3. Vista y oído.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Efectividad

La efectividad tiene que ver con el grado en que un programa alcanza sus objetivos. Se relaciona con lo que Scriven denominaba valoración descriptiva, es decir, que utiliza criterios de calidad que emanan de lo que el propio programa se impone a sí mismo como objetivos a alcanzar. Lógicamente la evaluación de la efectividad depende del tipo de objetivos que cada programa se plantea, lo que hace relativamente endeble la utilización de este único criterio.

En el caso de las residencias trataremos de abordar la cuestión de esclarecer los objetivos que se deben plantear. Antes que nada, como meta general, sería plausible asumir que las residencias son un recurso que intenta aportar un contexto de desarrollo para el menor que, por diversos motivos, carece de él. Este concepto, ampliamente difundido desde la ecología del desarrollo de Bronfenbrenner (1979), es especialmente relevante, puesto que su esencia consiste en el potencial educativo que un determinado ambiente proporciona a un menor en desarrollo.

Puestas así las cosas ¿cuáles serían los objetivos generales a alcanzar? En primer lugar, el desarrollo personal del menor, que a su vez se podría desglosar en un desarrollo intelectual (cognitivo y del lenguaje), un desarrollo afectivo emocional y un desarrollo de habilidades instrumentales y sociales. En segundo lugar, se sitúa el objetivo de una adecuada adaptación y desenvolvimiento en los diferentes contextos esenciales como el familiar, el escolar, el laboral (en su caso), el comunitario y el de la propia residencia.

Para evaluar el desarrollo personal se puede recurrir a las más o menos tradicionales evaluaciones psicológicas, si bien estableciendo el criterio metodológico de realizar un estudio fundamentalmente idiográfico, donde el sujeto es comparado en los momentos de entrada y salida de la residencia. Esta estrategia evita la exclusiva interpretación normativa, en la cual los menores de nuestra población salen perjudicados por cuestiones sociales, y permite una evaluación de la ganancia o pérdida de desarrollo que la medida residencial ha podido producir. Algunos aspectos que deben ser evaluados son la inteligencia, mediante escalas tipo Wechsler, el lenguaje, la autoestima, las habilidades sociales, etc.

Para evaluar la adaptación a los distintos contextos se debería establecer una metodología de evaluación más continuada, capaz de detectar las fluctuaciones en el comportamiento que se producen, en ocasiones, en breves intervalos de tiempo. Por otro lado, la adaptación a los contextos hace referencia fundamentalmente al comportamiento del menor, por lo que se podría proponer una metodología de observación, por ejemplo utilizando escalas de apreciación (donde el evaluador califica al sujeto tras un determinado periodo de observación). La observación cotidiana que los educadores realizan en su trabajo es un recurso especialmente aprovechable. Por poner un ejemplo, una adaptación al contexto escolar requeriría una asistencia continuada, un adecuado uso de los materiales, unas relaciones apropiadas con compañeros y profesores, una participación en actividades deportivas y de ocio, etc. Todo ello podría evaluarse mediante una escala de cumplimiento de estos objetivos educativos con la ayuda (en este caso) del profesor y cuya frecuencia podría ser mensual o trimestral, por ejemplo.

Eficacia

Se denomina así, en el ámbito de la evaluación de programas, al estudio de los posibles efectos de la intervención o programa, estén o no dentro de los objetivos. En este caso, y siguiendo los conceptos utilizados por Scriven, se tratará de utilizar valores o criterios descriptivos. La tarea consiste en enjuiciar el programa con criterios generales acerca de lo que se considera beneficioso. En este caso, tratándose de menores, podría evaluarse hasta qué punto la experiencia ha resultado positiva para ellos, en qué grado ha solucionado su problemática personal y familiar, si está libre de efectos "iatrogénicos", qué consecuencias ha tenido para la familia, hasta qué punto respeta los derechos del menor recogidos en legislaciones diversas, etc. Se trata de una evaluación de resultados producidos por el acogimiento residencial, independientemente de los objetivos establecidos.

Esta evaluación requiere cierto distanciamiento del evaluador con respecto a los responsables del programa e ir más allá de los objetivos en el estudio de los efectos del programa. Se podría proponer la recogida de una serie de variables que operacionalizaran las cuestiones anteriormente expuestas y que incluso permitieran un seguimiento a medio y largo plazo del efecto del acogimiento residencial.

Eficiencia

La eficiencia es una cuestión relativamente concreta, comparada con las anteriores, ya que se refiere al coste (en ptas.) por unidad de intervención. Para programas residenciales podría establecerse el coste por sujeto cogido, utilizando para ello el coste plaza/mes, por ejemplo. Este tipo de criterios es especialmente importante ya que los programas son más valorables cuando alcanzan igual o mejor rendimiento que otros con un menor coste. Es evidente que esta medida, por tanto, es inseparable de una adecuada evaluación de eficacia y efectividad.

EVALUACIÓN DEL PROCESO

Evaluar los programas atendiendo a los resultados suele ser una estrategia útil cuando se pretende realizar una valoración sumativa, es decir, dirigida a establecer un juicio de calidad. Sin embargo, en el contexto de la intervención social, donde no existe una tradición de programas como en la educación o la sanidad, por poner un ejemplo, las evaluaciones suelen estar más interesadas en conocer el funcionamiento del programa para realizar las modificaciones oportunas. Se trata, pues, de una evaluación formativa. Para ello, no basta con saber los resultados que produce la intervención, sino (además) el tipo de proceso (actividades, organización, recursos, funcionamiento, ...) que el programa ejecuta para alcanzar sus fines. ¿Puede dudar alguien del servicio al menor? Por poner una muestra del tipo de cuestiones que permitiría responder ¿no será cierto que los resultados negativos obtenidos por los dispositivos residenciales se han debido a una pésima y desenfocada forma de llevarlos a cabo?

Ya hemos propuesto en otros lugares (Fernández del Valle, 1992, 1993) que una metodología basada en enfoques ecológicos es particularmente apropiada para abordar la valoración de un contexto residencial. El tipo de variables que se podrían estudiar serían:

- Sociodemográficas: descripción del tipo de población atendida y del tipo de personal

con que se cuenta.

- Diseño físico y equipamiento: lugar, construcción, equipamiento, confort, etc.
- Organización: documentos reguladores, funciones, plantilla, turnos, dinámica de trabajo, etc.
- Psicosociales: llamando así al estudio de la percepción que los habitantes del contexto tiene acerca del clima social, las relaciones y el apoyo existente.
- Comportamentales: actividades que se realizan, situación social y lugar en que ocurren (en grupo, con educadores, etc.).
- Interacciones: estudio de las interacciones fundamentales: menor-educador, menor-familia, educador-familias, comunidad-menor, etc.

Si somos capaces de ir desarrollando una evaluación integral, es decir, de proceso y de resultados, habremos logrado, al fin, ponernos en situación de tomar decisiones (sin duda urgentes) acerca del rumbo y papel que las residencias de menores deben asumir en el actual contexto del sistema público de servicios sociales. El diseño se encuentra en la actualidad en desarrollo en hogares y residencias dependientes del Ayuntamiento de Vitoria y Junta de Castilla y León.

BIBLIOGRAFÍA

- BRONFENBENNER, U. *The ecology of human development*. Massachusetts: Harvard University Press, 1979.
- BULLOCK, R.; LITTLE, M. ; MILLHAM, S. *Residential care for children: a review of the research*. London: HMSO, 1993.
- FERNÁNDEZ DEL VALLE, J. Evaluación de programas residencias de servicios sociales para la infancia. Situación actual y aportaciones de los enfoques ecopsicológicos. *Psicothema*, 1992, nº 4, p. 531-542.
- FERNÁNDEZ DEL VALLE, J. La evaluación de contextos ambientales. Su aplicación a la valoración de programas sociales. En: Navalón, C.; Medina, M., editores. *Psicología y trabajo social*. Barcelona: PPU, 1993, p. 437-445.

Atención específica a los menores desde el centro de primera acogida

Vicente Tinajero Morales
Centro de Acogida de Hortalez, Madrid

El Centro de Acogida es un recurso especializado, diseñado para dar atención temporal y con carácter de urgencia a niños y adolescentes privados de la necesaria atención material, afectiva, educativa, por incumplimiento, insuficiente o inadecuado ejercicio de los deberes parentales de protección, y cuya situación no puede remediarse en ese momento. Permanecerán en el Centro durante el tiempo estrictamente necesario para efectuar un diagnóstico y propuesta de futuro, o bien, si ello fuera posible, hasta la solución del problema que motivó el ingreso. En esta definición, podemos observar tres características y tres funciones:

CARACTERÍSTICAS

La urgencia

Los ingresos en el Centro de Acogida deben estar determinados siempre por problemas y situaciones de urgencia, cuya solución no pueda alcanzarse en ese momento.

Inexistencia de un recurso más apropiado

Sólo se producirá el ingreso en el Centro de Acogida si en ese momento no hay posibilidad de otro recurso (por ejemplo, familia colateral).

Temporalidad

El Centro de Acogida siempre es un recurso transitorio en el que el menor permanecerá el mínimo tiempo posible.

FUNCIONES

Acogida

Es el momento del primer contacto del menor con el Centro, y supone un momento de ruptura, especialmente grave, en el que pueden darse en el menor sentimientos como pérdida del vínculo afectivo y/o de sus señas de identidad, autoinculpación por la situación,

inseguridad, etc. Estos sentimientos pueden provocar conductas negativas como llanto, rabietas, huidas, agresiones, depresión (inhibición, apatía, negativa a comer, etc.), o bien la adaptación a través de la indiferencia, con la que se puede desenvolverse en la institución.

Ante ésto, la labor del Centro de Acogida y del educador que acoge al menor debe enmarcarse en los siguientes objetivos:

- Acoger al niño respetando el inevitable sufrimiento.
- Darle explicaciones de lo sucedido.
- Evitarle la sensación de pérdida de su propia historia.
- Dejarle conservar las huellas de su situación anterior.
- Proporcionarle cuidado y bienestar físico, sabiendo que es la primera manera de darle seguridad. Todo ello sin imposiciones.
- Hablarle del futuro de manera esperanzadora.
- Facilitar la expresión de sus conflictos.
- Facilitar el conocimiento del espacio físico, utilizando para ello preferentemente el juego como elemento de acercamiento, pues a través de él caen muchas barreras y defensas, reducen la tensa situación a un código que los niños conocen, y pueden hacer partícipes a los otros niños del grupo y a los adultos.

Diagnóstico

Esta función es la que va a definir, en última instancia, la existencia de este tipo de Centros. Para llevar a cabo este diagnóstico, se requiere un trabajo planificado y colectivo, que nos permita realizar una valoración correcta del caso y una propuesta de futuro óptima.

El diagnóstico del caso de un menor internado y de su familia, se produce a partir de las aportaciones de los técnicos encargados del caso (psicólogo, asistente social, médico, maestro) tras estudiar el mismo, y de las informaciones facilitadas por los educadores que atienden al menor y obtenidas a través de la observación y la convivencia diaria.

La Comisión de orientación es el órgano multiprofesional de evaluación, reflexión y decisión acerca de todos y cada uno de los casos que constituyen los menores acogidos y sus circunstancias personales, familiares, educativas y sanitarias. Es el núcleo central de toda la información y las decisiones que se establecen en el Centro.

Esta Comisión, compuesta por directora, subdirector, asistentes sociales, educadores, psicólogo, profesor y médico se reúne tres veces por semana, y tiene dos grandes líneas de actuación u objetivos generales:

- Estudio y derivación del caso de cada menor, en el tiempo más breve posible y con las mejores garantías de éxito en la alternativa que se propone.
- Actuación específicamente educativa mientras el menor permanece en el Centro.

En el primer objetivo se trata de establecer una alternativa concreta y variable para cada caso, en función de las condiciones previas y del pronóstico que puede realizarse a partir de los datos que se poseen. Es un intento de proporcionar a cada menor la situación que posibilita su mejor desarrollo integral como persona, a partir del momento en que sea dado de baja en el Centro.

Con el segundo objetivo nos proponemos hacer frente a las necesidades psicológicas, educativas y afecto-relacionales de los menores en el corto, pero relevante espacio de tiempo que permanecen en el Centro. Para ello, se implementan toda una serie de recursos educativos que son aplicados de manera muy individualizada, en función de las demandas propias de cada alumno, así como de la alternativa que se va formulando para él, a medida

que avanza el estudio de su situación general.

La propuesta elaborada será el final de todo un proceso de trabajo multidisciplinar, en el que no sólo estará implicado el personal del Centro, sino que, dependiendo del caso, también lo estarán los servicios sociales de la zona, Servicio de Salud Mental, colegio público, etc.

Educativa

Esta función viene dada por la permanencia de los menores durante un tiempo determinado en el Centro, y se da desde el momento en que se está incidiendo sobre el menor en aspectos tales como la adquisición de hábitos, valores, etc.

Esta pretensión educativa se organiza en torno a la vida cotidiana, entendiéndola como el contexto en el que es posible la intervención del educador con el grupo de niños, con el objetivo de proporcionar a los niños unas experiencias similares en lo fundamental a las de cualquier niño de nuestra sociedad, que les garanticen la adecuada satisfacción de sus necesidades biológicas, afectivas y sociales, transformando el Centro en un marco seguro y acogedor que favorezca su desarrollo como persona, su autonomía, cooperación, etc.

¿Cómo organizamos la vida cotidiana?:

- Distribuyendo adecuadamente los espacios.
- Organizando el tiempo, los horarios, las rutinas.
- Intentando establecer relaciones de calidad en las interacciones del niño con los adultos y con su grupo básico de convivencia.
- Proporcionando aquellas experiencias básicas de las que todo niño disfruta (comer, dormir, jugar, ir a la escuela, excursión, etc), a través de las cuales el niño se desarrolla personal y socialmente.
- Intentando incorporar en el menor los hábitos y normas de la vida diaria (comida, higiene, aseo, sueño, vestido, etc.), dependiendo en cada caso de la edad del menor.

Desde el Centro de Acogida, en consonancia con las líneas básicas de actuación definidas en la política de protección y defensa del menor que rigen en la Comunidad de Madrid, se impone una política de prevención para no llegar a situaciones límites, tratando los problemas allí donde se generen e intentando en última instancia que no se rompan los vínculos familiares y sociales de los menores que ingresan.

Así, en caso de conflicto, la resolución siempre ha de buscar el beneficio del menor y la salvaguarda de sus intereses estará siempre por encima de cualquier otro interés. Se protegerá al menor interviniendo sobre el medio (familiar, social, etc.), teniendo claro el objetivo de que el niño pueda volver con la familia lo antes posible (ayudando a la familia a salir de sus dificultades).

Cuando las condiciones familiares supongan un grave peligro para el niño, la separación tendrá un carácter provisional mientras subsiste la dificultad. Para su superación se canalizarán todas las ayudas a la familia biológica, encaminándose éstas a resolver sus problemas como núcleo de convivencia preferentemente. Si ésto no fuese posible, se tenderá al internamiento breve, acogimiento familiar temporal y/o al acogimiento temporal.

Criterios asistenciales en hogares infantiles

Andrés Esteban Arbués

Universidad de Sevilla

Aunque la terminología no llegue a ser totalmente convincente en este campo, el nombre de "hogar infantil", entre otros que progresivamente han ganado terreno, ya refleja, en principio, unas disposiciones psicoeducativas diferentes de las más "asistenciales" que han estado vigentes en centros con otros nombres antiguos (inclusa, hospicio, casa-cuna, ...). Se entiende en relación a instituciones destinadas a niños necesitados de una atención completa en un medio residencial. Acogen a niños con una fuerte problemática socio-familiar, no estrictamente económica (su carácter es distinto al de internados o residencias para alumnos de más edad con propósitos de promoción cultural). Esos centros sólo se hacen necesarios cuando no son viables ayudas para mantenerlos en su entorno familiar y social o no hay lugar para alternativas en otros ámbitos (tutelas-adopciones).

Se insertan en una red de servicios sociales con apoyo en recursos públicos y privados (factor importante en sí mismo). Conviene tener siempre presente y abierto un abanico de alternativas, dando respuestas diferentes para niños y situaciones diferentes. Es básica, para la configuración de los criterios asistenciales, la vocación de mayor o menor extensión temporal de permanencia en el centro. El centro ha de tener al respecto criterios dinámicos y flexibles, conjugando posibilidades de reorientación de la asistencia y prioridades en cada caso. A la vez, la permanencia previsible condicionará en gran medida las variables asistenciales.

Así, es importante concretar los criterios en función de que vaya a ser dominante:

- Un acogimiento provisional (si lo provisional no se alarga), como ayuda pasajera y/o trampolín para otras alternativas.

- Un acogimiento más estable, que puede llegar a ser muy central para el niño, preferentemente como complemento o subsidiariedad (el niño tiene otras referencias y vinculaciones familiares), no tanto como sustitución.

Conviene asimismo no confundirlos en la práctica (no alterar en exceso la organización de los segundos con intrusiones en ellos de los primeros, en cuanto a ritmos perturbadores de altas y bajas, etc.).

Si bien los cuidados físicos en los centros infantiles suelen estar bien cumplidos en nuestra sociedad, es difícil evitar que el niño resulte maltratado psicológicamente al vivir en una institución, es difícil que ésta no comporte maltratos, aun no siendo deseados y procurando evitarlos. La situación se hace especialmente aguda en niños pequeños. Por ello, además de las búsquedas de otras soluciones cuando fueren posibles, hace falta dirigir detenidamente la atención a las diversas variables que van influyendo, sin descuidar un seguimiento continuado de las mismas, con enfoques multidisciplinares, para dar respuestas adecuadas a los requerimientos "educativos" -en sentido integral y amplio- de los niños según sus edades y conjunto de características personales y sociales. Esto, fácil de decir, es de una complejidad extraordinaria y nunca está de más replantearlo. A grandes rasgos (sirva a modo de caricatura), se trata de "desinstitucionalizar" la asistencia (hacia pequeñas comunidades); no proceden ni grandes centros con niños almacenados-apelotonados, con

personal de poca preparación, escaso y superinstalado (situaciones dominantes anteriormente), ni demasiados trasiegos, con personal frío y sesgadamente profesionalizado (riesgos más recientes).

Ha de irse creando y renovando un clima donde el niño encuentre seguridad y tenga buenas oportunidades de apertura a experiencias (con énfasis propios en afectividad y conocimiento). Ayuda al respecto considerar unas líneas destacables:

- Masificación -intimidad/individualidad: la masificación implica aislamiento en desatención, la persona se pierde en el barullo (aun aparentemente ordenado). Potenciamos los valores de la intimidad, que no quiere decir soledad, sino interrelaciones desde bases personalizadas (integrando pertenencia y autonomía).

- Necesidades de constancia -y de variaciones: combinar ambas adecuadamente es saludable, analizando en qué y cuándo procede defender y procurar más una u otras, en los cuidados asistenciales físicos y de todo tipo. Las dialécticas humanas de estabilidad y cambio son especialmente delicadas en las situaciones de los hogares infantiles, respecto a cada niño y a los grupos de convivencia (con márgenes razonables de estabilidad ambiental y de costumbres, en armonía con las situaciones familiares de los niños).

Estas líneas han de adaptarse a cada lugar, de forma sistémica y contextualizada; no tanto o sólo para suplir deficiencias como para optimizar las fuerzas favorables, dadas las desventajas que padecen los niños. Es esencial contemplar la panorámica de variables, con un trabajo interdisciplinar pendiente de su concreción en cada sitio y momento, al no haber un modelo único de hogar infantil ni situaciones iguales.

Las siguientes categorías, que por supuesto recogen realidades muy interconectadas, pueden valer como una guía por cierto no exhaustiva (presentadas de modo sucinto y cuya extensión relativa se debe sólo a intereses expositivos). Si bien ninguna variable es quizá por sí sola decisiva, de modo aislado, en su conjunto todas tienen peso y posible largo alcance, merecen así tratamientos cuidadosos, respetuosos y no simplistas.

Ambiente físico

Variables en relación con arquitectura (emplazamiento retirado o urbano, en qué barrio; edificio propio, grande o pequeño, o pisos; con qué características). En cualquier caso, han de resultar módulos acogedores de tamaño "habitabile" (aun en las poco agraciadas "colmenas" de tantos barrios hay espacios de intimidad). Los arreglos no han de consistir en revestir con ostentación edificios de estructura inconveniente. (De modo ilustrativo, es impropio colocar jarrones lustrosos, mesitas o sofás en pasillos que semejan corredores de hoteles caros, como alguna vez se ha hecho en algunos conatos desde preocupaciones sociales burdamente renovadoras; eso sí, seguía habiendo dormitorios desmesurados y masivos y falta de salas de estar, etc.). Si hay zona exterior, se abren muchas posibilidades interesantes apenas explotadas (como sucede en parques públicos y en otros espacios abiertos), que aquí podrían actualizarse con cierta facilidad.

Detalles en decoración y mobiliario, en calidad y utilización (por ej. acceso a zonas como cocinas y servicios, dormitorios acogedores y otras estancias atractivas de convivencia, pasillos, etc.). No hay que olvidar la significación psicológica de tantos elementos cotidianos (por ej., empleo de espejos, de pequeños muebles de uso personal, ...).

Disponibilidad de materiales variados, incluyendo posibilidades de elección al adquirirlos y utilizarlos siempre según las edades: ropa, juguetes, dinero de bolsillo, material escolar, etc. No es cuestión de una abundancia indiscriminada sino de favorecer una

vitalidad de forma personalizada. Siguen teniendo múltiples implicaciones educativas y siguen requiriendo agilidad de decisiones por parte de los educadores y, en general, en las interacciones de y con los niños.

Personal

Cualificación (preparación que incluye actitudes y cualidades personales) y dotación suficientes; situación laboral -profesional, voluntariado permanente u ocasional- y sistemas de remuneración o gratuidad de servicios; organización de horarios (en relación a los grupos de niños, sobre todo si la permanencia de éstos no es corta); organización razonablemente congruente y flexible de funciones (delimitación sin rigidez) y estabilidad o alternancias y variaciones de las mismas; participación e iniciativa en la gestión; clima de trabajo interdisciplinar y en equipo.

Obviamente, hay aquí variables fundamentales, pues sobre el personal recae la calidad de relación interpersonal en el trato con los niños. En especial, hay problemas delicados respecto a quienes tienen encomendadas tareas asistenciales de convivencia (entre otros, compaginar la vida "personal" y "profesional").

Grupos

Número de miembros, distribución de sexos y edades (en educadoras/es y niñas/os), unión de hermanos, etc.

En esta categoría confluyen variables de modo crucial. Las dialécticas de estabilidad y cambio se muestran aquí con gran relieve. Las aportaciones necesarias de afecto y de estimulación conectan fuertemente con las formas de continuidad de algunas figuras estables (sin que tengan que acompañar las 24 horas ni todos los días).

Actividades

En relación a escolarización, salidas del centro, actividades en el centro. En esta amplísima gama, y también de forma básica, algunas necesitarán planificación y medios especiales (dispersión en centros educativos, transporte, algunas fiestas, ...), todas han de entrar en un seguimiento muy inmerso en lo cotidiano (facilitando regularidades y variaciones en los aspectos pertinentes, animación y sosiego, iniciativa y demás necesidades de crecimiento).

Relaciones con la familia

Contactos en el domicilio -salidas- y en el centro. Lógicamente, han de favorecerse en general (salvo excepciones, por ejemplo, de malos tratos constatados y previsibles), sin perder la visión del conjunto de los niños y de las repercusiones en los demás (en algunos casos los niños con menor o peor vinculación pueden necesitar un trato compensatorio).

VARIABLES COMO LAS APUNTADAS CONFORMAN UN SISTEMA QUE PIDE UN SEGUIMIENTO EN UNA DINÁMICA SIEMPRE ABIERTA.

Calidad de la asistencia a niños en servicios residenciales: (algunas pistas indicativas, extractadas del ideario del Colectivo Galego do Menor)

Jesús Medín Roca
Colectivo Galego do Menor

NUESTRA MISIÓN: EL BIENESTAR DEL MENOR

Buscar soluciones que favorezcan, lo antes posible, una estable integración socio-familiar de los menores:

- 1.- Asumir la provisionalidad de la medida del internamiento, evitando, siempre que se pueda, las institucionalizaciones prolongadas.
- 2.- Colaborar con los servicios sociales y con la familia, preferentemente biológica, y si no extensa o ajena, que pueda hacerse cargo del menor.

"¡Necesito, lo antes posible, una vida familiar sana, y que no me falle!"

"¡Ah!, y recuerda, que cuando se trate de mí, mis necesidades son más importantes que vuestras historias de adultos."

SUPERACIÓN DEL MODELO BENÉFICO-ASISTENCIAL

Luchar por una digna y completa financiación pública de los servicios sociales para menores:

- 3.- Mantener ante la Administración y ante nosotros mismos, una postura de exigencia para financiar dignamente los diversos capítulos que completan la atención a los menores.
- 4.- Dignificar nuestro status como centros. No somos el último recurso.

"¿Sabes? Tengo mis derechos. No necesito de la caridad, y, como todos, disfruto más de las pequeñas amistades que de las grandes campañas. Yo no quiero ser distinto de los demás niños. Quiero un trato de igual a igual."

PERSONALIZACIÓN DE LA RELACIÓN EDUCATIVA

Individualizar el trato educativo para favorecer una relación afectiva que eduque en la felicidad cara a la autonomía personal de los menores:

- 5.- Recomendar los grupos pequeños como favorecedores de la personalización educativa.
- 6.- Disponer, como mínimo, de un educador por cada 5-8 menores.
- 7.- Optar por el sistema de convivencia implicada con los menores.

"¡Quiero sentirme querido, ser importante para alguien! ... pero eso no

significa que pueda hacer lo que me de la gana, o que me lo des todo hecho. Necesito que me marques unos límites y que me ayudes a espabilar."

NORMALIZACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA

Igualar, al máximo posible, la vida diaria de estos menores con el resto de la población infantil:

8.- Cobertura normalizada de las necesidades primarias.

9.- Coeducación y flexibilidad en las edades de admisión, para evitar innecesarias separaciones de hermanos.

"Quiero ser tan normal como cualquier otro niño: llegar a casa y contar durante la comida lo que me ocurrió en la escuela, quiero tener ropa bonita, ir contigo de compras, salir al cine, que me lleven al médico, ... y muchas cosas más, ..."

INTEGRACIÓN SOCIAL

Educar para la convivencia, abriendo el Centro a la sociedad e integrando a los menores activamente en su entorno:

10.- Escolarizar a los menores fuera del Centro en el cual residen.

11.- Integrar a los menores en actividades de tiempo libre, y otras, fuera del Centro.

"Quiero convivir con todos siendo uno más entre ellos. Ir al cole del barrio, participar en actividades, que los niños vengan a visitarme, ..."

PARTICIPACIÓN DEL PROPIO MENOR

Ir haciendo consciente al menor, de acuerdo con su edad, de su situación y de las previsiones realistas de futuro:

12.- Tener en cuenta la opinión del menor, en la medida de sus posibilidades, a la hora de tomar decisiones significativas.

"Quiero saber qué va a ser de mí el día de mañana y, para eso, tienen que tener en cuenta mi opinión."

PROFESIONALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Reflexionar sobre la propia realidad educativa para tratar de mejorar la calidad de la intervención:

13.- Aplicación del Proyecto Educativo del Centro, de los Proyectos Educativos Individualizados.

14.- Formación permanente de los educadores

“¡Oye! ¡No me dejes con cualquiera! Quiero que me eduquen bien, que me ayuden mucho escolarmente para que de mayor no abusen de mi, que me acompañen en los momentos difíciles, y, sobre todo, ¡quiero que lo pasemos muy bien juntos!”

ADECUACIÓN DE LOS EDIFICIOS A LOS MENORES

Organizar y distribuir espacios arquitectónicos que permitan una vida, lo más parecida posible, a la de un hogar familiar:

- 15.- Edificios adaptados y especializados únicamente para la atención a menores.
- 16.- Disponer de hábitats cómodos: habitación con un máximo de cuatro camas, WC no masificados, salas de estar y comedores para grupos reducidos.
- 17.- Las dependencias de los educadores deben estar junto a las de los menores.

“De no poder vivir en familia, me gustaría estar en una casa lo más parecida posible al resto de las casas del vecindario en el que resida.”
“¡Ah! y disponer de una habitación bonita en la que pueda colocar mis cosas.”

RESPECTO A LA VIDA PRIVADA Y A LA IDENTIDAD DE LOS MENORES

Respetar la identidad del menor y preservar su intimidad y privacidad, evitando su “etiquetación”:

- 18.- No utilizar la imagen de los menores para uso público, (en medios de comunicación social, propaganda...).
- 19.- Tener en cuenta, y respetar, el mundo cultural, religioso y lingüístico del menor.

“Guardar celosamente mi intimidad. Me da mucha vergüenza que ventiles por ahí mis problemas y los de mi familia. Aunque no te guste o no lo entiendas, por favor, respeta mi mundo, mis creencias, mi lengua, ...”

PREVENCIÓN

Favorecer la permanencia del menor en su entorno social, buscando mejorar su situación socio-familiar y personal:

- 20.- Propiciar y colaborar en programas preventivos, priorizando el trabajo y el apoyo a las familias de los menores.

“Para entenderme bien tienes que conocer de cerca mi familia y querer mejorarla.”

DISTINTOS MODELOS ORGANIZATIVOS DE LOS EQUIPOS DE INTERVENCIÓN

Experiencia de un equipo interdisciplinar de apoyo técnico en la administración a los profesionales que intervienen en el campo de la infancia y adolescencia en alto riesgo

Angels Alier Fabregó, Montserrat Cusó Torelló, Carmen Llaó Llussà, Miguel José Martos Tovar, Lourdes Molina Hernández, Dolors Prats Martínez
Departamento de Bienestar Social, Generalitat de Catalunya

El marco legal catalán respecto a la protección de la infancia, establece en el decreto 338/86 de regulación de la atención a la infancia en alto riesgo social, la creación de los Equipos Interdisciplinarios de Atención a la Infancia y Adolescencia, compuestos por asistentes sociales, psicólogos y pedagogos, estableciendo, así mismo, el régimen jurídico de los mismos.

Los Equipos de Atención a la Infancia tienen una doble dependencia institucional:

- orgánica: que corresponde a los entes locales, comarcales o supracomarcales,
- funcional: que corresponde a la Generalitat de Catalunya.

Con la creación de los EAIAs se pretende atender a las necesidades de la infancia y adolescencia, optimizando los recursos existentes e implementando la creación de nuevos.

El decreto de creación de los EAIAs delimita las siguientes funciones:

- 1.- Atención individualizada a los menores que se encuentran en una situación de alto riesgo social: estudio, valoración y programa de intervención y seguimiento.
- 2.- Apoyo comunitario con la finalidad de concienciar a los agentes sociales sobre el tema de la infancia en alto riesgo social y la colaboración en los programas comunitarios sobre infancia.
- 3.- Colaboración institucional dando respuesta a las demandas realizadas por otros organismos del bienestar social y de la infancia.
- 4.- Apoyo a los profesionales, asesorando y orientando a los distintos profesionales de su sector en relación con temas de maltrato social, especialmente a los técnicos de los Servicios Sociales de Base.

Con la finalidad de garantizar el desarrollo y la articulación del encargo se crea la Unidad de Apoyo Técnico a los EAIAs, formada por profesionales de diferentes disciplinas, cuya tarea se desarrolla básicamente en tres grandes bloques:

- 1.- Apoyo y asesoramiento técnico
- 2.- Estudio de las necesidades sociales vinculadas al alto riesgo psico-social.
- 3.- Conocimiento y análisis de los recursos disponibles.

Por razones de limitación de tiempo, nos limitaremos a desarrollar el primer punto.

Desde nuestro equipo, entendemos que el apoyo técnico a los EAIA pasa por tres vertientes distintas:

CONTROL

Por el hecho de desarrollar nuestra tarea dentro de la Administración Pública, garantizar la eficacia de los equipos en el cumplimiento de las funciones delegadas (seguimiento y validación del proceso de estudio y valoración de las situaciones de alto riesgo psico-social) y adecuación de las medidas de protección adoptadas.

INFORMACIÓN

Teórica a nivel específico (pedagógica, psicológica y social), jurídica y administrativa (cambios de circuitos, etc).

ELEMENTOS DE SUPERVISIÓN

En cuanto a aportar elementos de reflexión al equipo en situaciones confusas o difíciles, o cuando éste se encuentra sometido a una gran carga emocional, desde una instancia externa al equipo.

En este contexto, los objetivos perseguidos por este equipo de apoyo técnico serían:

- mejorar la competencia del equipo en el cumplimiento de su tarea;
- ayudar a distanciarse del caso, a fin de elaborar la propuesta más adecuada para el menor, posibilitando de esta forma, el incremento de la capacidad de reflexión;
- incorporar elementos técnicos que ayuden a la toma de decisiones;
- facilitar el consenso de los miembros del equipo, ante las distintas percepciones y valoraciones personales y profesionales.

Desde nuestra experiencia profesional hemos observado en ciertos momentos, que el EAIA necesita en mayor medida esta ayuda por parte de nuestro equipo:

- cuando el EAIA inicia su funcionamiento como equipo;
- en la toma de decisiones, cuando éstas implican la posible separación del menor de su núcleo familiar, especialmente en los casos de bebés, y en general, cuando no existen indicadores de alto riesgo psico-social que estén ya afectando al menor;
- cuando los menores procedentes de familias monoparentales con dificultades añadidas despiertan en el profesional sentimientos de solidaridad y compasión hacia el progenitor/a, en detrimento de los intereses del niño;
- cuando se hallan frente a menores que viven situaciones de carencia y deterioro cronificadas que les producen un profundo malestar y la familia niega la existencia de dificultades e impide el acceso de los profesionales;
- en los casos de menores víctimas de presuntos abusos sexuales en el seno de la familia, que provocan en los profesionales fuertes dificultades para el abordaje, el análisis y la valoración, paralizando a menudo, la toma de decisiones, en espera de que éstas se tomen desde instancias judiciales;
- cuando los progenitores de los menores presentan conductas extremadamente violentas, provocando temor en los profesionales de los distintos ámbitos de intervención y

conductas de evitación;

- en los casos de adolescentes que forman parte de familias con pautas educativas muy rígidas, que les impiden crecer, provocando enfrentamientos muy destructivos, tanto para el menor como para su familia. En estas situaciones es difícil conjugar y equilibrar los intereses y derechos de cada una de las partes.

De todo lo expuesto anteriormente, el Equipo de Apoyo, ofrece una visión a menudo de *alter ego*, en lo relativo a:

- señalamiento de los derechos de los padres;
- señalamiento de los derechos de los niños, desde una visión más globalizadora e integradora, que supere la idea del bienestar de los niños basado en la mera satisfacción de las necesidades materiales;
- contemplar la familia como un recurso en sí misma y respetar las opiniones de los diversos miembros que la componen;
- tener en cuenta en todo momento la edad evolutiva y la vinculación del niño con su propia familia, así como su motivación para un cambio, ponderando los aspectos positivos y negativos que comportaría una separación de la familia;
- recordar en todo momento la presencia de la ley en relación con los aspectos anteriores y señalar que a pesar de que el objetivo sea bueno, no todas nuestras intervenciones, aunque bien intencionadas, provocan salud en el niño;
- securizar al EAIA como equipo de protección a la infancia frente a la hostilidad y la incomprensión de la comunidad, sobretodo cuando realiza propuestas de separación del niño de su núcleo familiar o, contrariamente, de culpabilidad si no ha podido evitar una situación de maltrato infantil.

La intervención de los profesionales de Apoyo no debe inmiscuirse en la dinámica del equipo, ni en su ideología (no hay equipo sin ideología), los tabús y los mitos.

De la experiencia de apoyo a los EAIA hemos podido observar distintas formas de hacer que diferencian los equipos entre sí. De una parte, algunos se muestran extremadamente autónomos, mientras que otros se colocan en una situación de excesiva dependencia. Entre uno y otro extremo, hay un amplio espectro (equipo autosuficiente, equipo con un marco teórico muy propio, equipo muy protector, equipo más garantista, etc.).

En el marco de supervisión en la institución, la figura del supervisor es impuesta en el equipo. Por lo tanto, la intervención de los profesionales de Apoyo está muy condicionada a su aceptación por parte del EAIA. Esta aceptación tiene que ver con elementos de tipo personal (empatía, hostilidad hacia el profesional referente), así como otras características ligadas a la orientación teórica y a la profesión del técnico referente.

Organización de equipos de protección de menores

José Miguel Sánchez Redondo

Dirección General de Servicios Sociales, Comunidad Autónoma de Castilla y León

PROBLEMAS ACTUALES RELACIONADOS CON LA ORGANIZACIÓN

En los últimos años se han acumulado en Protección de Menores expedientes de muy diversa procedencia. Desde el año 1983, en que comienza a realizarse la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas de servicios y recursos como los centros del I.N.A.S., del Consejo Superior de Protección de Menores, y desde la publicación de la Ley 21/87 por la que se modifica el Código Civil y las competencias de los Tribunales Tutelares de Menores, se incorporan numerosos expedientes obrantes en dicho organismo.

Por otra parte, se ha modificado el marco legal, y comienza a producirse una literatura técnica que exige transformaciones en el contenido y en la forma de la acción protectora. Algunos de los más importantes problemas en el funcionamiento de los servicios de protección a la infancia en éstos momentos son:

- Falta de criterios para tomar decisiones, especialmente cuando un menor debe ser objeto de actuaciones protectoras por cada una de las Administraciones Públicas. Un 50% aproximadamente de los casos están en protección por motivos exclusivamente ligados a la pobreza, cuando otros departamentos de la administración han aumentado sus competencias y recursos en este área.
- Inadecuada definición de sus funciones como equipo y como servicio.
- Elevado número de casos por profesional, siendo excesivo el número de casos cuya problemática es la falta de recursos materiales, mientras no llegamos a detectar un gran porcentaje de los casos de graves malos tratos, especialmente los de abuso sexual, los de negligencia con niños de 0 a 4 años, los maltratos psicológicos, y los maltratos físicos en niños de edad preescolar.
- Enormes dificultades de coordinación institucional¹. Los niños pasan de técnico en técnico según la medida principal que se adopte en cada momento: internamiento en centro, acogimiento familiar, en su familia, etc. Mientras los equipos de protección de menores estén organizados en función de los recursos más que en función de los clientes, unos técnicos se hacen cargo de los menores que están en centros, otros de los que están en acogimiento familiar, etc.
- No existen instrumentos específicos para la evaluación del maltrato y sus determinantes familiares.
- Existen enormes dudas, lagunas e imprecisiones en los procedimientos y en la coordinación con jueces y fiscales, debido a un marco jurídico en cambio profundo, lento y doloroso (¿Para cuándo la Ley del Menor?).
- La formación de los profesionales de protección sobre los conocimientos actuales en

¹ ALONSO VAREA, J.M. Entre la homeostasis social y la protección a la infancia. *II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. 1991, Vitoria.

torno al maltrato apenas acaba de comenzar².

NUEVOS PRINCIPIOS Y CONCEPTOS A TENER EN CUENTA

Características especiales del servicio

- Centrado en el niño y focalizado en la familia.^{3 4}
- A corto plazo tiene que proteger la integridad del niño, y a largo plazo garantizarle una integración familiar adecuada⁵.
- Se enfrenta con usuarios que no colaboran, tratan de ocultar su comportamiento, no tienen conciencia del problema, no tienen motivación para el cambio, y no piden ni aceptan ayuda.
- Tiene como responsabilidades críticas la detección y la evaluación para la toma de decisiones.
- Puede hacer uso de una fuerte autoridad administrativa para proteger la autoridad del menor y buscar la colaboración de las autoridades judicial y policial.
- Requiere la permanente disposición para atender casos de urgencia.

Desamparo y maltrato infantil

En la legislación española se contempla la figura del “desamparo” como la situación de incumplimiento de las obligaciones de los padres para con los hijos. Por otra parte, existe una literatura técnica que se refiere al término “maltrato”, y es preciso vincular conceptualmente ambos términos.

Podríamos decir que el desamparo incluye todas las situaciones de maltrato y las de renuncia de los padres a la tutela de su hijo, que puede no ser un maltrato.

Desamparo, tutela y protección voluntaria

Si todas las situaciones de maltrato pueden calificarse de desamparo, tendrían que dar lugar a la acción tutelar de la Administración. Sin embargo, la mayoría de las intervenciones protectoras se realizan contando con una cierta colaboración de los padres, tras su petición.

Para solucionar ésta disonancia hablaremos en adelante de situaciones de **desamparo** cuando no contemos con la efectiva colaboración de los padres o tutores, y de **riesgo de**

² BRITISH ASSOCIATION FOR SOCIAL WORKERS. *Guide to policy and practice in the management of child abuse*. Birmingham: British Association for Social Workers, 1988.

³ BRITISH ASSOCIATION FOR SOCIAL WORKERS. *Guide to policy and practice in the management of child abuse*. Birmingham: British Association for Social Workers, 1988.

⁴ CHILD WELFARE LEAGUE OF AMERICA. *Standards for service for abused or neglected children and their families*. Washington: Child Welfare League of America, 1989.

⁵ BRITISH AGENCIES FOR ADOPTION AND FOSTERING. *Planning in child care: a guide for team leaders and their teams*. London: British Agencies for Adoption and Fostering, 1988.

Contrato de servicios

El compromiso escrito que asumen los responsables de colaborar en el plan de caso, incluidos los padres.

FUNCIONES DE LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN DE MENORES

Protección de menores: trabajo de caso

Recepción, investigación y evaluación de los casos de su ámbito territorial, manteniendo contacto personal con el menor y su familia. Propuesta de Plan de Caso incluidas medidas protectoras. Gestión de recursos y de la aplicación de las medidas contenidas en el Plan de Caso. (Entrevistas, consultas, negociaciones y contratos con los padres y con los familiares y profesionales implicados). Revisión de expedientes.

Protección de menores: coordinación institucional

Participar en los órganos de coordinación local. Promover ante las instituciones que actúan en la zona el desarrollo de recursos y actividades encaminadas a proteger a los menores en riesgo de desamparo, y a detectar y derivar los casos graves.

Trabajo con centros: asesoría y coordinación

Especialización. No se realizan directamente terapias por el personal del equipo, y cuando sean necesarias para completar la acción protectora, se recabará de la administración competente, o se realizará a través del recurso específico de Protección de Menores que se haya dispuesto para circunstancias concretas.

Maltrato infantil: 1. Investigación epidemiológica en el gran buenos aires. 2. Tratamiento con familias maltratadoras - evaluación

María Inés Bringiotti
Universidad de Buenos Aires

INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN EL GRAN BUENOS AIRES

El partido de Avellaneda está ubicado en el Gran Buenos Aires, límite con la Capital Federal, con una población de 350.000 habitantes, de los cuales 77.850 tienen entre 0 y 13 años. Se trata de una zona industrial, con población mayoritariamente de bajos recursos incluyendo varias villas o asentamientos habitacionales precarios.

Para el desarrollo de esta investigación se determinó una muestra representativa del sector educación (guarderías maternas, jardines de infantes y escuelas primarias), respetando los niveles de riesgo (alto, mediano y bajo) y sus jurisdicciones (provincial, municipal y privadas). La población ascendía a 185 instituciones y la muestra alcanzó a 75.

Se confeccionó una encuesta para los docentes, que debía ser completada 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 concurrencia de más de un tipo, lo mismo se indicaba para los casos de sospecha. Estos datos estaban discriminados por edad, sexo, grado, partido o jurisdicción. Al mismo tiempo se indicaban para cada caso los factores de riesgo conocidos. En este caso se establecieron los indicadores por la bibliografía relevantes 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 observan 3,2 ocurrencias por chico. De acuerdo al tipo de maltrato encontramos: 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%), falta de control parental (6%).

Encontramos dificultosa la discriminación entre los reales casos de abandonadores físicos de sus hijos y aquellos sometidos a situaciones de extrema pobreza como ocurría en gran parte del partido de Avellaneda.

El bajo porcentaje de abuso sexual no coincide con los casos atendidos por los servicios de violencia familiar, entre los docentes, surgieron todo tipo de tabús y el temor que al mencionar el caso se vieran obligados a denunciarlo.

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; familia monoparental; alcoholismo y alto número de hijos (191 familia hasta 3 hijos, 292 entre 4 y 6, 135 mas de 7).

TRATAMIENTO CON FAMILIAS MALTRATADORAS - EVALUACIÓN

En la 2ª etapa se implementó un tratamiento de abordaje múltiple en una escuela del

partido. Este consistía en el trabajo simultáneo con: grupo de padres maltratadores, grupos de chicos maltratados y seguimientos semanales domiciliarios a cargo de visitadoras familiares. En nuestro país se han organizado diferentes servicios de Atención de Violencia Familiar, que reciben las derivaciones pertinentes. Sin embargo no se registran antecedentes de salida a la comunidad a detectar casos de maltrato infantil. Este fue el aspecto más valorado del abordaje, de otra manera estos chicos no hubieran sido atendidos.

Con el grupo de padres y los 2 grupos de chicos se trabajó 4 meses (16 reuniones). Las visitadoras domiciliarias cubrieron a las familias por un plazo de 7 a 10 meses, según los casos.

La escuela derivó inicialmente 31 familias que fueron evaluadas por el equipo diagnóstico: en 4 casos no se confirmó la ocurrencia de malos tratos; 12 casos manifestaron fuerte oposición o no reunían las condiciones; en 5 casos hubo mudanzas y deserciones y con los 10 restantes se conformó el grupo de padres.

Grupos de padres maltratadores

En todos los casos sus hijos manifestaban graves problemas de aprendizaje y conducta, por lo que los padres fueron invitados a participar en un trabajo con los profesionales para abordar las dificultades de sus hijos.

La citación no fue realizada desde su carácter de maltratadores ya que en nuestro contexto ello generaría la rotulación y señalamiento frente al resto de los padres y la no colaboración por parte de ellos.

Se realizaron reuniones de 2 a 2 horas y media; una vez por semana al terminar el horario de clases en la misma escuela. En 3 casos se otorgaron viáticos para garantizar la concurrencia.

Los temas trabajados fueron:

- Planteo y resolución de problemas.

- Autocontrol.

- Cómo ejercer la disciplina con los hijos sin recurrir al castigo físico (ej. *tie out*, retirada de privilegios, etc.).

- Nociones del desarrollo evolutivo del niño y sobre alimentación, salud, vacunación.

- Análisis de los derechos del niño.

Coordinados por una asistente social y una psicóloga.

Grupos de niños maltratados

Se conformaron 2 grupos, de 3 a 7 años y de 8 a 13 años.

La inclusión de los niños fue altamente beneficiosa ya que los padres sintieron realmente que toda la familia debía cambiar pautas y que a los niños también se le realizaban señalamientos. Con los niños se desarrollaron una serie de técnicas expresivas (dibujo, corporales, juegos, ...) y la aplicación de tests (dibujo familiar, esquema corporal), y cuando fue necesario, ante sospecha de abuso sexual, hora de juego con muñecos sexuales.

Sobre todo se trabajó con ellos el planteo de situaciones potencialmente peligrosas y su manera de enfrentarlas, así como evitar situaciones conflictivas en el seno familiar y en su relación con los otros. Las coordinadoras fueron dos psicopedagogas.

Este trabajo fue replicado fuera del esquema de tratamiento aquí presentado para la rehabilitación de chicos maltratados en otros contextos con éxito.

Visitadoras domiciliarias

Cada profesional cubría 2 familias, realizando 1 visita semanal en el horario convenido y reiterando la visita ante una eventualidad. Fue un aspecto muy esperado del tratamiento estableciéndose fuertes vínculos con la profesional y "preparándose" para esperarla. Tres asistentes sociales llevaron a cabo las visitas.

Características de las familias

Los factores asociados detectados más importantes fueron: familias monoparentales, 2 casos; alcoholismo, 3; drogadicción, 2; bajo nivel intelectual, 4; depresión, 3; ansiedad, 2; malos tratos en la infancia de los padres, 5; violencia conyugal, 4; problemas económicos graves, 5; aislamiento social, 3 casos; media del número de hijos, 3.

Materiales de evaluación

- Cuestionario de Ansiedad (Estado de Spielberger, 1970).
- Inventario de Depresión de Beck, 1967.
- Ajuste Marital (Equipo del País Vasco, 1990).
- Apoyo Social (Vaux y Harrinson, 1987).
- Calidad de la historia personal de crianza (Altermeier, 1970).
- Potencial para el Maltrato Físico (Milner, 1980).
- Problemas de conducta en el niño (Achenbach y Edelbrok, 1983).
- Escalas de Observación, Bienestar del niño, Estimulación y Calidad del Entorno Hogareño (Magura/Moses, Home).

Resultados de la evaluación

- 1.- Evaluación clínica de cada familia: presentaban coocurrencia de malos tratos:
 - M.F./A.S./M.E. 3 casos (1 mejora), (2 sin cambios, separación de los chicos del hogar).
 - M.F./A.E. 2 casos (1 mejora), (1 mejora sólo M.F.).
 - M.E./A.F./M.E. 4 casos (2 mejora total), (1 sin cambios en A.F.), (1 mejora M.E.).
- 2.- Evaluación según factores asociados:
 - Ausencia de conciencia del problema: 5 casos (2 sin cambios).
 - Falta de motivación para el cambio: 3 (2 sin cambio).
 - Alcoholismo/adicciones 3 (2 sin cambios).
 - Aislamiento social 3 (1 sin cambios).
 - Problemas Psíquicos 5 (2 sin cambios).
 - Problemas económicos 5 (2 sin cambios).

En algunos casos los objetivos propuestos se lograron parcialmente, pero los 2 casos en los que prácticamente no hubo ningún tipo de cambios se debió plantear la separación de la familia, dada la presencia de abuso sexual junto con otras formas de maltrato y

negligencia.

3.- Evaluación standarizada de las familias:

- Potencial para el Maltrato: Pre: 41.8; Post: 26.4.
- Depresión: Pre: 16.0; Post: 11.8.
- Ansiedad: Pre: 28.6; Post: 23.8.
- Soporte Social: Pre: 46.6; Post: 49.8.
- Ajuste Marital: Pre: 149.0; Post: 73.4 (Se produjeron 3 separaciones).
- Percepción de los problemas en el niño: Pre: 88.4; Post: 69.3.

Sistema de atención a la infancia de especial protección

Juan Manuel Pascual
Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz

ANTECEDENTES

El balance de la experiencia del Servicio de Infancia y Familia durante los últimos 14 años, junto al estudio y análisis de la Red de Detección y Atención de Menores en riesgo realizada por el Departamento de Bienestar Social en 1994, han propiciado la modificación del Sistema de Atención a la Infancia de especial protección en el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

PRINCIPIOS GENERALES

La nueva estructura organizativa intenta sustentar la intervención en los casos de infancia en riesgo en los siguientes principios generales.

- Inserción de la intervención con infancia en una red polivalente.
- Existencia de especialización en algún punto de la red.
- Multidisciplinariedad de las intervenciones.
- Trabajo en equipo.

CONTEXTO

La ciudad de Vitoria-Gasteiz cuenta en la actualidad con una población de 215.049 habitantes, de los cuales 43.144 son menores de 18 años, cifra que representa el 20,06% sobre el total de habitantes.

El Departamento de Bienestar Social del Ayuntamiento, entre sus recursos, cuenta con una Red de Atención constituida por:

- Una red polivalente formada por:
 - . Los Servicios Sociales de Base (10 zonas con 19 trabajadores sociales) integrados en Centros Cívicos.
 - . El Servicio Social de Urgencias, que atiende urgencias sociales en horas de oficina y todo tipo de situaciones cuando el resto de servicios están cerrados.
- Una red especializada representada por el Servicio de Infancia y Familia, que, entre otros recursos, cuenta con un Equipo dedicado a la identificación y valoración de menores y familias en situación de desprotección (1 psicólogo y 2 asistentes sociales).

OBJETIVOS

El modelo de intervención se propone conseguir los siguientes objetivos:

1.- Realizar valoraciones en todos los casos de infancia de especial protección, previas a la intervención a llevar a cabo.

2.- Realizar valoraciones, lo más próximas en el tiempo al momento de la aparición de la crisis o del conocimiento del caso.

3.- Involucrar a los Servicios Sociales de Base en el trabajo con casos de Infancia de Especial Protección, en todas las fases del proceso.

4.- Llevar a cabo un seguimiento y evaluación periódica de todos los casos de protección sobre los que se intervengan en cualquiera de los niveles de la red.

5.- Responder a las necesidades de los menores y sus familias con una organización coordinada de las tareas y acciones de los profesionales de los Servicios Sociales.

6.- Implantar una forma de trabajo social con familias en riesgo, lo menos aislada posible, brindando a los profesionales la posibilidad de consultar, pedir orientación, recibir apoyo y asistencia de los compañeros del Servicio de Infancia y Familia a lo largo de las diferentes fases de la intervención.

El paso al nuevo Sistema de Atención requiere poder adaptar las funciones y cubrir los déficits.

Los pasos a emprender son:

- Llevar a cabo un Plan de Formación de los Profesionales de la red de Servicios Municipales con carácter permanente.

- Cubrir las necesidades de personal y reorganizar una parte de las funciones.

- Preparar un Vademecum de uso y consulta para dichos profesionales compuesto por: *Guía de Procedimiento, Manual de Teoría y Técnica, Archivo de Hojas de Registro y Archivo de Instrumentos.*

POLÍTICA Y PLANES DE SALUD ANTE EL MALTRATO INFANTIL

El valor del contexto cultural en el niño maltratado

Oriol Vall Combelles
Hospital del Mar, Barcelona

El fenómeno de las inmigraciones, nos acerca siempre a otras culturas, a otros hábitos y otras costumbres con su folklore y sus claros-oscuros.

Así mismo las distintas creencias sobre las que se han erigido determinadas actitudes en los diferentes rincones del mundo, nos coloca frecuentemente entre contradicciones, nos desplaza de nuestras verdades y nos obliga a nuevas definiciones.

El maltrato a los niños, no es específico de las sociedades industrializadas. El abuso ha existido siempre en términos de espacio y tiempo, a lo ancho de todas las sociedades y a lo largo de la historia.

Pueblos que en un principio negaron la existencia del maltrato, más tarde han aceptado (o descubierto) abusos en su población infantil.

Si cualquier comportamiento implica un amplio grado de aceptación social por parte del grupo, los diferentes grupos miden el maltrato de una manera distinta.

Examinar lo que está bien y lo que está mal en el trato con los niños, implica poder examinar también la posible existencia de denominadores comunes.

Lograr saber los límites hasta donde se extiende cada cultura, entenderlos, traducirlos y contextualizarlos, en lo que se debe perseguir para situar el lugar del daño físico, el descuido interesado, el abuso sexual, la negligencia nutricional, el maltrato psicológico, o el abandono institucional.

Dado que la información sobre el abandono infantil o abuso sexual es muy limitada y difícil de obtener, los estudios antropológicos se han visto obligados a centrarse más en comportamientos culturales normales, como punto de referencia, de los distintos grupos humanos, que en las desviaciones de las diferentes culturas toleradas por el grupo.

La distribución entre la población mundial del abuso sexual o del abandono infantil, es una pregunta que requiere una cuidadosa investigación previa y un esfuerzo en tratar de homologar el lenguaje que se utiliza.

Podría haber acuerdo en rechazar todo lo que concierne al hecho físico del apaleamiento, las quemaduras o las graves inaniciones, cualquiera que sea la nacionalidad o etnia con la que se dialogue.

No obstante, aún así, la mayoría de los maltratos se sitúan en un lugar cuyo juicio de valor está más relacionado, con el entorno cultural y también con los diferentes hábitos que lo rodean.

No hay medidas universales sobre lo que es bueno y sobre lo que es abuso. La variabilidad en este terreno es muy alta. Cada grupo piensa en términos etnocéntricos; de

esta forma sus/nuestras prácticas y sus/nuestras creencias siempre se consideran superiores y mejores a la de los otros grupos. En este contexto, toda definición obliga a estudiar el marco cultural dentro del cual se realiza el posible abuso.

Para su identificación se aconseja el conocimiento de tres niveles operativos:

1.- Tipo de daño que repercute en el niño.

2.- Relación entre daño y el comportamiento de los cuidadores del niño. Su contribución al daño.

3.- Valoración social sobre la culpabilidad o responsabilidad.

Otros tres apartados se han propuesto para definir el maltrato desde una perspectiva cultural apropiada:

1.- Diferencias culturales. Implica el propósito de definir al maltrato en el sentido más amplio posible. Ahí están ciertas prácticas vistas como aceptables en ciertas culturas y vividas como abusivas desde fuera. Este nivel es el que presenta mayores divergencias entre distintos grupos étnicos.

2.- Idiosincrasia sobre los signos del abuso y del maltrato. En este apartado, aparte de los matices, podría haber puntos en común sobre ciertos tipos de conducta que caen claramente fuera de lo aceptable en todas las sociedades.

3.- Condiciones sociales que favorecen el daño. Pobreza, insalubridad y malnutrición, no sólo conducen a mayores niveles de maltrato, sino que ya de por sí son un tipo de "agresión" social, porque compromete el bienestar de los pequeños más allá de los cuidados de sus progenitores.

En ocasiones se han confundido estos tres niveles, mezclando aspectos que deben ser estudiados sectorialmente.

En un intento final de recordar algunos grupos de riesgo que en ocasiones no se mencionan, subrayamos los hijos de padres inmigrantes que al cambiar de entorno y añadir soledad y dificultad a su propia vida, aumentan sus conductas estrictas y el rechazo de sus propios hijos. Por otro lado, no hay que olvidar a los niños que al ser útiles económicamente incrementan la posibilidad del abuso. Nos referimos a la esclavitud en el trabajo, prostitución infantil y a los que son objeto de venta o trueque.

El maltrato, trasciende los límites nacionales y culturales. Comprender los diferentes aspectos de las múltiples idiosincrasias de cada grupo o etnia, evita malinterpretaciones y al mismo tiempo puede ayudar a definir y prevenir cualquier tipo de abuso.

Las políticas de Planes de Salud sobre el Maltrato, debería incorporar expertos y financiar estudios sobre los diferentes valores culturales que se mezclan en una sociedad plural. El fenómeno de la inmigración obliga, no sólo, a detectar formas de maltrato, sino también ayudar a comprender la nueva cultura que los acoge.

Promoción de la salud infantil

Mercedes Andrés Celma
Consejería de Salud, Generalitat Valenciana

En los últimos años, estamos asistiendo a planteamientos nuevos sobre la salud, la enfermedad, los determinantes de ambos procesos y las estrategias para promocionar la primera y prevenir la segunda. Todo ello como consecuencia de un debate conceptual, que culminó con un concepto de sanidad basado en la **promoción de la salud**.

Promoción de la salud, definida como *“el proceso de capacitar a los individuos y a las comunidades para aumentar el control sobre los determinantes de la salud y así poder mejorarla”*.

Este proceso implica no sólo la capacitación para la salud, y el reconocimiento de la importancia de los estilos de vida sobre la salud y la enfermedad, sino que destaca el valor de las políticas públicas saludables, creando ambientes que apoyen las opciones saludables, favoreciendo la acción comunitaria y el desarrollo de habilidades personales y reorientando los servicios sanitarios, todo ello evitando caer en la culpabilización al propio sujeto de su mala salud, y/o de su estilo de vida no saludable.

La Promoción de la Salud debe ir dirigida a la promoción de conductas positivas y saludables, no centradas solo en evitar la enfermedad. Cualquier iniciativa en este sentido debe ser acorde y coincidente con políticas públicas orientadas en el mismo sentido, de forma que los medios de comunicación, legislación y resto de medidas ambientales apoyen y favorezcan las opciones más saludables.

¿Se da este planteamiento cuando hablamos del Maltrato en la Infancia desde el sector salud? A través del análisis de los planes de salud de las Comunidades Autónomas, la respuesta es que **no**.

Dicha situación es planteada como problema de salud en 3 de los planes valorados, en ellos se reconoce la insuficiente información que se tiene del problema así como la necesidad de buscar escenarios que permitan la coordinación intersectorial para su prevención, y abordaje completo, pero solo en un Plan, queda recogido como un objetivo a conseguir en los próximos años.

Los niños constituyen un grupo débil y vulnerable de la población, y la buena voluntad no es siempre suficiente para garantizar la debida promoción y protección de sus necesidades y derechos, los cuales tampoco tienen mucha posibilidad de prevalecer, cuando entran en conflicto con los de otros grupos y colectivos más fuertes y organizados, de ahí la necesidad de que se establezca un compromiso conjunto de la sociedad y las administraciones con el fin de armonizar y coordinar las políticas existentes en este campo.

La salud de los individuos y los pueblos, desde esta perspectiva no es un asunto exclusivo de los profesionales sanitarios, ni responsabilidad única del Sistema Sanitario. La salud implica a todas las estructuras que influyen sobre sus determinantes y se sitúa como un **bien social**, necesitando un enfoque multisectorial, donde actúen y se comprometan los diferentes agentes sociales.

Los niños, entendiendo por niño a todo ser humano hasta los 18 años de edad, son una de las categorías más sensibles de la población, y poseen un especial interés para la promoción de la salud, tanto por que “serán los adultos del mañana”, como por lo que es

más importante desde el punto de vista de la Promoción de la Salud, que es el presente, garantizando su salud y calidad de vida durante la infancia, para que puedan disfrutar de ella.

Sin embargo una serie de cambios están ocurriendo en los últimos tiempos, con una clara repercusión sobre la infancia. Por un lado, la socialización más precoz de los niños, con una escolarización más temprana y de mayor duración, el uso intensivo de la TV, factores ambos, que juegan un papel relevante en el establecimiento de conductas y creación de valores y actitudes y por otro lado la familia punto también de referencia en los estilos de vida, ha variado, no sólo en su composición, sino en el papel que juegan dentro de ella cada uno de sus componentes.

Parece cada vez más evidente, que las conductas de las personas, y por lo tanto de los niños, vienen determinadas por sus sentimientos, valores y actitudes, y que estas conductas son el resultado, no sólo de la elección personal, sino de la estructura de la sociedad, de la presión del grupo con el que se convive, y de los patrones prevalentes de pensamientos, sentimientos y actuaciones de su entorno o medio social. No obstante, a pesar de la evidencia de lo que podríamos llamar multicausalidad en la génesis de los estilos de vida saludables, y del gran desarrollo que ha tenido la educación para la salud, donde prácticamente todos los gobiernos, nacionales y regionales han implantado programas específicos en las escuelas, casi todos los esfuerzos promotores han ido dirigidos a la necesidad de informar sobre la enfermedad y como evitarla, más que a la salud y como mantenerla.

El no tener a la salud como objetivo, ha llevado a situaciones paradójicas, en las que en función de la "prevención", algunos programas de *screening* (planteados incorrectamente) interviene negativamente en la calidad de vida y de la salud de aquellos a los que iba dirigido.

El desencanto en relación a la promoción de estilos de vida saludables ha venido cuando se ha intentado modificar conductas, o crear estilos de vida, mediante actitudes o métodos puramente didácticos, hipertrofiando los valores individuales, y olvidando los efectos que otros factores ambientales y políticos tiene sobre los mismos, adoleciendo algunos de estos métodos didácticos de un aspecto importante para su efectividad, que es la **participación** de los implicados en su definición y ejecución.

Si queremos conseguir promocionar la salud en la infancia, debemos enseñarles como cuidarse y cuidar a los demás, cómo participar en su comunidad, ayudarles a desarrollar habilidades y valores que les permita llevar una vida saludable y todo ello desde la perspectiva de programas globales e integradores, en los que estén implicados todos los factores sociales.

Desde esta perspectiva, nos parece básica la figura de un defensor o comisionado del niño, que salvaguarde sus derechos e intereses, vele por la aplicación de las leyes que los protegen, reciba sus demandas e informe a los poderes públicos para que actúen favor de los derechos del niño.

El defensor del niño, debe contribuir a crear un estado de conciencia y debate público sobre las necesidades de la infancia, sobre sus condiciones de vida y derechos, y ejercer en su caso las presiones necesarias para el desarrollo de políticas públicas coordinadas, dirigidas a la promoción y defensa de los derechos de la infancia.

BIBLIOGRAFÍA

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health promotion: concept and principles - In action - A*

policy framework. Copenhagen: WHO, 1986.

- COLOMER, C. Health Promotion. En: Spencer, N.; Lingstrom, B. *Social pediatrics in Europe*. Oxford: Oxford University Press, 1995.

- LALONDE, M.A. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Department of National Health and Welfare, 1974.

- *Ley 7/1994 de 5 de diciembre de la Generalitat Valenciana, de la Infancia*. DOG. 16 de diciembre de 1994.

- *Informe de la Comisión de Asuntos Jurídicos y de Derecho de los Ciudadanos del Parlamento Europeo*, 27 de abril 1992.

ASOCIACIONES DE MALTRATO

Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada (AMAIM)

Josefina García Cano

Motivadas por el Primer Congreso Nacional sobre Malos Tratos a la Infancia, celebrado en Barcelona en el año 1989, un grupo de personas, la mayoría trabajadoras/es en contacto directo con niños sintieron la necesidad de unirse para defender los derechos de los niños y de las niñas.

En marzo de 1990 se comenzó a formalizar la Asociación. En mayo ya estábamos constituida y empezando a trabajar.

Los principios fueron dificultosos porque la voluntad de todos los socios no era suficiente para ser lo activos y efectivos que todos queríamos, pero poco a poco y aprendiendo de otras Asociaciones que se habían iniciado antes, vamos encaminando nuestro esfuerzo al objetivo que nos proponíamos al principio: **AYUDAR A LOS NIÑOS**

Actualmente, la Asociación funciona por Comisiones de Trabajo, donde los socios van incorporándose a aquellas que creen que pueden ser útiles.

Una comisión que nos satisface bastante es la comisión de denuncias de casos y seguimiento de los mismos, pues, mediante ella, "palpamos" la realidad de nuestra sociedad y la respuesta que dan las instituciones a este problema. Nuestra actuación en ningún caso es directa. Para dar nuestra opinión sobre las experiencias que tenemos y el análisis que de ello hacemos pertenecemos a los órganos consultivos de la Comunidad Autónoma de Murcia, como por ejemplo al Consejo Regional de Servicios Sociales, representando a las Asociaciones de infancia.

Otra Comisión con bastante trabajo es la de divulgación, desde la cual se sensibiliza a la población en general y a los profesionales en contacto directo con niños, sobre la existencia y tratamiento de los malos tratos infantiles. Hemos organizado Jornadas, ciclos de charlas, conferencias, programas de radio, contacto con maestros, etc. Como evaluación a todo lo anterior hemos encontrado la necesidad de elaborar planes sobre algunos colectivos concretos, que les hagan entender el tratamiento de maltrato como un protocolo de actuación más de su trabajo. Actualmente estamos trabajando sobre una Guía de Maltrato Infantil para Maestros, que próximamente se va a repartir (gracias a las ayudas de instituciones públicas y privadas) de forma gratuita en todos los colegios de nuestra Comunidad.

Seguimos con ilusión y con muchas ideas, pero la falta de recursos, de todo tipo, nos hace ir más despacio de lo que es nuestro deseo. No por ello paramos, sino que nos motivamos para seguir cada día con ilusión de aportar nuestro "granito de arena" en ayuda de los que no saben defenderse: **SIGAMOS TODOS...**

Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos a la Infancia

Ildefonso Perojo Pérez

Asociar: Juntarse para algún fin

Asociación: Conjunto de asociados

Asociado: Que se junta a otro u otros para algún fin

Reflexionando acerca de estas definiciones, lo primero que percibimos es algo tan sencillo como la **intencionalidad** del hecho de asociarse, esta intencionalidad, en nuestro ámbito asociativo, se dirige a **prevenir el maltrato infantil**. A continuación surgen las demás preguntas, siendo la más importante ¿cómo? pero también ¿quiénes? y ¿cuántos? son los asociados para conseguir el fin.

Transcurridos siete años desde el nacimiento de la primera asociación (Asociación Catalana) para la prevención de los malos tratos a la infancia y después de un desarrollo paulatino de este tipo de asociaciones que actualmente cubren una gran parte del mapa autonómico, puede ser un buen momento para reflexionar sobre la respuesta que desde nuestra Asociación se está dando a las cuestiones planteadas inicialmente y lo que es más importante, qué dificultades surgen en el desarrollo de actividades para la consecución de los objetivos de la Asociación. Es sobre estas dificultades, fruto de un análisis en el seno de nuestra Asociación, desde donde queremos reflexionar en este marco del IV Congreso Estatal.

Antes de hablar de las dificultades, cabría reflexionar acerca del contexto o marco social en el que surgen las asociaciones que tienen como fin prevenir los malos tratos a la infancia. A este respecto se puede hablar de un punto de partida "protector", congruente con el lugar de práctica profesional de las personas, que en la mayoría de los casos, inician el movimiento asociativo. Por otro lado el momento en el que surgen las asociaciones coincide con el inicio de la consideración de la infancia como "**sujeto**" de derechos, entre otros el de ser protegida frente a los malos tratos, todo ello provoca un desarrollo de una respuesta social y política de creación de programas y servicios desde todos los ámbitos.

Teniendo en cuenta el origen mismo de cada asociación y el marco en que aparecen éstas, se pueden enumerar un conjunto de dificultades y respuestas a las mismas. Según nuestra experiencia estas dificultades derivan de la asunción de la complejidad del problema, de la necesidad de un abordaje del mismo que incluya el marco social y de la prevención como elemento clave de la acción.

La primera dificultad aparece derivada de la apuesta por una aproximación interdisciplinar en el conocimiento de la realidad del problema y las posibles respuestas al mismo. Es la elaboración y concretización de un discurso interdisciplinar lo que en muchas ocasiones ha bloqueado las estrategias de acción. A este hecho se une el sentimiento, no manifiesto, de "ser siempre mejores que las instituciones en las que se trabaja", lo que también puede ser un elemento que impide la reflexión y la acción. Este hecho ha condicionado que la mayoría de las actividades de la Asociación hayan sido de carácter formativo y de sensibilización social, generalmente a través de los medios de comunicación y con poca incidencia en la realidad social de la infancia.

Por otro lado, habría que reflexionar sobre el notable peso que han llegado a tener las relaciones con las instituciones. Éstas han estado marcadas por la necesidad que la Asociación tiene de las instituciones (subvenciones, reconocimiento, ...) y así mismo por la necesidad que las instituciones tienen de la asociación para dar validez al discurso participativo. Este doble juego puede dar una apariencia de un "lugar social" que en cualquier caso siempre será parcial. La crítica de la Asociación y de llevar a la práctica propuestas que son percibidas como beneficiosas para el bienestar de la infancia.

Junto a la influencia que desde fuera puedan tener las instituciones es importante señalar las relaciones con otras asociaciones de nuestro ámbito que con una historia e intereses comunes hemos mantenido a través de la Federación de Asociaciones. Esta vinculación hasta el momento actual ha tenido un carácter eminentemente gestor, reflejo de las dificultades internas, que para crear un discurso común y una acción de proyección social, ha mostrado nuestra Asociación.

Las dificultades descritas hasta ahora aparecen de un modo distinto en los diferentes momentos evolutivos de la asociación. En primer lugar y aunque con menos claridad se puede señalar la búsqueda de un "lugar social". En un segundo momento y cuando se intenta consolidar esta presencia social, aparecen como discusión los aspectos organizativos los cuales han llegado a tener un peso excesivo en comparación con la elaboración de contenidos que guíasen las propuestas de acción. En este sentido y como propuesta para la discusión (y según el cuadro adjunto) estaría la de separar la gestión, como conjunto de actividades que mantienen estructuralmente la asociación, de la elaboración y puesta en marcha de los contenidos.

Asociación de la Comunidad Valenciana para la Promoción de los Derechos del Niño y la Prevención del Maltrato Infantil (APREMI)

Mercedes Benac, M^a Ángeles Cerezo Jiménez

APREMI nace a partir del interés de un grupo de profesionales relacionados con el mundo de la infancia, que se ponen en contacto ante la sensibilización por los problemas del maltrato infantil, la vulneración de los derechos de los niños y la dificultad que supone la actuación en dichos campos. Informados y alentados por la Federación Española de Asociaciones de Prevención del Maltrato Infantil, se decide crear en la Comunidad Valenciana una Asociación, haciendo especial hincapié en los aspectos de promoción de los derechos del niño y prevención del maltrato, además del análisis de las actuaciones una vez los hechos ya se han producido.

En julio de 1994, se constituye en Valencia la Asociación APREMI, en una asamblea que reúne alrededor de treinta personas convocadas a nivel personal por su conocido interés sobre los temas de la infancia en distintos ámbitos. En dicha asamblea se aprueban los estatutos de la asociación y la junta directiva.

Desde entonces a la actualidad tenemos registrados ciento cuarenta socios que, según su interés personal o profesional y por el ámbito de trabajo, pertenecen al área sanitaria, jurídica, de trabajo social, policial, psicológica y de educación.

En octubre de 1994 fue inscrita en el Registro de Asociaciones de la Generalitat Valenciana y posteriormente registrada en la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales.

Según los estatutos de nuestra Asociación, ésta se constituye como entidad sin ánimo de lucro, cuya financiación se basa en las cuotas de los socios, así como en las posibles subvenciones, legados o recursos lícitos que de forma legal puedan disponerse.

APREMI tiene como ámbito de actuación la infancia y juventud, encontrándose entre sus fines: fomento de iniciativas destinadas a la defensa y protección del menor; sensibilización y apoyo a los profesionales que intervienen en este campo; promoción de la investigación sobre los malos tratos infantiles, sus causas y la magnitud del problema; fomento de las tareas preventivas en este campo; evidenciar ante la Administración y la opinión pública las situaciones de maltrato y las deficiencias observadas en las distintas etapas del proceso de defensa del menor; y la participación en el ámbito de protección de la infancia mediante su constitución como institución de integración familiar.

En diciembre de 1994 se realiza el acto de presentación pública de APREMI en la Universidad de Valencia, donde participan la FAPMI y la Asociación Madrileña de Prevención del Maltrato Infantil, a través de sus presidentes respectivos, un representante de la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales de la Generalitat Valenciana y, Don Gonzalo Anaya, profesor emérito de la Universidad de Valencia, quien pronunció una conferencia sobre "la socialización del niño en la España de hoy".

En esa fecha se solicita el ingreso de nuestra Asociación en la FAPMI, que es aprobado.

A partir de entonces la Asociación se plantea como primer objetivo darse a conocer entre la población de nuestra comunidad, difundiendo su existencia y fines, tanto a nivel personal entre gente interesada como a nivel institucional.

Para ello, se elabora un tríptico informativo donde consta información general de la

Asociación, talleres de trabajo que se proponen y boletín de adhesión para nuevos socios. El tríptico se difunde a centros de salud, hospitales, escuelas, asociaciones e instituciones relacionadas con la infancia.

Dentro del mismo objetivo prioritario de difusión de la asociación, se realiza un ciclo de conferencias que incluye; la detección del maltrato infantil, su problemática y consecuencias del maltrato infantil.

A la vez que estas actividades nos planteamos la necesidad de disponer de un local social estable donde poder reunirnos y trabajar. Para lo cual se realizan diferentes gestiones ante Consellerías competentes, ayuntamientos y Diputación.

En estos momentos disponemos de un local municipal del Ayuntamiento de Valencia para reuniones y actos diversos. Y estamos a la espera de poder conseguir un local social estable donde ubicar los archivos de la asociación y ser un punto de referencia para los socios y demás personas que deseen contactar con nosotros. También contamos con un apdo. de correos a nombre de la Asociación.

Como siguiente objetivo del programa de actividades del año 95, hemos iniciado talleres de trabajo según las sugerencias y las necesidades planteadas por los socios. Así pues, contamos con un taller de formación donde se programa la difusión del material bibliográfico que disponemos, la elaboración de folletos informativos y la realización de conferencias específicas con colectivos profesionales y de carácter general. Está en marcha el taller de sanidad que se plantea realizar un estudio epidemiológico sobre el grado de sensibilización y los problemas prácticos que se plantean, ante los casos de maltrato infantil entre el colectivo de profesionales de sanidad. Se ha programado realizar una mesa redonda multidisciplinar sobre el tema del maltrato infantil en la Sociedad Valencia de Pediatría. El taller de educación, se plantea organizar una campaña durante el curso escolar, de trabajo y difusión en la escuela sobre los derechos de los niños. En el ámbito jurídico, se ha trabajado en el estudio de la legislación sobre la infancia, colaborando con la Fundación Abogados sin Fronteras para la elaboración de sugerencias de enmiendas a la propuesta de ley de Protección Jurídica del Menor. Propuesta que se remitieron a la FAPMI para su posterior tramitación.

Hemos solicitado a diversos organismos y entidades oficiales y públicas subvenciones para nuestro programa de actividades. Habiéndonos concedido para el año 1995 una subvención por parte de la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales de la Generalitat Valenciana. También existen relaciones de colaboración profesional con la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia.

En un futuro próximo nos planteamos dar una mayor difusión de la Asociación en todo el ámbito geográfico de la Comunidad Valenciana, que permita coordinar las iniciativas individuales constatadas, para rentabilizar los esfuerzos de todas aquellas personas y profesionales interesados en el mundo de la infancia.

Pasado, presente y futuro de las asociaciones para la prevención de los malos tratos a la infancia: reflexiones desde la Asociación Vasca para la Ayuda a la Infancia Maltratada (AVAIM)

Bárbara Torres Gómez de Cádiz Aguilera, Ramón Muñoz Cano

Ahora que nuestra Asociación ha cumplido ya seis años desde su creación (Acta de Constitución del 7 de junio de 1989) pensamos que es bueno aprovechar la oportunidad que se nos ofrece en el contexto de este Congreso para hacer balance de nuestra andadura, así como de los planes que, poco a poco, vamos trazando para el futuro.

Si empezamos esta reflexión con un intento de calibrar “nuestras fuerzas”, podemos decir que, en el momento actual, AVAIM cuenta con un total de 118 socios. De éstos, ocho son institucionales y en el caso de los 110 restantes se trata de personas particulares que, en su mayoría, son profesionales de los distintos campos relacionados con la infancia (salud, psicología, pedagogía, trabajo social, educación, ...). Por otra parte, y en un sentido geográfico, nuestra estructura también se ha fortalecido de forma que contamos ya con sede en los tres territorios históricos de la Comunidad Autónoma Vasca. No obstante, en los últimos dos o tres años el número de nuestros socios ha permanecido bastante estable y, por tanto, una de las cuestiones que podemos plantearnos tiene que ver con las necesidad o no de captar más socios y, en su caso, las estrategias más acertadas para conseguirlo. Este tema está inextricablemente unido a lo que podríamos considerar como los dos principales desafíos que nuestra Asociación ha de afrontar: los problemas de financiación y el escaso número de personas con el que contamos para colaborar activamente con AVAIM.

No obstante, antes de pasar a las dificultades hablemos en positivo, esto es, de lo que AVAIM viene aportando a nuestra comunidad en relación con la prevención y la ayuda a los menores víctimas de malos tratos. A este respecto, y a pesar de que somos conscientes de la existencia de algunas “asignaturas pendientes”, creemos que el balance en estos años de funcionamiento es francamente positivo. Así, en un intento de resumir nuestra breve historia y a riesgo por ello de ser demasiado simplistas, podríamos decir que los esfuerzos iniciales de AVAIM han estado centrados, por un lado, en su consolidación interna como grupo humano organizado y, por otra, y de cara al exterior, en el desarrollo de diferentes actividades relacionadas con el tema del maltrato infantil. Con respecto al primer aspecto, son particularmente destacables las distintas tareas de los miembros de las diferentes Juntas Directivas existentes hasta el presente, así como la colaboración más puntual de otros socios; la función de la secretaria; la búsqueda de medios de financiación y la consecución de espacios físicos y medios materiales para posibilitar las diferentes actividades desarrolladas. Quizás pueda reseñarse como logro más reciente a este respecto el establecimiento de distintas Comisiones de Trabajo dedicadas a temas específicos (charlas y divulgación, boletín-revista, medios de comunicación, ...) y que esperamos poder ampliar en un futuro próximo (documentación, seguimiento de denuncias, etc.). También hemos tratado de buscar vías que fomenten la comunicación y el contacto con nuestros socios (p.ej.: boletín *Haurdanik*), aunque hemos de reconocer que no han resultado, por el momento, todo lo eficaces que esperábamos.

En relación al segundo punto, pensamos que es posible trazar una evolución clara de

nuestras actividades principales. Así, hasta tiempos relativamente recientes puede decirse que la actividad formativa ha tenido un protagonismo importante en la actuación de AVAIM. Así, con la organización de distintos cursos y seminarios impartidos por personas de reconocido prestigio nacional e internacional, creemos que nuestras aportaciones en relación a la formación más especializada en el tema de los malos tratos a la infancia han sido relevantes. Quizás a este respecto podríamos hacer cierta autocrítica en el sentido de que puede que hayamos puesto bastante más atención al ámbito profesional que al de la comunidad en general. En consecuencia, últimamente hemos procurado enfatizar nuestra actividad de cara a la sociedad en su conjunto y colectivos no profesionales. De hecho, se han venido realizando esfuerzos importantes para fomentar la sensibilización ciudadana en relación a este tema, habiéndose llevado a cabo diferentes iniciativas. Aunque, como es lógico, éstas tuvieron en un principio un carácter más esporádico, en la actualidad contamos con programas específicos de sensibilización y formación básica en materia de maltrato infantil que están desarrollándose con un carácter de relativa continuidad y que se sirven de diferentes medios y actividades (charlas divulgativas, folletos, ...).

Las relaciones de AVAIM con organismos institucionales y otras asociaciones y colectivos representan un puente de unión entre los aspectos relacionados con la consolidación propia de la Asociación y su proyección externa. En este sentido, puede decirse que, desde nuestra creación, las relaciones de AVAIM con las diferentes instituciones de la administración pública (Gobierno Vasco, diputaciones, ayuntamientos, ...) en general, se han ido incrementando y consolidando, de forma que incluso contamos ahora con convenios formales de colaboración con algunas de ellas (Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, Patronato de Euskara del Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián). En cambio, y si exceptuamos a la FAPMI y Asociaciones integradas en la misma, nuestras relaciones con otras ONGs y colectivos ciudadanos son todavía escasas y nuestros contactos y colaboraciones han tenido hasta el presente un carácter puntual.

Creemos sinceramente que hemos ido dando importantes pasos pero, como señalábamos anteriormente, también somos sabedores de las carencias que todavía se precisan cubrir y, de hecho, nuestros planes para el futuro representan un intento por alcanzar objetivos de la Asociación que todavía no han sido conseguidos. Así, entendemos que entre las principales lagunas que necesitamos abordar están:

- Conocer con el rigor y precisión suficientes la realidad del fenómeno del maltrato infantil y adolescente en nuestra comunidad. A veces nos ocurre que sabemos más de lo que hacen otros países en este tema que el estado de la cuestión en nuestro propio ámbito. La consecución de este objetivo está, sin duda, mediatizado por el fortalecimiento de la presencia, el conocimiento y relaciones de nuestra Asociación con la comunidad en general y las instituciones competentes en este tema.

- Seguir fomentando los lazos y conexiones entre la Asociación y los distintos organismos de la administración pública, así como otras ONGs y colectivos relacionados con la infancia, tratando de crear vías permanentes de colaboración y contacto.

- Establecer estrategias que nos permitan desarrollar una adecuada valoración de las actuaciones de las distintas instituciones con responsabilidad en materia de protección infantil en nuestra comunidad. Aunque ésta es sin duda una de las tareas que debemos desarrollar, a nadie escapa las dificultades que entraña si tenemos en cuenta, junto a razones más técnicas, que una gran parte de los recursos de financiación de las asociaciones provienen precisamente de dichas instituciones.

- Desarrollar actuaciones que nos permitan acercarnos más a las demandas de la ciudadanía en relación al tema del maltrato infantil sin que, a la vez, entremos en

contradicción con nuestro principio de no actuar directamente sobre menores víctimas de malos tratos.

- Desarrollar programas y actividades específicas en las que incorporar la labor de voluntarios, bien sean éstos socios o no de AVAIM.

- En este sentido, creemos también que resulta imprescindible incrementar nuestra presencia en los distintos medios de comunicación y realizarla siguiendo una estrategia planificada que asegure cierta continuidad. Hasta ahora, este aspecto se ha ido llevando a cabo de forma puntual y, generalmente, ligado a demandas de los propios medios motivadas por acontecimientos particulares (organización de cursos, jornadas, o "noticias alarmantes" relacionadas con menores).

RUPTURA FAMILIAR Y MALTRATO

La judicialización del maltrato familiar

Pascual Ortuño Muñoz

Juzgado de Familia nº 14, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Desde la óptica del derecho, la persona manifiesta su naturaleza social, en un primer grado, como miembro de una familia, y las relaciones interpersonales entre los miembros de ésta empiezan a trascender del ámbito de lo que pertenece a la esfera de la intimidad, en la medida en que los derechos fundamentales de la persona necesitan la protección de la sociedad en su conjunto, que es precisamente lo que legitima al derecho a intervenir en este tipo de relaciones que son, por su propia esencia, de naturaleza privada. Dicho de otra forma, el derecho sólo regula las relaciones sociales que son imprescindiblemente necesarias para la convivencia, por lo que el criterio de subsidiariedad impregna todo el ámbito del derecho de la familia y de la persona.

Los principios jurídicos universales de garantía del derecho a la vida, a la integridad física y a la dignidad de la persona están recogidos en lugar destacado en todos los textos constitucionales en que fructificaron las ideas de Ilustración, y en el frontispicio de las Declaraciones de los Derechos del Hombre de la época contemporánea, y aun cuando su desarrollo ha sido más llamativo en el ámbito de lo público, del derecho penal, de las convenciones internacionales sobre la tortura, la interdicción de tratos inhumanos a los prisioneros, las garantías de defensa en el proceso penal o los límites a la actuación de las fuerzas de seguridad en el uso del derecho exclusivo al ejercicio de la violencia; en el ámbito de lo privado la vigencia de tales derechos es incuestionable, si bien la índole privada del medio en que pueden acaecer las actuaciones contrarias a la dignidad de la persona, los malos tratos físicos y psíquicos, y las relaciones de violencia entre las personas que integran un núcleo familiar, representan una mayor dificultad para su erradicación de la vida social.

Año tras año leemos las escalofriantes estadísticas policiales y judiciales que ponen de manifiesto que la sociedad en la que vivimos mantiene unos índices de violencia tan elevados, como los que se derivan de las cifras que ofrece el Consejo General del Poder Judicial, para el año 1993, en el que se incoaron un total de 3.081.684 asuntos de carácter penal, respecto a una población en el territorio de la nación de 38.872.268 habitantes, a cuyas cifras hay que añadir otros 15.777 asuntos penales por hechos cometidos por menores de dieciseis años.

En estas cifras no se reflejan la mayor parte de los hechos de violencia familiar, que únicamente tienen trascendencia penal cuando media denuncia o se han producido lesiones que han requerido tratamiento médico. Permanecen en el ámbito de "la intimidad" la mayor parte de las agresiones físicas entre los cónyuges, o de los padres a los hijos, de los

abusos sexuales hacia los menores, de las violaciones y la inmensa mayoría de los malos tratos psíquicos o faltas contra la dignidad de las personas, de las cuales sólo una pequeña parte afloran en contados procesos de separación o en algunos expedientes de protección de menores.

EL MALTRATO COMO CAUSA DE SEPARACIÓN

Establece el Código Civil, en sus arts.67 y 68, tras dejar sentado el principio de igualdad entre los cónyuges, que éstos deben respetarse, ayudarse y socorrerse mutuamente, y el incumplimiento de tales obligaciones determina en nuestro derecho causa suficiente para que se decrete la separación, como así lo expresa en su primer párrafo el art.82 de este texto legal. De la misma forma constituye causa de separación cualquier violación de los deberes respecto a los hijos.

La redacción del texto legal, que data de la Ley 30/1981, de 7 de julio, supuso un importante avance respecto a la regulación anterior que, por su casuística, daba lugar a un complejo sistema interpretativo de carácter reduccionista, asimilando el concepto de malos tratos civil, al de naturaleza penal, ámbito en el que la presunción de inocencia y la dificultad de pruebas en las relaciones familiares, desembocaba en que únicamente las agresiones graves, con lesiones y asistencia médica determinarían la concurrencia de esta causa de separación. No obstante, la fórmula vigente también ha dado lugar a una línea interpretativa jurisprudencial de marcado carácter conservador, que ha generado un abundante anecdótico, que podría calificarse de pintoresco si no fuera referente de las situaciones trágicas que subyacen detrás de los casos concretos a que se refieren. Dos son las críticas que desde un punto de vista progresista cabe realizar:

1.- La primera dificultad estriba en que el texto legal mantuvo dos calificativos ambiguos: que la violación de los deberes conyugales o respecto de los hijos, fuera "grave" y "reiterada", lo que, con el substrato ideológico de muchos operadores jurídicos, para quienes el factor de "sacrificio" de la comunidad conyugal, principalmente como actitud de la mujer, continúa siendo fundamental, ha supuesto que se denegaran solicitudes de separación basadas en un único episodio de maltrato físico, pues éste debía ser reiterado, o que se minimizara el maltrato psicológico, las afrentas a la dignidad o el menosprecio al respeto mutuo. Respecto a los hijos es de considerar que hasta la reforma de mayo de 1981 los padres estaban facultados para reprenderles e incluso castigarles físicamente, y las secuelas históricas, aun desaparecidas las leyes que las consagraron, tardan mucho tiempo en borrarse del subconsciente colectivo, incluido el judicial.

2.- La segunda dificultad estriba en la imposición, a quien solicita la separación, de la carga de la prueba de unos hechos que afectan a la intimidad de las personas, y cuyo relato, como necesidad de justificación de la causa, atenta a la propia dignidad, pues se ha de dar a la publicidad la esfera íntima que representan los afectos, que en definitiva es el bien más preciado de la persona.

La necesidad de la reforma legal, abundando en la instauración del divorcio como remedio, y no como sanción, es imperiosa, sin que quienes se oponen a la supresión de la necesidad de acreditar la causa de la separación con el único argumento de que con ello se instauraría el "repudio" unilateral, merezcan más crédito que el de quienes, por vía indirecta, pretenden mantener una situación de privilegio en el mantenimiento forzoso de una relación conyugal que, basada fundamentalmente en el afecto, carece de sentido protegerla cuando éste ha desaparecido.

Es evidente que la mejor protección contra los malos tratos, físicos o psíquicos, dentro de la esfera convivencial de la pareja, es la de dotar a quien los sufre de la capacidad de romper la relación con carácter inmediato, contando para ello con la protección legal y social, y sin necesidad de sufrir el doloroso camino de tener que acreditarlos ante el juzgado. Lo anterior no implica que no deban perseguirse judicialmente las conductas de esta índole, pues para ello existen las acciones penales correspondientes.

EL MALTRATO DURANTE EL PROCESO LEGAL

Decía el penalista italiano Ferrara que la principal de las condenas que cabe imponer es el sometimiento a la propia tramitación del proceso. Glosando esta cita, y en lo que se refiere al derecho de familia y de menores, podríamos señalar que el miembro de la pareja o el menor que ha sido víctima de la violencia, sufre un segundo maltrato institucional, con ocasión de la sustanciación del pleito de familia.

La necesidad legal de justificar el maltrato como causa de separación matrimonial, o de suspensión de los derechos parentales, conlleva para quién los ha sufrido toda la violencia inherente a la posición del acusador, con las tensiones emocionales características de quien tiene que probar los hechos que alega: con frecuencia se ha de buscar el testimonio de los propios hijos, involucrándoles en una lucha de fidelidades y conflictos que van a romper todo vínculo con el otro progenitor; se ha de recabar el testimonio de amigos que, ante el dilema van a dar la espalda con frecuencia a quien les solicita su comparecencia en el juzgado; y se ha de acudir a personas extrañas al círculo de la relación familiar, como médicos, profesores de los hijos, psicólogos, vecinos, a quienes se va a hacer partícipe de un problema que pertenece al ámbito de la intimidad, con la negativa repercusión que, en la consideración personal y social conlleva el hacer partícipes a estas personas extrañas de las propias miserias familiares.

No obstante, lo anterior no es tan afrentoso como la probabilidad de tener que sufrir la agresión dialéctica que el acusado suele esgrimir en su defensa con la imputación inversa de hechos o acciones que, aun perteneciendo al pasado, o no siendo reales, puedan producir un demérito del o de la demandante. Así, es frecuente que se imputen desequilibrios psíquicos, infidelidades, drogodependencias, tachas morales, o circunstancias que sólo por una relación de intimidad anterior han podido ser conocidas por el demandado. Es usual la aportación de cartas, diarios, fotografías o testimonios de otras personas, con lo que la primitiva acusación de maltrato se convierte en un juicio sobre la moralidad o equilibrio psíquico de la víctima, cuyo descrédito social se pretende no sólo ante el juzgado, sino filtrando también esta información a amigos, parientes, e incluso a la empresa o ámbito profesional donde aquélla realice su actividad laboral.

Finalmente, el acoso económico a quien se ha atrevido a denunciar el maltrato, se añade, como un nuevo castigo, con el intento, durante el proceso, de generar una situación caótica en este terreno, con ocultación de bienes, renunciaciones de derechos frente a terceros en perjuicio de la víctima, supresión de la ayuda económica para la familia o, como en muchos casos ocurre, incrementando la violencia psíquica o física de una forma mucho más selectiva y cualificada.

CONCLUSIÓN

Ha de deslindarse la investigación y persecución del maltrato, de la esfera de los procesos civiles por separación, divorcio o ejercicio de la patria potestad sobre los hijos, y encomendar su represión a la jurisdicción penal.

La mejor prevención contra la violencia, es devolver a la institución matrimonial, y a la vida familiar, el requisito básico de su constitución, que es la voluntariedad de asumir una convivencia conjunta. El mantenimiento de la necesidad de acreditar una causa para la separación matrimonial, y particularmente, de probar los malos tratos, implica la instauración de un beneficio institucional a favor del maltratador, que va a ampararse en las dificultades de prueba de tales conductas para inferir un castigo adicional a su víctima.

¿...El interés más necesitado de protección...?

Vicente J. Ibáñez Valverde
Juzgado de Familia nº 22, Madrid

Plantear una reflexión sobre el maltrato infantil en el contexto de la ruptura familiar, como requiere el título de la mesa redonda a que esta comunicación se dirige, desde la perspectiva de un psicólogo de los de la plantilla de los Juzgados de Familia, exige en primer lugar poner en cuestión el tipo de casos que en esos órganos jurisdiccionales se atienden. Hablando exclusivamente de ruptura familiar, lo que elimina directamente toda referencia a los asuntos derivados de la aplicación de la Ley 21/87, los llamados de "protección", se trata de los pleitos de separación y/o divorcio, en los que se van a ventilar cuestiones de importancia como la atribución de la guarda y custodia, la pertinencia o no, y en su caso el tipo de régimen de visitas para el progenitor no custodio, la eventualidad de la privación de la patria potestad a uno u otro padre, la fijación y reclamación de pensiones alimenticias, etc.

En todos estos casos se presume, como referente general, que la tutela judicial tiene como fin primordial y último el de salvaguardar *"el interés más necesitado de protección"*, que según todas las referencias es el de los niños y niñas implicados, siempre como sujetos pasivos, en estos procedimientos; pero la pregunta que cada vez más, y más a menudo, nos hacemos es cuál es verdaderamente ese interés más necesitado de protección, o si realmente se invoca tan a menudo y con palabras tan altisonantes pero sin otra intención que la de enmascarar otros intereses bien diferentes.

Naturalmente, es en los procedimientos de "protección", que también se dirimen ante los Juzgados de Familia, al menos en su última y más controvertida fase, la de la "superior vigilancia judicial" de las decisiones administrativas, donde más y de manera más llamativa se hace referencia a situaciones de maltrato, al menos en la acepción más conocida del término. Pero dentro de la reducción que supone referirse exclusivamente a los casos que, para los no iniciados, aparecen como "normales"; es decir, aquellos que se refieren "sólo" a relaciones familiares, podríamos plantear que el concepto de maltrato puede surgir, o ser invocado, en dos contextos diferentes, a saber:

- Como **causa**, o antecedente, de la demanda judicial.
- Como **consecuencia** del propio procedimiento judicial.

Intentaremos, a continuación, analizar una y otra situación desde la óptica de su incidencia sobre los niños.

Cuando se invoca el maltrato como causa o antecedente de la demanda judicial

El código Civil, en su art.82, que es el dedicado a las causas legales de separación conyugal, recoge en el apartado 2º: *"Cualquier violación grave o reiterada de los deberes respecto de los hijos comunes o respecto de cualquiera de los cónyuges que convivan en el hogar familiar"*, y en el apartado 4º: *"El alcoholismo, la toxicomanía o las perturbaciones mentales, siempre que el interés del otro cónyuge o el de la familia exijan la suspensión de la convivencia"*. Con cierta frecuencia se invocan, al solicitar la separación conyugal, una

de esas dos causas, entre las siete que enumera el citado art.82 del Código Civil, centrándolas concretamente en el aspecto de maltrato que para los hijos e hijas de la pareja pudiera suponer la concurrencia de tales causas.

Por otro lado, quizás más significativo en cuanto a lo que nos ocupa, el art.92 del mismo Código Civil establece que *"... la Patria Potestad será ejercida total o parcialmente por uno de los padres"*, y, a su vez, recoge en su art.170 que los padres *"...podrán ser privados total o parcialmente de su potestad por sentencia fundada en el incumplimiento de los deberes inherentes a la misma o dictada en causa criminal o matrimonial"*, en relación con el derecho que el art.154 del mismo código, relativo a los deberes inherentes a la patria potestad, confiere a los padres de *"... corregir razonable y moderadamente a los hijos"*.

Tanto el primero como el segundo grupo de casos, cuando se refieren de un modo directo y específico a maltrato activo hacia los niños, son relativamente infrecuentes entre los que se tramitan en los Juzgados de Familia; aunque, cada vez más a menudo, encontramos referencias a presuntos abusos sexuales intrafamiliares, o a maltrato o abandono ulterior a la ruptura, desgraciada y sospechosamente invocadas en muchas ocasiones cuando el trámite judicial está bien avanzado, y probablemente relacionadas más con un intento de modificar una situación dada de relación post-sentencia entre padres e hijos, en el contexto del litigio continuado entre los interesados, que con una realidad auténtica. Suele considerarse, con todas las reservas, que probablemente sean falsas e instrumentales 9 de cada 10 referencias a abuso sexual intrafamiliar de las efectuadas después de la separación conyugal, y en el contexto de un intento de privar a uno de los padres de la relación con sus hijos.

Cuando el maltrato surge como consecuencia del propio procedimiento judicial

Este es el punto que quisiéramos subrayar, porque a nuestro juicio es precisamente el más común, y ejercido además con excesiva frecuencia en nombre de ese presunto *"interés más necesitado de protección"*, puesto que en demasiadas ocasiones los niños y niñas son los instrumentos a través de los cuales se canalizan los más profundos odios entre los padres, y aún de otros familiares. Para clarificar esta idea, seguiré la misma organización propuesta recientemente por M. Ramírez, quién hace referencia a dos tipos diferentes de maltrato: el maltrato familiar y el maltrato institucional.

En el primero de los dos casos, el del **maltrato familiar**, cabe efectivamente destacarse como un elemento altamente significativo lo que hemos dado en denominar la **cronificación del conflicto** entre los padres (u otros familiares), que hace que se utilicen a los hijos como un instrumento de mutua presión, ya para conseguir el pago de las oportunas cantidades económicas (*"convenciéndoles"* de que vayan o no con el progenitor **no** custodio en función de la puntualidad de su abono), ya en el sentido estrictamente inverso, o también como arma de *"castigo"* de pasadas rencillas.

En este punto, como dijo hace tiempo A. Coy, los hijos se ven forzados a elegir y pronunciarse *"entre las dos personas que deberían ser sus fuentes fundamentales de equilibrio emocional"*, lo que indudablemente les ha de provocar un acusado conflicto de lealtades, inseguridad y pérdida de autoestima, con la consecuente inestabilidad emocional, etc. El trascurso del tiempo no mejora esta situación, sino que provoca una polarización crónica en las relaciones parento-filiales que, con cierta ironía hemos denominado *"una nueva versión del síndrome de Estocolmo"* en una investigación recientemente publicada

(M. Ramírez, P. de Luis, V.J. Ibáñez, 1995).

¿Qué si no maltrato es el caso del niño D.A.G., a quién su madre no dejó tener relación con el padre desde los 3 hasta casi los 10 años de edad, llegando a forzar situaciones judiciales de auténtica somatización en el niño, denuncias e intervenciones policiales, al extremo de que tuviera que ser recogido por la fuerza pública en el colegio?, para luego darse el caso de que el niño llegase a confesar que hacía *“todo eso porque si no su madre se iba a enfadar”*. O el caso de la niña G.V.M., que tras la muerte de su madre a los 7 años de edad, se convierte en el objeto de litigio entre su padre y sus abuelos maternos, más por un problema de deuda económica y de necesidad de autojustificación, que de verdadero interés por la niña, que a nadie parece preocupar que se encuentre necesitada de psicoterapia tras el shock emocional que le supuso la muerte de la madre.

En el segundo de los supuestos se encuentra el **maltrato institucional**, que continuando con el último ejemplo citado, hace que los niños sufran estrictamente de una victimización secundaria cuando se hace primar los intereses de los padres o de los abuelos sobre su *“interés más necesitado de protección”*, en esa misma línea señalaba M. Ramírez que la propia mecánica judicial les hace: víctimas de un sistema legal eminentemente contencioso, víctimas de un sistema legal un tanto inoperante, víctimas de un sistema legal falto de las debidas garantías para proteger su intimidad y derecho a la neutralidad.

El sistema contencioso, al que además aboca de modo casi automático la práctica forense, salvo que los propios interesados tengan una expresa voluntad de negociación y pacto, como analizábamos en una investigación publicada en 1994 (Ibáñez, de Luis, Coy, Benito), es además notoriamente inoperante como muestra el *“escandaloso”* e imposible de controlar judicialmente nivel de incumplimientos en materia de régimen de visitas y de abono de pensiones alimenticias, y también es un sistema falto de garantías de intimidad y neutralidad para los niños y niñas, como muestra el hecho de que las exploraciones judiciales suelen resumirse en preguntarles *“¿con quién quieres vivir?”* y que luego se levante de ello un *“acta”*, que incluso llega a hacerse firmar a niños de 10 a 12 años, y cuyo conocimiento es público y notorio para sus padres.

Para retomar el principio, ¿no parece al menos curioso que todo lo apuntado pase en un sistema cuyo principal motivo es defender **“el interés más necesitado de protección”**?

Violencia familiar: ruptura familiar y marco jurídico

Marta Valcarce López

Juzgado de Familia, Audiencia Provincial de Sevilla

El primer problema con que los estudiosos del derecho nos encontramos, al intentar hacer una pequeña intromisión de carácter jurídico en el ámbito de lo que vulgarmente se entiende por familia, es el del "no derecho" en las situaciones personales que genéricamente tienen una vocación a ser reguladas por el Derecho de Familia. Es decir, el individuo insertado en una situación jurídica puede decidir, para cada uno de los episodios que tejen su trama, si lo vive jurídicamente o no. Otras veces los interesados desde el origen se sitúan en una situación de hecho.

El Derecho de Familia se incardina en el primero de los supuestos, y así las instituciones familiares para funcionar adecuadamente precisan ser sostenidas por relaciones afectivas de los participantes (ej. un matrimonio), por ello en el desenvolvimiento cotidiano de la institución familiar los individuos no se dedican a practicar un derecho mezclado de costumbres, no un derecho y moral; en general no practican el derecho sino de tarde en tarde, cuando no tienen más remedio, y en el intervalo viven como si el derecho no existiera.

Hay otros casos en que los individuos se instalan en una situación de hecho: se emparejan (en vez de casarse), se separan de hecho (en vez de demandar ante el juez la separación) o recogen a un niño (en vez de adoptarlo). Por eso estas situaciones de hecho no es que surjan como una conversión de una previa de derecho, sino que son situaciones de hecho originarias: es decir de no Derecho.

Pero este razonamiento expuesto no ha conllevado la desjuridización de las relaciones familiares y lo cierto es que sólo una minoría de personas viven sus relaciones familiares al margen del derecho. Todo ello ha llevado a los legisladores, y en especial al legislador constitucional, a regular la familia como una de las instituciones básicas de la sociedad, como parte de todo el modelo de economía y sociedad articulado en el texto de nuestra carta magna (véase que se reconoce la propiedad privada y la herencia art.33.1.) vid, art. 18, 27, 27, 32, 35, 33, 39, 50 de la CE.

La constitucionalización de la familia y del matrimonio es el resultado de la transformación de un estado liberal puro en un estado interventor, defensor del bienestar. En nuestra actual Constitución, a diferencia de la del 31, se trata por separado la familia y el matrimonio.

El art.32 es el que reconoce el derecho a contraer matrimonio, y el art.39 expone la actuación de los poderes públicos respecto a la familia, asistencia a los hijos, protección de la madre y de la infancia y la investigación de la paternidad.

La Constitución, pese a protegerla, no define la familia, lo que es lógico ya que ésta no es una realidad estática sino que ha sufrido y sufre continuas transformaciones, pero nosotros vamos a realizar una pequeña definición que nos es precisa, ya que el mismo vocablo tiene diferentes significados que, si bien tienen una cierta relación conceptual entre ellos, no son equivalentes. Nosotros entenderemos por familia al "*grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas*". Esta precisión es importante porque dentro de nuestro Código Civil no existe como tal una rúbrica de derecho de familia, sino lo que

encontramos son diferentes normas reguladoras de institutos y relaciones familiares que en modo alguno forman un grupo homogéneo en el Código Penal, en cambio, existe un Título en el que se protege la familia específicamente como bien jurídico, es el del abandono de familia regulándose también el abandono de niños en el mismo capítulo III del Título XII, además de existir determinados delitos que sólo pueden ser cometidos en el ámbito familiar (parricidio, infanticidio). Por tanto, al tratar de la ruptura familiar y de la violencia en la familia, dada la amplitud que puede alcanzar el tema vamos a tratar solo las crisis en las relaciones familiares que tienen un origen en comportamientos violentos que adquieren trascendencia penal, y también civil. (Por eso, aunque también constituye una crisis familiar una separación de mutuo acuerdo, al no invocarse en este tipo de separaciones ninguna causa legal, sino que sólo se funda en la voluntad de ambos cónyuges, poca trascendencia tendrá en principio dentro del proceso las causas de la ruptura).

MALTRATO

Últimamente está surgiendo una concienciación social respecto de la existencia de los llamados malos tratos, especialmente dentro del ámbito familiar, bien entre cónyuges, bien de padres a hijos e incluso de hijos a padres que se encuentran en la llamada tercera edad. Gracias a esta llamada de atención social parece que lo que hasta hace relativamente poco tiempo eran comportamientos más o menos socialmente aceptados (por ejemplo el admitido derecho de corrección del marido a la mujer o respecto de los hijos) van pasando a ser considerados comportamientos desviados que obtienen un, cada vez mayor, rechazo social debido, en gran medida, a las campañas de concienciación promovidas desde la administración (malos tratos a menores, etc.). Piénsese que al tratarse de comportamientos que surgen en el seno del ámbito familiar es difícil tener conocimiento de su existencia salvo casos graves o denuncias de la parte, facultativos, etc. ¿Pero, qué entendemos por malos tratos? Es un concepto tan amplio que abarca múltiples comportamientos especialmente tipificados en el Código Penal.

Define el *Diccionario de la Real Academia* el maltrato como: *“la acción y efecto de maltratar o maltratarse”*, y maltratar como: *“tratar mal a uno de palabra u obra”*. Esta primera aproximación a la definición del maltrato no es muy esclarecedora puesto que no circunscribe el maltrato al empleo de la violencia física sino que también engloba lo que podríamos denominar la violencia verbal y, aún más, engloba, a mi juicio, al referirse a las *“obras”*, incluso aquellos comportamientos omisivos que de una manera no violenta pueden provocar resultados, y que incluso en la definición que del maltrato establece la Real Academia, anteriormente apuntada, se contemplan, al englobar como tal, no sólo la acción de maltratar sino también el efecto. En este sentido, a nadie escapa, por ejemplo con relación a los menores, que comportamientos como el abandono físico o emocional pueden efectivamente ser constitutivos de malos tratos.

Adentrándonos ya en un acercamiento de carácter jurídico a los llamados malos tratos, es de destacar que nuestro código penal sólo emplea esta denominación específicamente en dos tipos penales: la falta contemplada en el art.582 y el art.210 referido a los *“ministros de culto”* y en ambos casos se refiere a los maltratos de *“obra”* es decir, a comportamientos comisivos que requieren el empleo de cierta violencia física. En el caso del art.582 se regula el maltrato de obra sin que *“cause lesión”* por lo que podemos concluir del tenor de este artículo que cualquier lesión, efectivamente, constituye un maltrato que, al producir un resultado menoscabante de la salud o integridad corporal, adquiere

especificidad propia en el ámbito de los ilícitos penales; y que, por otra parte, también existen malos tratos de obra (acciones u omisiones) que no causan lesión.

Otro problema de carácter jurídico será determinar cual es el bien jurídico protegido por el art.582 párrafo 2º, puesto que al tipificar específicamente los malos tratos que no causan lesión, se protege algo más que la llamada salud somato-psíquica de la persona y su integridad anatómica sino que también abarca, a mi entender, el sentimiento de seguridad (ya que si no es así actuaría a la manera de los delitos de riesgo que anticipan la sanción al momento de la ejecución de la conducta irregular que puede desencadenar el daño).

En resumen, constituiría maltrato de obra, por tanto, aquel comportamiento que supone el ejercicio de una violencia sobre el ofendido, sin necesidad de que llegue a afectar a su salud.

Nos quedaría por determinar por tanto, lo que constituye el maltrato de palabra, y en este sentido a mi juicio podríamos considerar como tal todas aquellas acciones que nuestro código penal regula dentro del libro II, capítulo II, del título X, en el art.457, es decir las injurias definidas como *"toda expresión proferida o acción ejecutada, en deshonra, descrédito o menosprecio de otra persona"*. Si bien estos comportamientos, como ocurre con las lesiones, adquirirán su propia especificidad dentro del Código Penal y, atendiendo a las circunstancias de cada caso concreto, podrán encuadrarse bien dentro de los tipos regulados en los art.457 y siguientes bien en el art.586 1º o 4º del Código Penal, cuando se refiere a las vejaciones injustas de carácter leve.

Pero además, existen otros comportamientos que, a mi juicio, también pueden ser considerados como malos tratos de palabra y, al igual que ocurre con las injurias o las coacciones, adquieren una especificidad propia en nuestro código penal, así pueden constituir malos tratos de palabra las amenazas art.493, 494 y 585 nº1 al 3º del Código Penal.

En cuanto a los medios comisivos, refiriéndonos ya exclusivamente a los malos tratos de obra puesto que en los de palabra habrá que estar a los respectivos tipos específicos, si realizamos una interpretación integradora de los tipos regulados en el código en especial la actual regulación de las lesiones, podríamos establecer que la acción en los llamados malos tratos, entendida como "conducta humana" que ha de servir de soporte al juicio de valor que el reproche penal entraña, abarca tanto el hacer corporal (comisión) como el no hacer (omisión) como la llamada comisión por omisión, es decir provocar un resultado no haciendo lo que debería haberlo impedido. E igualmente respecto de los medios caben tanto los violentos (golpes, etc.), como los mecánicos (ej. la asfixia), como los astutos (volver loco, etc.) y tanto los que actúan directamente sobre el sujeto pasivo, como los indirectos (dejar a un menor al rigor de la intemperie). Igualmente, cabrían autorías mediatas (utilizar a un hermano menor de edad para que golpee a otro) e incluso caben los llamados medios morales (como emplear el terror, la impresión, etc.)

Como resultado de estos comportamientos ya hemos visto que bien pueden causarse lesiones o bien puede ocurrir que no se ocasionen éstas.

En el problema de los malos tratos dentro del ámbito familiar podría diferenciarse varias vertientes y además varias consecuencias jurídicamente hablando que voy a intentar exponer de la manera más clara posible según que los malos tratos se causen entre cónyuges, o de padres a hijos.

El maltrato infantil en el contexto de la separación o ruptura familiar

Elena Redondo Hermosa
Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz

El maltrato sufrido por niños y adolescentes se ha relacionado con múltiples factores de muy diversa índole, a los que se les ha dado un valor causal, predictor, de riesgo o de simple asociación. Estos factores, si seguimos un modelo ecológico-sistémico, se ordenan en función de los diferentes sistemas relacionados con el desarrollo del niño. De todos ellos los factores asociados o que hacen referencia al microsistema familiar han sido y son los más estudiados. Qué duda cabe, de que la ruptura del sistema familiar constituye una variable que guarda algún tipo de relación con el maltrato infantil. Sobre esta relación quiero presentarles algunos apuntes.

Normalmente se asocia la ruptura familiar al desgajamiento del subsistema parental. Es la separación conyugal la que provoca que el sistema familiar se rompa en dos o más "trozos". Pero quiero señalar que la separación de los hijos o de alguno de ellos del grupo familiar también constituye una forma de ruptura.

Voy a considerar las dos formas de ruptura familiar porque el ámbito que sirve de marco referencial a estos comentarios es el de los servicios sociales y en este ámbito nos encontramos a menudo con que hay niños que han vivido y están viviendo una doble ruptura: la separación de sus padres y la separación de su contexto familiar.

Del mismo modo a como sucede con cualquier variable asociada al maltrato infantil, la relación de la ruptura familiar con el abuso es notablemente compleja. Nos adentraremos en la misma contemplando tres escenarios distintos.

El maltrato infantil actúa como variable independiente para la ruptura familiar, esto es, es el antecedente inmediato de la misma

El abuso es producido por uno de los dos padres y la respuesta del otro es la separación como forma de proteger al hijo. Puede suceder en cualquier tipo de maltrato, pero, si atendemos a la experiencia, ésta sería la respuesta más frecuente a los casos de maltrato físico y de abuso sexual.

Los profesionales que suelen intervenir en casos de violencia conyugal conocen que el factor precipitante que explica que una mujer que ha vivido una larga historia de maltrato decida la separación de su cónyuge es que esa violencia se haga extensiva a los hijos. Por desgracia, también sabemos que eso sucede cuando el grado de violencia es severo y que esta decisión, en muchas ocasiones, no le pone fin. En estos casos, la ruptura familiar opera como una variable protectora frente al maltrato.

Este también es el objeto de la ruptura familiar cuando la separación de los hijos del grupo familiar es el resultado de una decisión administrativa o judicial.

Este tipo de medidas, con vocación protectora, son cuestionadas por un número importante de profesionales que, basándose en la vinculación existente entre padres e hijos y en la funcionalidad de la misma dentro del desarrollo de los niños, se preguntan "¿qué

cantidad de maltrato justifica esta separación?" (López, 1993). Entramos así en el segundo escenario.

La ruptura familiar como variable independiente respecto del maltrato infantil

La ruptura familiar como consecuencia de la separación del niño de su grupo familiar puede ser causa, motivo, o un factor de riesgo para que el niño sea víctima de maltrato.

La separación de los hijos supone, si no la intervención con el grupo familiar (algo deseable pero no siempre posible), sí el control del mismo por parte de los Servicios Sociales. A menudo, este control no es aceptado por el grupo familiar, que identifica al niño como culpable de la situación y le hace blanco de sus iras. Esta situación suele colocar al niño en una posición de indefinición y, por tanto, de especial vulnerabilidad: se ve implicado en un conflicto de lealtades, en el que los padres le envían el mensaje si no está con ellos está contra ellos.

La posición de los Servicios de Protección Infantil, por otra parte, puede resultar ambigua. A veces se espera tácitamente un distanciamiento y una diferenciación del niño respecto a su familia. Por otro lado, sin embargo, (y aquí incluyo a las instancias judiciales), se muestran tan escrupulosos con los derechos de los padres que finalmente imposibilitan una ruptura familiar que pudiera ser beneficiosa para el niño. Otras veces, el niño es claramente víctima de maltrato institucional. La separación, la ruptura familiar, no responde a que ésta sea la medida más conveniente sino a que es la única que los Servicios de Protección Infantil son capaces de proporcionar ante la carencia de otros recursos más idóneos. Otro caso a incluir dentro de esta categoría es cuando el proceso de separación de los hijos (y sigo hablando de ruptura familiar), no se lleva con el cuidado que merece. Y, finalmente, también debe hablarse de maltrato institucional cuando los Servicios de Protección Infantil no adoptan como premura y decisión las medidas necesarias, entre ellas la separación del medio familiar, para garantizar el derecho a su integridad y dignidad personales.

Los conflictos conyugales son uno de los factores de riesgo que más se han estudiado respecto al maltrato. En los estudios sobre factores de vulnerabilidad infantil para el maltrato se señala frecuentemente que los hijos que viven el trance de la separación de la pareja y aquéllos que nacen tras una separación son niños más proclives a ser maltratados (Martínez Roig, 1987).

El proceso de separación se puede alargar en el tiempo dando lugar a lo que podemos llamar separaciones no resueltas. Los conflictos entre la pareja impiden que se generen dos núcleos familiares claramente diferenciados. El alargamiento del proceso no sólo supone que el niño se vea expuesto durante mayor tiempo a una situación de riesgo para el abuso, sino que este riesgo se ve incrementado al convertirse los hijos en peones del juego de los padres. En estos casos, el maltrato psicológico suele ser la consecuencia más probable. Las razones por las que las familias se adentran en una situación de separación no resuelta suelen ser múltiples y confusas. No puedo entrar aquí en ellas. Quiero señalar, sin embargo, que tales razones están presentes en las familias usuarias habituales de los Servicios de Protección. A veces, intentando éstos salir de tales juegos adoptan una postura de no intervención que puede terminar siendo de inhibición ante los problemas del niño.

Las familias monoparentales, especialmente cuando la única figura parental es la de la madre, requieren especial consideración. Suelen ser el producto de rupturas familiares. La representación de estas familias en los casos de maltrato suele ser alta, especialmente en

los casos de abandono (Ards y col., 1993). A título de ejemplo, el 36% de las familias en las que se han detectado problemas de abandono por los Servicios Sociales de Vitoria-Gasteiz, la madre es la única figura parental.

Cuando tenemos que hablar de una tercera variable (en realidad, de una constelación de variables) que produce la ruptura familiar y el maltrato

Centrándonos en las familias que se atienden en los Servicios Sociales encontramos que la ruptura familiar, y en especial la forma en la que ésta se produce, responde a una constelación de factores que es la misma que ha provocado el abuso de que son víctimas los niños antes del proceso de separación, durante y después del mismo. En estas familias los problemas y las dificultades se exageran unos a otros generando todo un círculo vicioso.

Para terminar con lo que realmente ha sido el inicio de esta reflexión, describiré el contexto real del que se han extraído o corroborado algunas de las conclusiones que he señalado hasta el momento. El grupo de referencia lo constituye los 70 niños y niñas (y las 40 familias de las que proceden) que en junio de 1995 son atendidos por alguno de los dispositivos residenciales con los que cuentan los Servicios de Protección a la Infancia del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Tales dispositivos cubren un espectro de menor a mayor separación de la familia (Centro de Día y diferentes tipos de Hogares Funcionales).

Los casos de ruptura familiar por separación de los padres supone el 51% de los niños y niñas atendidos y el 50% de las familias¹⁰. La separación ha sido sancionada legalmente en el 60% de las familias.

En el 55% de las familias, la separación de los padres se produce con anterioridad al internamiento de los hijos, siendo posterior en el 10% y resultando procesos paralelos en el 35%.

En el 80% de las familias se aprecia la situación que hemos denominado *separación no resuelta*.

Durante el proceso de separación, los hijos del 60% de las familias sufren algún tipo de maltrato, situación que no se aprecia en el 15% (carecemos de datos concluyentes al respecto en el 25% de las familias). La tipología del maltrato sufrido es la siguiente: en el 75% de las familias se producen situaciones de maltrato psíquico, de maltrato físico en el 42% y de abandono en el 42%.

Los problemas familiares que motivaron el internamiento de los hijos hacen referencia a situaciones de abandono en el 40% de las familias, a situaciones de maltrato psicológico en el 25% y de maltrato físico en el 15%. El mismo hecho de la ruptura familiar se consideró en el 55% de las familias. Si hacemos un análisis similar de las familias que también son atendidas mediante los recursos residenciales pero en las que no se ha

¹⁰ Como contexto social se ofrecen datos relativos a sistemas más amplios que incluyen al anterior: población atendida por los Servicios de Protección a la Infancia, población atendida por los Servicios Sociales y población de Álava.

En Álava, y para la población comprendida en los mismos rangos de edad que presentan los sujetos del grupo de referencia, la tasa de separación y divorcio es 3,5%.

La tasa de familias monoparentales en Vitoria es 7%, alcanzando el 23% de las familias atendidas en los Servicios Sociales (20%, única figura parental es la madre), el 45% (40%) de las familias atendidas por los Servicios de Protección a la Infancia, el 56% (39%) de las familias con hijos atendidos en alguno de los recursos residenciales.

producido separación conyugal, nos encontramos con situaciones de maltrato físico en el 25%, de abandono en el 20% y de maltrato psicológico en el 5%.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARDS S.; HARRELL A. Reporting of child maltreatment: a secondary analysis of the national incidence surveys. *Child Abuse and Neglect* 1993, nº 17, vol. 3, p. 335-344.
- ASOCIACIÓN VASCA PARA LA AYUDA A LA INFANCIA MALTRATADA. *I Jornadas sobre Infancia Maltratada: El maltrato institucional*. Vitoria: IVAIM, 1994.
- BERNAL, T. Mediación familiar en situaciones de conflicto. Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia. *III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. 1993, Madrid.
- CIRILLO, S.; DI BLASIO, P. *Niños maltratados*. Barcelona: Paidós, 1991.
- KLOSINSKI, G. Psychological maltreatment in the context of separation and divorce. *Child Abuse and Neglect* 1993, nº 17, vol. 4, p. 557-563.
- LÓPEZ, F. Apego, separación y maltrato. Asociación Vasca para la Ayuda a la Infancia Maltratada. *II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. 1991, Vitoria.
- MARTÍNEZ ROIG, A. Factores de vulnerabilidad infantil : los malos tratos y el abandono infantil. En: *Cursos de Verano*. Universidad del País Vasco, 1987.
- REDONDO, E.; MUÑOZ, R. El maltrato en el ámbito familiar. *Jornadas sobre Infancia Maltratada en la Región de Murcia*. 1993, Murcia.
- STITH, S.M.; WILLIAMS, M.B.; ROSEN, K. *Psicosociología de la violencia en el hogar*. Bilbao: DDB, 1992.

Conflictos de lealtades: del divorcio conyugal al divorcio paternofilial

J. Ignacio Bolaños Cartujo

Juzgado de Familia, Barcelona

Resulta difícil mantener la neutralidad entre los polos opuestos de un conflicto, y más aún cuando esos polos los constituyen personas con las que se mantiene una historia relacional y afectivamente significativa.

Cuando son los padres quienes entran en conflicto y son los niños quienes intentan preservar su teórica posición de equilibrio entre ellos, es inevitable que éstos se conviertan en observadores activos de lo que ocurre y en expertos detectores de las emociones que definen las desavenencias de los adultos. Pero siguen queriendo a sus padres y, sobre todo, quieren seguir siendo queridos por ellos.

Si la ruptura llega, y ésta no supone el final del conflicto sino, más bien, un nuevo escenario en el que perpetuar la disputa, no es difícil que los niños, acostumbrados al juego de las alianzas, se vean en la necesidad de asegurar el cariño de, al menos, uno de sus padres. La separación siempre es dolorosa y supone un claro riesgo de pérdidas afectivas. Los niños lo saben y, en ocasiones, reaccionan con un natural sentimiento de abandono respecto al padre que se va, aunque no puedan entender del todo sus motivos, y con un intenso apego emotivo hacia el padre que se queda, al que protegen y piden protección.

Conseguir el apoyo incondicional de los hijos puede convertirse en el objeto del conflicto y en el referente implícito de la pugna por el poder que mantiene la pareja. Los niños reciben presiones, habitualmente encubiertas, para acercarse a una y otra posición y, si no toman partido, se sienten aislados y desleales hacia ambos progenitores; pero si lo hacen para buscar más protección, sentirán que traicionan a uno de los dos.

El conflicto de lealtades es descrito por Borszomengy-Nagy (1973) como una dinámica familiar en la que la lealtad hacia uno de los padres implica deslealtad hacia el otro. El resultado puede ser una "lealtad escindida" en la que el hijo "tiene que asumir incondicionalmente su lealtad hacia uno de los progenitores en detrimento de la del otro". Judith Wallerstein (1989) aplica este concepto a las rupturas conflictivas, denominándolo metafóricamente "síndrome de Medea", cuando habla de padres que dejan de percibir que los hijos tienen sus propias necesidades, y comienzan a pensar que el niño es una prolongación de ellos mismos. Los pensamientos "*me abandonó*" y "*nos abandonó a mí y a mi hijo*" se convierten en sinónimos y llega un momento en que el padre o la madre y el hijo parecen una unidad funcionalmente indivisible ante el conflicto.

Así pues, los sentimientos naturales del niño, unidos a la doble presión afectiva que recibe, pueden llevarle a mostrar un claro rechazo hacia uno de los padres, habitualmente el que se fue o, más exactamente, el que ha ejercido su presión con menor eficacia. En un primer momento, por tanto, no se trata de una negación de la figura parental correspondiente, si no más bien de una negación relacional. El niño rechaza a su padre o a su madre porque los quiere, no por lo contrario. Pero esta actitud, basada inicialmente en aspectos emocionales derivados de sus propias vivencias de pérdida, corre el riesgo de sustentarse cognitivamente de una forma más racional, ante las continuas exigencias externas que le hacen tener que justificar y argumentar su postura.

De esta forma, la actitud del niño puede verse incrementada al ser presionado para participar en actos legales derivados del conflicto de separación, pasando a formar parte de la propia disputa, en la medida en que sus sentimientos son utilizados como argumentos. Los padres pueden tomar al pie de la letra la negativa expresada y utilizarla para descalificarse mutuamente, e incluso pueden decidir llevar a su hijo delante del juez para que éste también pueda escucharla y valorar si es la influencia de uno o, por el contrario, la ineficacia del otro lo que motiva dicha actitud.

La convivencia con el padre "aceptado" constituye una inevitable fuente de influencias mutuas. Aunque no es necesaria una voluntad consciente para que sus sentimientos se traspasen al niño y se adhieran a los suyos propios, la realidad es que este proceso ocurre, y la actitud de rechazo se ve intensificada por este motivo. Al mismo tiempo, la actitud beligerante del otro padre, el "rechazado", exigiendo apoyo legal para relacionarse con su hijo o el empleo de estrategias de acercamiento que incomodan al niño y al padre con el que convive, tienden a mantener y fomentar la expresión de la negativa. Todo ello da pie a procedimientos legales de ejecución de sentencia, en los que el juez se ve implicado en la resolución de un problema cuya esencia poco tiene que ver con la doctrina de las leyes. Si la actitud judicial es dura, será descalificada por un padre, y si es blanda, por el otro. Pese a la actuación de la Justicia, el problema tiende a cronificarse porque nadie está dispuesto a modificar su posición.

Estas situaciones pueden convertirse en auténticos casos de explotación emocional, en las que las repercusiones emocionales para el niño no suelen ser convenientemente valoradas. Si bien el rechazo reactivo a la doble presión parental constituye una cierta estrategia de supervivencia cuyos efectos inmediatos son de un aparente mayor bienestar, la pérdida de una figura paterna asociada a vivencias tan conflictivas, genera efectos negativos en el desarrollo posterior del niño. Éste ha adquirido un falso poder para controlar las relaciones y, al mismo tiempo, participa de una relación simbiótica con el padre "aceptado", con quien comparte sentimientos que no le son propios. Los nuevos procesos de identificación pueden ser inadecuados, eligiendo a otras figuras (nuevas parejas, abuelos) que implícita o explícitamente apoyan su postura. Este aprendizaje repercute inevitablemente en las competencias sociales del niño y en sus propios mecanismos de autoestima.

El estudio pormenorizado de las familias en las que aparece el rechazo nos permite identificar algunos rasgos comunes. Predomina más en los niños que en las niñas y es más intenso en los primogénitos. La edad de aparición está comprendida habitualmente entre los ocho y los trece años. Además, es posible hablar de rechazo primario y secundario en función del momento de la ruptura en que surge.

El rechazo primario aparece en los momentos inmediatos a la separación y tiende a afectar a niños entre ocho y once años. Es propio de rupturas bruscas e impulsivas, normalmente motivadas por el inicio de una relación extramatrimonial. El niño se siente abandonado y a medida que se ve obligado una y otra vez a negar la figura paterna, va encontrando argumentos cognitivos que justifiquen su actitud.

El rechazo secundario aparece más probablemente entre niños de once a trece años que, tras la ruptura, han mantenido la relación con su padre hasta que un día decide romperla. Existe un conflicto larvado entre los padres, que surge cuando deben negociar algún aspecto nuevo relacionado con el niño: un cambio en el régimen de visitas, una modificación de la pensión, etc. Suele aparecer asociado a eventos del nuevo ciclo vital de la familia: nacimiento de nuevos hermanos, inicio de nuevas parejas, etc.

Estos y otros datos, convenientemente contrastados, pueden permitir detectar

situaciones de riesgo y facilitar la aplicación de algunas medidas preventivas. Es innegable que el sistema legal suele ser el primer punto de contacto externo de muchas familias cuando inician una ruptura conyugal. Por ello, parecería obvio que desde todas las instancias que conforman el proceso existieran suficientes mecanismos de detección y canalización de los conflictos hacia vías menos perjudiciales potencialmente, facilitando la negociación y el mutuo acuerdo en todo momento, incluso una vez iniciados procedimientos de carácter contencioso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BORSZOMENGY-NAGY, I. *Las lealtades invisibles*. Buenos Aires: Amorrurtu, 1973.
- WALLERSTEIN, J.S.; BLAKESLEE, S. *Padres e hijos después del divorcio*. Buenos Aires: Vergara, 1989.

POLICÍA Y MALTRATO

El fondo de la técnica policial ante el maltrato infantil

Doroteo Santos Diego
Ertzaintzea de Balsameda, Bilbao

La pretensión de dar soluciones a los problemas, múltiples y todos urgentes, provoca muchas veces la mediatización y superficialidad de las respuestas. Con frecuencia pretendemos solventar las dificultades sin un análisis profundo de la situación, impelidos por la premura de la acción y el ambiente de vértigo que envuelve a nuestra civilización. Es evidente que estas condiciones generales también se dan en el campo de la atención a la infancia, incluida la intervención policial. Por eso mismo es tan importante conseguir reflexionar sobre nuestra tarea, entrando en el fondo de las cuestiones y centrando las discusiones. Seguimos al andaluz universal Juan de Mairena, cuando escribía a la muerte de un erudito que *"aprendió tantas cosas que no tuvo tiempo para pensar en ninguna de ellas"*.

Necesitamos conocer el sentido de nuestra actuación, pues de otra manera la inercia anquilosará la capacidad transformadora del trabajo y éste debe ser nuestro objetivo: modificar las condiciones de injusticia que se dan en el mundo infantil, bien siendo los menores víctimas o infractores. Son campos conocidos de la política criminal donde interviene la policía, como organismo integrante del sistema de control, y participe, por tanto, de la dinámica clásica en defensa de la seguridad. Pero la evolución social exigen unas prestaciones distintas a la policía (post) moderna y así va más allá de la mera represión de las actividades delictivas. Las demandas de la civilización (occidental) actual requieren un servicio policial que evite (prevenga) las situaciones criminógenas y que vele por el respeto a las normas de convivencia, que implican muchos más campos que el estrictamente penal.

Se trata de concretar la función constitucional de la Policía, de *"proteger el libre ejercicio de los derechos y libertades"* de las personas, incluidas las menores de edad. En este sentido, la mentalidad social coetánea ha privilegiado a la infancia dando una importancia preponderante a su amparo. Ello no es óbice para que persistan graves situaciones en la población infantil, sobre todo en países sin desarrollo, como son los altos índices de mortalidad o la persistencia de la esclavitud. Y en todas las poblaciones se produce el maltrato infantil, en sus diversas modalidades. Parece un contrasentido entre la realidad y la mencionada relevancia dada a la infancia, pero tiene su lógica en un mundo donde los niños y niñas han carecido de derechos hasta hace bien poco tiempo. Aún hoy, la mentalidad de sobreprotección es notoria y es impensable que adquieran la trascendencia de otras épocas, como la capacidad medieval de liderar cruzadas (El pequeño Etienne en Francia o Nicolás de Colonia, en el siglo XIII) o la guía profética de su pueblo por Daniel, Moisés o Samuel, a los doce años. En todo caso, ahora, la infancia es una referencia principal de nuestra civilización y, por ello, buena muestra de la misma.

Así, la mentalidad social también se refleja en las relaciones con los menores y la dinámica intervencionista del estado es un ejemplo. Basete recordar la numerosa y variopinta legislación existente al respecto (desde la Ley 21/87, a la Ley Orgánica 4/92, pasando por normas de todo rango y llegando a la última novedad, la ley catalana), cuyos contenidos originan una abundante carga de trabajo para la policía, a la que no siempre se responde desde la misma. Pensemos en la prohibida venta o suministro de alcohol a menores. Mas aún, cuando actúa la policía muchas veces lo hace desde los sistemas clásicos de seguridad u orden público, demostradamente ineficaces en este campo, por lo que la eficiencia es pequeña, nula o contraproducente. Una vez más tenemos que reivindicar el modelo de policía comunitaria, adaptado a las circunstancias históricas de nuestra sociedad, pues es el sistema más apropiado de interrelación profesional y proclive a la evaluación conjunta, en una zona concreta y ante un fenómeno determinado, en este caso el maltrato infantil.

Las previsiones para el futuro van por otros derroteros y se observa que la política de seguridad se adentra por caminos cada vez más represivos. En ese sentido destaca la ley de Washington (Toque de queda para menores de diecisiete años) o el más cercano Anteproyecto de Ley Penal del Menor, que incluye el arresto de fin de semana en centros policiales y criminaliza indiscutiblemente a los menores. Esto determinará la creación de nuevos grupos operativos policiales sobre la delincuencia juvenil y posiblemente la reducción o transformación de los servicios de atención y apoyo, ante el estancamiento presupuestario. La necesidad estructural de seguridad que tiene una sociedad para avanzar es confundida por el ánimo criminalizador y el afán de control exhaustivo es un rémora para la evolución social, ideológica y práctica.

Hablamos de procesos sociales, entre los que se encuentra la actuación policial ante el maltrato infantil, que pertenecen al sistema de no-equilibrio, y donde las ciencias presentan visiones parciales, excepto tal vez la del "caos". Además, las intervenciones sobre los mencionados procesos suelen asentarse en la "Lógica Managerial" (eficacia fundamentada en el endurecimiento de los métodos neoclásicos), que aboca la actuación al fracaso por definición. Las soluciones han de partir de un discurso coherente, inmerso en la complejidad de las estructuras sociales y enlazado a las acciones y reacciones que originen las elecciones adoptadas en el tiempo-historia. Esta perspectiva del trabajo policial, expuesta desde el sindicato ERNE, de la policía del País Vasco, en la reciente ICOPA VII, celebrada en Barcelona, puede aportar nuevas y eficientes medidas de actuación; siempre que pretendemos moldear el devenir, y no a la inversa.

Debemos discutir sobre el fondo del asunto, observando racionalmente el fenómeno de la infancia actual. La escapada de "el Gordo" (01-6-95), con seis personas heridas y cuatro coches forzados, como antes fueron "el Vaquilla" o "el Jaro", tienen sus causas y encerrar al pequeño Antonio (doce años) es quedarse con el árbol sin ver el bosque. Criminalizar al menor, incluida la "ficha" (reseña) policial, puede tranquilizar conciencias y calmar momentáneamente la temida "alarma social", pero debemos ser conscientes que deja intactas las causas del suceso. Los *graffiti*, el *gangsta rap* o las "cocidas" masivas en alcohol muestran muchas más cosas que una turbulenta juventud.

También nos enseña esa realidad el medio y las formas de agresión a nuestros menores, donde tiene una significación especial el maltrato infantil. A tal respecto, la intervención policial debe adentrarse en la corresponsabilidad para atajar el origen de la violencia ilegítima. Algunas veces parece que la actuación de la policía persigue objetivos "vistosos", que compensen su marcado carácter genérico represivo, sin profundizar en su capacidad de resolución de conflictos. Se trata de analizar lúcidamente las posibilidades de

la policía, respetando los límites de sus funciones, aún difusos y en debate constante con otras profesiones. Es necesario que el expansionismo ceda ante la colaboración, hecho que se consigue mediante el respeto a los contenidos funcionales y la disciplina en el método de relaciones.

Debemos establecer un marco técnicamente viable, sobre todo cuando estamos en la Era de la Técnica, explicada por Ernst Jünger mediante el duelo entre Titanes y Dioses, saliendo victoriosos momentáneamente los primeros. Como consecuencia, la religión o, mejor dicho, la espiritualidad queda relegada, por lo que la acción humana carece de transcendencia. Y, aunque parezca curioso o sorprendente, también influye en la policía este fenómeno. Así, el ejercicio de la profesión tiende a hacerse de forma descarnada, sin otro fin que la eficacia en sí misma. Una característica importante de la ciencia policial actual, que significa poner el énfasis, el interés, en el propio estamento, en vez de establecer la primacía del servicio a la comunidad, en este caso a la infancia.

Otra característica del trabajo policial ante el maltrato infantil es su contextualización en un mundo violento, profundamente injusto, donde la reconstrucción de los comportamientos humanos nos indican la concepción social e individual desequilibrada hacia el abuso de poder, el imperio del más fuerte. Pretender solucionar de raíz este problema es una utopía, hacia la que tenemos que ir, pero hacerlo desde posturas preponderantes sería errar el objetivo. Es precisa la participación múltiple de la comunidad, teniendo en cuenta que las mentalidades de subordinación, al poder, a la autoridad o a los "especialistas", generan un delegacionismo irresponsable. Hay que plantearse la propia función policial y comprender que su evolución acertada depende de acercarse más al "DEMO-Pueblo", que a la "CRACIA-Gobierno, estructura".

Este desafío se encuentra en todos los ámbitos policiales, desde las policías locales a la Oficina Europea de Policía-EUROPOL, y en el fondo se trata de servir a la comunidad, donde una parte importante es la infancia, o de responder, como históricamente se ha hecho, a los intereses del poder establecido, salvo honrosas excepciones. Sería importante que la mencionada EUROPOL se significase en la dinámica participativa y en el nivel competencial que le corresponde (Título VI del Tratado de la Unión Europea, de Maastricht), priorizase la intervención frente al maltrato infantil, como símbolo de una época y en los casos funcionales que le atañen. El art.K.1.9. determina que es su ámbito "*La cooperación policial para la prevención y la lucha contra... formas graves de delincuencia internacional*". En tal sentido, pensemos en las redes mundiales de pederastía, el comercio de pornografía infantil o el tráfico de adopciones internacionales, todos ellos tipos de criminalidad condenados en los tratados internacionales mundialmente aceptados. Es más, esta coincidencia de declaraciones de múltiples estados, sobre la protección a la infancia, puede reinvertir en el desarrollo de la propia oficina policial europea, necesitada de objetivos comunes entre las partes de la Unión, según se puso de relieve en un encuentro sobre el futuro de Europa, organizado por la Fundación Sabino Arana y celebrado en Zamudio (Vizcaya), el 13-04-1994.

Por tanto, parece oportuno que, desde el IV Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada, establezcamos como una de sus metas la asunción de las funciones descritas por parte de la EUROPOL, recabando la intervención de las autoridades competentes a tal fin. En el fondo, sería buscar el germen fructífero de la actuación policial que, como dice Amadeo Recasens, proviene de la lucha entre la violencia "Conservadora-Estado" y la "Fundadora-Sociedad civil", dos elementos del mismo personaje que se debaten como "los mitos de las tragedias griegas". Esperemos que el final sea distinto a los escritos por Sófocles, propenso a las catástrofes, y podamos colaborar al triunfo de las fuerzas benefactoras, en este caso favorables a la infancia; aunque sea desde el coro.

La Guardia Civil ante el problema de la infancia maltratada

Gonzalo Jar Couselo

Secretaría de Estado de Interior

No cabe la menor duda que la preocupación por las cuestiones penales-criminológicas relativas a menores ha sido una constante en los últimos decenios en las sociedades occidentales, cuyos resultados, sin embargo, no fueron todo lo satisfactorios que cabía esperar, razón por la que, todavía hoy, se siente la necesidad de llamar la atención sobre un problema que recae, fundamentalmente, sobre los menores y el conjunto de personas e instituciones implicadas en el mismo.

El fruto de esa inquietud social ha sido, sin duda, el gran avance que se ha producido en nuestro país en dicho ámbito, como lo demuestran algunas iniciativas de diversa índole adoptadas en época bien reciente. Así hay que entender el hecho de que la reforma del Código Penal de 1989 incorporase en el art.425 la sanción de lo que se denunciaba maltrato doméstico reiterado: *"El que habitualmente, y con cualquier fin, fuerza violencia física.., así como sobre los hijos sujetos a la patria potestad, o pupilo, menor o incapaz sometido a su tutela o guarda de hecho..."*, bien es verdad que con tan escasos resultados que, en 1993, aún no se había producido ni una sola sentencia sobre el mismo. Nótese que, hasta entonces, tales conductas estaban tipificadas con el carácter de faltas.

Ese mismo año se aprueba en la ONU la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por España un año más tarde, decisión que supone avanzar un nuevo trecho en la mejora de la protección social, económica y jurídica de los menores, actualizando de paso la Ley de Acogimiento y Adopción de 1987. De la gravedad del problema dan fe algunas cifras extraídas de un informe que, sobre la situación de la familia, da a conocer el Ministerio de Asuntos Sociales (1988), según el cual cuatro de cada mil niños sufrían maltrato familiar, u otro de la Fundación de Ayuda a la Familia (FILIUM), en el que se subraya que más de un millón y medio de niños viven en hogares con padres violentos, o la más escalofriante que habla de cerca de mil niños muertos al año en España, víctimas de malos tratos o abandonos.

Con ese marco normativo, y a la espera de que pueda ser aprobado en Cortes el proyecto de ley de Protección del Menor, remitido ya por el Gobierno, se puede hablar de instancias legales específicas para este tipo de conductas. Se trataría, en todo caso y como premisa fundamental de toda la actuación criminológica, de evitar la doble victimización del niño, en la medida que cualquier tipo de presión sobre el mismo puede ocasionarle trastornos de orden psicológico.

Para ello, debe disponerse por las fuerzas policiales de espacios y personal especializado en el tema -ni policías, ni abogados, ni jueces suelen estar preparados para enfrentarse a esta realidad criminológica-, evitando cualquier tipo de contacto del niño con el exterior, en concreto con su agresor, y mucho menos presionarlo en los interrogatorios para que diga algo que no quería decir voluntariamente. El niño, en general, se muestra siempre receloso ante testigos -incluso, si están presentes, no suele mirar a sus padres-, por lo que no es conveniente carearlo con nadie y evitar la reiteración de declaraciones, pues en ocasiones llega a contradecirse en el relato de lo sucedido. En cualquier caso, el

investigador debe ser consciente de las numerosas dificultades con que se va a encontrar, toda vez que la recogida de pruebas y testimonios se hace enormemente difícil.

Llegados a este punto, corresponde analizar cual es el papel que desarrolla la Guardia Civil en este ámbito concreto de la delincuencia. En general, puede decirse que todo lo expuesto para el resto de cuerpos de policía de ámbito urbano es extensible al de pequeñas poblaciones y sociedad rural, con algunos matices que conviene subrayar. Así, la violencia doméstica en dichos territorios suele producirse en entornos ambientales y familiares con muchas carencias de todo tipo -culturales, económicas, de equipamiento, etc.-, en familias extensas y con estrechos vínculos de relación, donde la tradición ha llegado a considerar esta problemática como algo inherente a su forma de vida, lo que eleva todavía más la ya de por sí alta tasa de "cifra negra".

Los datos estadísticos de los últimos años, referidos a la Guardia Civil, muestran una tendencia a disminuir o, como mucho, a mantenerse, sin que se pueda determinar, con rigor, si es debido a un descenso en el tipo de conductas o a un incremento de la cifra negra. En todo caso, se ha pasado de 5.375 actuaciones por malos tratos en 1989, a 4.557 dos años después y, en 1993, a 4.648. Sí se puede decir que una gran mayoría se producen en el círculo familiar y que existe conocimiento previo entre agresor y víctima, sobre todo en abusos sexuales (comienzan a ser significativas las denuncias contra profesores), con presencia de violencia física en mas de la mitad de los casos.

En un análisis de los datos referidos a 1993, se observa cómo la mayor parte de actuaciones referidas a lesiones en el ámbito familiar se circunscriben a faltas penales (93,5%), obteniéndose tanto en éstas como en delitos resultados altamente positivos de resolución desde el punto de vista cuantitativo (alrededor del 95%). La cifra de estos delitos oscila entre el 15 y el 20% del total de conocidos contra las personas, cuyos autores son mayoritariamente hombres, no así en las faltas donde las mujeres participan en mayor medida en los hechos. No es extraño, tampoco, que cuando interviene la mujer como sujeto activo las lesiones sean mayoritariamente de carácter leve, así como que los hijos se conviertan en el sujeto pasivo por excelencia de las mismas.

Es, asimismo, significativa la victimología de menores de 16 años en tipos delictivos como contra la vida (13), lesiones (1.020) o contra la libertad sexual (601). En sustracción de menores, aunque se da un porcentaje estimable de delitos frustrados, baja hasta el 69% el nivel de resolución, no así en el de abandono de niños, donde se alcanzan cotas altas de eficacia. Caso digno de análisis más detallado sería el tema de la fuga de menores, íntimamente relacionadas con situaciones de crisis familiar. La primera evidencia que surge de los datos estadísticos es que, en el ámbito territorial de la Guardia Civil, desaparecen más del doble de jóvenes de los que se reintegran a su hogar, lo que se explica al tener como punto de destino las grandes ciudades, donde atienden la seguridad otros cuerpos distintos de policía.

Es sumamente revelador el hecho de que, en menores de 18 años, sean más las mujeres que se fugan que los hombres -solamente en menores de 14 años se invierte esa tendencia-, llegando a un porcentaje de más del 62% en jóvenes de entre 16 y 17 años. De manera paradójica, se observa que es menor el número de reintegros a la familia de mujeres menores de 16 años que de hombres, con las consecuencias que de ello se derivan de cara a una mayor indefensión ante los problemas que se le planteen.

Para hacer frente a la realidad descrita, la Guardia Civil, a través de su Servicio de Policía Judicial, comenzó hace unos años a poner en marcha un programa encaminado a una mejor prestación de servicio ante este tipo de conductas, encaminada básicamente a lograr la mayor protección para las víctimas de las mismas. En ese sentido, tras la

incorporación de la mujer en 1988, es posible ya disponer de mejores condiciones objetivas para hacer frente a esa problemática. Así, recientemente se ha llevado a cabo el primer curso monográfico para mujeres guardias civiles que pasarán destinadas a unidades especiales encargadas de hacer frente a la delincuencia que tenga a mujeres y menores como sujetos, activos o pasivos.

Las instrucciones impartidas obligan a que este tipo de actuaciones se pongan siempre en manos de las unidades orgánicas de policía judicial. En estos momentos, existen grupos especializados en la materia en las comandancias de Valencia, Alicante, Manresa, Madrid, Murcia y Tenerife, compuestos por tres agentes, de los cuales, necesariamente, dos han de ser mujeres (cabos o guardias). En el resto de provincias se han creado unidades mixtas de policía judicial, en las que se integran especialistas en los temas de mujeres y menores. En todos los casos, lo que se ordena es que se colabore estrechamente con los fiscales de menores y también con los jueces de familia.

En el campo de las inversiones en medios materiales, convendría, como ya se está haciendo en los cuarteles de nueva construcción, contar con dependencias adecuadas, tanto en mobiliario como en ambiente, a fin de conseguir limitar el impacto emocional que pueda producir en las víctimas, así como cabinas ocultas o circuitos de televisión, para evitar el contacto directo con el agresor, y técnicas de ayuda a la comunicación que hagan menos rigurosos los necesarios interrogatorios. De cualquier manera, mucho es lo que queda por hacer en este terreno, pero la presión social e institucional, de la que son buena prueba estas jornadas, servirá de catalizador para que los cuerpos de policía asuman en su integridad la gravedad de este problema.

La retirada de menores del ámbito familiar. Perspectiva policial

Juan León Lozano

Unidad del Cuerpo Nacional de Policía Adscrita a la Comunidad Autónoma Andaluza, Sevilla

INTRODUCCIÓN

La retirada de menores de su ámbito familiar, es una actitud policial no suficientemente valorada ni comprendida en términos absolutos, con carácter general.

La retirada consiste en separar al menor de su ámbito familiar en aquellos casos en que se encuentre en grave riesgo, psíquico o físico, como consecuencia de situación de maltrato en cualquiera de sus modalidades, abandono o situación análoga.

La retirada de menores, sin ser claramente una actividad policial, se puede considerar como cualquier otro servicio dentro de las funciones sociales que esta Corporación realiza. Sin embargo, por la propia dinámica del servicio a desarrollar y por los resultados traumáticos que produce el hecho de separar a los hijos de sus padres (la mayoría de las veces sin su consentimiento), estas acciones pueden llegar a ser extremadamente peligrosas debido a la oposición violenta que, a veces, ejercen los padres ante la medida, lo que hace que en estos supuestos escape del ámbito de los trabajadores sociales y requiere de un detallado estudio de la situación para su ejecución, por ello se precisa de un operativo policial concreto y determinado que con carácter general sea una herramienta útil para todos los cuerpos y fuerzas policiales con independencia de su adscripción al Estado, Comunidades Autónomas o Corporaciones locales, porque cualquiera de ellos pueden ser llamados a la realización de un servicio policial de retirada de menores.

MARCO LEGAL

La retirada de un menor de su entorno familiar, es una medida excepcional y en principio coyuntural utilizada por los Organismos responsables de la protección del menor ante aquellos casos que de permanecer el niño en su medio familiar podría acarrear grave riesgo para su integridad física o moral.

La Constitución Española en su art.39 dice: *“Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”*.

La Convención sobre los Derechos del Niño de 20-11-89, en su art.9 recoge la posibilidad de separar a los menores de sus padres contra la voluntad de estos en los casos que dicha separación sea necesaria en el interés superior del niño, asimismo en sus art.19 y 20 se indica que los Estados adoptarán las medidas necesarias para la protección del niño incluyendo la no permanencia del menor en medio familiar.

En el Capítulo V de nuestro vigente Código Civil tras la reforma propiciada por la Ley 21/87 de 11 de Noviembre, en su art.172, indica que la Entidad pública que tenga encomendada la protección, tiene por ministerio de la Ley, la tutela de los que se encuentren en situación de desamparo siendo esta la que se produce de hecho a causa del incumplimiento de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los

menores, cuando estos queden privados de la necesaria asistencia moral o material.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía, conforme a los Decretos 223/90 y 287/90 de la Junta de Andalucía se crean la Consejería de Asuntos Sociales y Dirección General de Atención al Niño para asumir las competencias en materia de protección y tutela de los menores.

Por lo tanto, si en el territorio andaluz, corresponde a la Delegación Provincial de Asuntos Sociales (en la actualidad de Trabajo y Asuntos Sociales) asumir la tutela de los niños declarados en desamparo, es a esta Entidad a quien corresponde retirar a los menores (en esa situación) del ámbito familiar para asumir directamente la tutela y cesen las condiciones de maltrato o abandono. Corresponde por ello a la Unidad de Policía de la Junta de Andalucía con carácter directo dar auxilio y apoyo policial en la ejecución de las retiradas, pudiendo colaborar otros cuerpos o fuerzas de seguridad, en aquellos lugares en que no se dispongan de Unidades Adscritas a las Entidades Públicas que tienen asumidas las competencias sobre protección de menores.

EJECUCIÓN DE LA RETIRADA

La retirada podrá realizarse: a requerimiento de la Entidad Pública una vez declarado el menor en desamparo y asumida la tutela por ella, a requerimiento del Ministerio Fiscal, a requerimiento de la Autoridad Judicial y a propia iniciativa de los funcionarios de policía en aquellos casos en que corra grave riesgo o inminente peligro la vida o integridad física de los menores.

ACTUACIONES ANTES DE LA RETIRADA

1. Estudio previo de la familia

Se ha de realizar un estudio previo a la retirada de las condiciones y características de la familia donde se encuentra el menor, recabando información tanto de los Servicios Sociales como de los Archivos Policiales y conocer todos aquellos detalles que pudieran ser útiles para la actuación, detalles tales como antecedentes policiales, agresividad, alcoholismo, drogadicción, predisposición a colaborar en las medidas protectoras, número de personas que habitan en el domicilio, ubicación y características de la vivienda, etc., todas estas situaciones y detalles inciden posteriormente en la operatividad policial.

2. Estudio previo del habitat

Tan importante como conocer las características de la familia y de la vivienda es conocer el tipo de reacción que nos podríamos encontrar con los vecinos y familiares que viven próximos, para poder contrarrestar cualquier tipo de apoyo ante la retirada, dentro de lo que denominamos características de la vivienda lo más importante a tener en cuenta son los accesos de ésta con las casas colindantes, puertas y demás circunstancias que pudieran propiciar la huida de los menores a retirar.

3. Idea de ejecución

Una vez realizados los estudios previos, hay que decidir si la retirada se realiza en el domicilio familiar o fuera de él, dependiendo en todo caso del número de menores a retirar, se deberá de tener en cuenta que si se intenta la retirada y no se consigue llevarse a todos los menores declarados en desamparo existe la posibilidad de que la familia lo cambie de domicilio, incluso de ciudad dificultando la posterior localización del mismo.

Como norma general, si se trata de un sólo niño es conveniente retirarlo en la vía pública que en el caso de estar escolarizado puede ser en la inmediaciones del Centro escolar; y si son varios hermanos es conveniente hacerlo en el interior del domicilio familiar y en horas tempranas para que todos estén juntos en la vivienda y no dé tiempo a que se marchen del domicilio.

En las retiradas que se crea conveniente hacerlas en el interior del domicilio, es necesario que por la Entidad Pública se solicite de la Autoridad Judicial una orden de entrada al domicilio y en esa solicitud además es conveniente que se indique el Cuerpo Policial que se desea que auxilie a los trabajadores sociales en la retirada

4. Preparación de documentación

Es necesario llevar preparada toda la documentación necesaria, al objeto de permanecer el menor tiempo posible en el lugar de la retirada, con ello evitamos situaciones tensas y alteraciones del orden que en todo caso perjudican a los menores. Esta documentación será: Acta de entrada al domicilio, Notificación de la Resolución y aquéllas otras que cada caso requiera.

ACTUACIÓN DURANTE LA RETIRADA

La retirada se ha de efectuar a poder ser, con personal policial preparado para tales cometidos ya que por la dificultad que encierra el trato con menores que ven como personas extrañas se lo llevan a algún sitio desconocido y la dificultad de tratar con personas a las que se les está retirando a sus hijos y que creen que nunca más lo volverán a ver, se crean situaciones muy tensas que requiere de los funcionarios una especial sensibilidad. Por todo ello es necesario actuar rápidamente utilizando personal de uniforme y personal de paisano. Cada funcionario ha de tener muy claro cual es su cometido dentro de la operación policial, pero todos ellos con dos ideas muy claras: Primero, tratar de que la retirada sea lo menos traumática para el menor, y segundo, tratar de convencer a los padres para que haga la entrega voluntaria haciéndole ver que la medida es en beneficio del menor, este cometido es conveniente que lo realicen los funcionarios de paisano mientras que los de uniforme darán protección a los que realizan la retirada.

ACTUACIÓN DESPUÉS DE LA RETIRADA

El medio de transporte a utilizar debe contar con los medios de seguridad necesario para evitar que en los primeros momentos (que son los más tensos para los menores) traten de huir, teniendo en cuenta si hay niños de corta edad y su seguridad durante el traslado.

Es conveniente una vez retirado el menor pasarlo por un centro sanitario para que por el facultativo se haga una valoración de cómo se encuentra en el momento de la retirada, posteriormente se ingresa en el centro acordado por la Entidad pública.

Se dará cuenta del resultado de la retirada a la Entidad pública si fue ella quien solicitó el auxilio policial o si lo es por iniciativa propia, se dará cuenta siempre al Ministerio Fiscal (Fiscal de Menores) y a la Autoridad Judicial siempre que esté presente en el asunto.

CONCLUSIONES

Desde la creación del Equipo de Menores de la Unidad de Policía de la Junta de Andalucía en el mes de Enero de 1994 y hasta el día 31 de mayo de 1995, se han venido realizando retiradas de menores en todo el territorio de la Comunidad Autónoma con el siguiente resultado:

Total de retiradas realizadas..	63
Sin auxilio judicial.	44
Con auxilio judicial.	15
Sin resolución de desamparo	02
Otras.	02
Total menores retirados	145
Media de menores en cada retirada	2,3

Es de significar que en ninguna de las retiradas hasta el día de la fecha citada, hubo necesidad de emplear la fuerza para realizarlas.

SERVICIOS SOCIALES Y MALTRATO

El lugar de los servicios sociales en la intervención. Una experiencia sobre la incipiente formación de una red

José M^a Lezana Angulo
Diputación Foral de Gipuzkoa

Dentro de la intervención que se realiza en los casos de maltrato y abandono infantil, la experiencia acumulada en los años en que los servicios sociales vienen ocupándose de la competencia en materia de protección infantil, así como los datos sobre la intervención que se realiza en otros países, demuestran que esta actuación está situada en la intersección de las intervenciones de distintos sectores que atienden a la infancia: educación, salud, servicios judiciales, policía, servicios sociales generales y servicios sociales especializados.

En consecuencia, el resultado de la labor de la prevención e intervención en casos de maltrato infantil, depende de las actuaciones parciales de cada una de estas áreas y, además, del modo en que las mismas se coordinan.

Quiere esto decir que, además de ser necesaria la formación de los profesionales de cada área en su propia competencia, se hace preciso también contar con una formación común y puntos de encuentro para la reflexión que tengan como objetivo la unificación de criterios y procedimientos cuando se intervienen en un caso de desprotección infantil.

La agilidad de la respuesta, el conocimiento claro de los procedimientos a seguir cuando se detecta, se investiga o se interviene en un caso de maltrato infantil, así como del lugar al que acudir según las necesidades que el caso presente, son requisitos imprescindibles para alcanzar una actuación eficaz.

El objetivo de esta comunicación es exponer una experiencia llevada a cabo durante el primer semestre de 1995, en la que desde una iniciativa que partió de la Institución en la que trabajo, y que es a la que compete la protección de menores en el territorio histórico de Gipuzkoa, se ha conseguido la participación de profesionales que desde distintos ámbitos se ocupan de la infancia:

- 1.- Justicia: Fiscal de Menores y técnicos de los Juzgados de Familia y de Menores.
- 2.- Salud: pediatras de atención primaria y del ámbito hospitalario, psiquiatras y psicólogos pertenecientes a servicios comarcales de salud mental.
- 3.- Educación: profesionales pertenecientes a Centros de Orientación Pedagógica (COP/Equipos Multiprofesionales de Educación).
- 4.- Policía-Seguridad Ciudadana: agentes de la policía autonómica encargados de atender denuncias relacionadas con violencia intrafamiliar y víctimas de delitos sexuales, así como pertenecientes a la Guardia Municipal de San Sebastián.
- 5.- Servicios Sociales Comunitarios: asistentes sociales pertenecientes a una representación de Servicios Sociales Municipales.
- 6.- Servicios Sociales Especializados: profesionales de la Sección de Infancia y Juventud,

otros pertenecientes a equipos de intervención familiar especializada y a centros de acogida de menores.

El curso, dirigido por el Dr. Jorge Barudy, psiquiatra perteneciente al Servicio S.O.S. Enfance-Famille de Bruselas (Bélgica), ha permitido, gracias a su carácter eminentemente participativo, que se diera un intercambio muy enriquecedor sobre temas que consideramos básicos a la hora de abordar el problema de maltrato infantil:

- Modelos explicativos del maltrato infantil.
- Tipos de maltrato y dinámicas familiares en cada tipo de maltrato.
- Niveles y tipos de intervención.

Aunque está muy reciente la finalización de esta actividad, creemos que ha servido, dentro del objetivo más general de llegar a alcanzar una acción intersectorial coherente y bien coordinada, para cubrir los primeros peldaños de este proceso, es decir:

- Lograr un cambio de actitudes en la intervención de cada profesional, de manera que se reconozca la necesidad de intervención de otros profesionales y la limitación de uno mismo.

- Permitir un conocimiento mutuo, de manera que en cada momento seamos conscientes de los posibles recursos tanto propios como de otros sectores profesionales.

- Dar una formación amplia y común que permita capacitar a los profesionales para el trabajo intersectorial.

Otros objetivos que empiezan a cubrirse, o sobre los que existen proyectos concretos para un futuro próximo son:

- Realizar evaluaciones y propuestas de actuación conjuntas por parte de los organismos implicados en la atención de un caso concreto.

- La Ertzaintza (Policía Autónoma) ha diseñado un plan para la atención de víctimas de maltrato y/o abuso sexual utilizando para ello la formación adquirida en el curso y manteniendo un contacto continuo con los servicios sociales de base y especializados.

- Existen varios proyectos de formación y sensibilización que implicarán a diversos grupos profesionales en contacto con la infancia: médicos-pediatras, educación primaria, servicios sociales.

- Diseñar protocolos de actuación para cada una de las fases de intervención que permitan una recogida ágil de información, así como una evaluación y derivación adecuadas.

Servicios sociales y maltrato infantil

Alicia Payá Molina
Ayuntamiento de Valencia

MARCO LEGAL

- *Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana*: atribuye a la Generalitat Valenciana la competencia exclusiva en materia de asistencia social, de fundaciones y asociaciones de carácter benéfico-asistencial, de las instituciones de protección y ayuda de menores y demás grupos o sectores requeridos de especial protección.

- *Ley 7/1985*, de 2 de abril, reguladora de las bases del régimen local.

- *Ley 21/1987*, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción.

- *Decreto 23/1988*, de 8 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, de medidas de protección de menores en situación de desamparo en la Comunidad Valenciana.

- *Ley de la Generalitat Valenciana 5/1989*, de julio, de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana.

- *Ley Orgánica 4/1992*, de 5 de junio, sobre la reforma de la Ley Reguladora de la Competencia y el Procedimiento de los Juzgados de Menores.

- *Ley 7/1994*, de 5 de diciembre, de la Generalitat Valenciana, de la Infancia.

NIVELES DE INTERVENCIÓN

A las corporaciones locales les corresponden las intervenciones generalizadas, de atención primaria en sus aspectos preventivos, asistenciales y rehabilitadores.

El Ayuntamiento de Valencia viene desarrollando un Programa del Menor, enmarcado dentro de las competencias que le son atribuidas por la legislación vigente en esta materia y que se concretan en:

Prevención primaria o general

Va dirigida a familias con factores de riesgo social, psicológico y familiar que favorecen la aparición de los malos tratos en la infancia.

Los recursos que se utilizan son:

- Prestaciones básicas de Servicios Sociales Generales.

- Programas de Inserción. PER (Prestación Económica Reglada)

- Becas de comedor y escuela infantil.

- Actividades de animación socio-cultural:

. Durante el curso escolar.

. En períodos vacacionales.

- Programas comunitarios.

- Proyectos de coordinación con las Administraciones Públicas (Educación, Sanidad,

Policía, etc.) y entidades privadas (Asociaciones de vecinos, Asociaciones sin ánimo de lucro, Cáritas, Cruz Roja, etc.) que intervienen con la infancia.

Prevención secundaria o específica

Va dirigida a familias con variables problemáticas detectadas y que, de su diagnóstico y pronóstico de desenvolvimiento, se prevé una situación de "alto riesgo" de maltrato infantil.

En este nivel de intervención se requiere de una intervención técnica planificada y sistematizada en un Proyecto de Intervención Socio-Educativo, con definición de objetivos, propuesta metodológica por ámbitos de intervención -dinámica familiar, higiénico-sanitario, vivienda, escolar, económico-laboral y de relaciones con el entorno-, calendario e indicadores de evaluación.

Los recursos que se utilizan son:

- Los descritos en el nivel de intervención primaria o generalizada.
- Las prestaciones de apoyo económico a la familia.
- El programa de ayuda a domicilio.
- Programa de Trabajadores Familiares (propuesta para 1996).

Prevención terciaria o especializada

Va dirigida a familias que por la complejidad, cronicidad y diversidad de las problemáticas detectadas se evidencia una situación de "maltrato infantil".

Este nivel de intervención se articula por su objeto y objetivos mediante la acumulación de recursos técnicos cualificados y con un carácter interdisciplinar.

El recurso principal de este nivel es el Programa de Intervención Familiar.

Protección

La intervención especializada en materia de protección corresponde a la Generalitat Valenciana a propuesta de los Servicios Sociales Municipales que desarrollan proyectos técnicos con:

- Familias de origen para modificar situaciones con el objetivo de posibilitar la integración de los menores.

- Instituciones de integración familiar y familias acogedoras para garantizar el desarrollo armónico, físico y emocional de los menores a su cargo, propiciando la colaboración con la familia natural y la integración de los menores, excepto cuando el pronóstico apunta a la adopción.

En el nivel en que nos encontramos, el Ayuntamiento de Valencia realiza los informes socio-Familiares de idoneidad de aquellas familias que desean formar parte del recurso de Familias Educadoras, Acogedoras y Adoptantes.

Organización y funcionamiento

El desarrollo y ejecución de los programas y de las actuaciones en los distintos niveles

de prevención y protección se lleva a cabo a través de los ocho Centros Municipales de Servicios Sociales que existen en la ciudad de Valencia, que garantizan, por el criterio de desconcentración, la igualdad de acceso y atención.

La detección de las situaciones de "maltrato infantil" se realiza por el Servicio de Información, Orientación y Valoración mediante una primera aproximación a la problemática de riesgo y una derivación al Programa del Menor formado por un equipo de profesionales de distintas disciplinas.

COORDINACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS NIVELES DE INTERVENCIÓN. PROBLEMAS ACTUALES

La coordinación de las Administraciones Públicas y Privadas acreditadas en los distintos niveles de intervención ha sido un criterio reconocido y asumido como absolutamente necesario e imprescindible para la atención global a la infancia en dificultad social. Se han aunado esfuerzos políticos, administrativos y técnicos en este sentido, pero podríamos decir que, aunque están sentadas las bases que nos permiten afrontar esta tarea, sentimos la necesidad de formalizar este principio mediante la implementación de programas que delimiten y sistematicen el contenido y ejecución de las acciones que, aun siendo competencia de distintas administraciones, confluyen en el mismo objeto de trabajo.

Es, pues, éste un reto pendiente que hemos de afrontar a partir de la Ley de Infancia en cuyo marco y las exigencias que de él se derivan -elaboración del reglamento que lo desarrolla y sobre todo del Plan Integral de la Infancia- harán posible el compromiso en un mismo objetivo -el desarrollo integral de la infancia- de las distintas administraciones y entidades privadas con competencias en el sector.

Servicios sociales y maltrato

Francisco Carrasco Pozo

Dirección General de Asuntos Sociales, Generalitat Valenciana

MARCO LEGAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

- *Estatuto de Autonomía.*
- *Ley de Servicios Sociales.*
- *Ley de Infancia.*
- *Plan de Ordenación de los Servicios Sociales.*

EL MODELO DE ATENCIÓN A LA INFANCIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

El modelo de atención a la infancia en la Comunidad Valenciana se configura esencialmente por una serie de características específicas como son:

1.- La prevención de los factores de riesgos.

2.- La tendencia a la globalización de las actuaciones de las entidades públicas y privadas mediante un Plan Integral de Atención a la Infancia, que coordina la Generalitat Valenciana.

3.- Creación y consolidación de una Red de Atención a la Infancia en los diferentes niveles, tanto a nivel primario, como especializado. Hay que hacer especial hincapié en que el modelo valenciano pone especial énfasis en la municipalización de la atención; realizando un esfuerzo conjunto tanto de los Ayuntamientos como de la Generalitat por potenciar, en el marco de los Servicios Sociales Municipales, la atención al menor y a la familia; existen ya bastantes Ayuntamientos que incorporan equipos especializados de atención. El instrumento de colaboración han sido los convenios de colaboración.

4.- Integración de la iniciativa social y las redes de solidaridad en el trabajo de atención a la infancia. Se fomenta el asociacionismo, subvencionando y estimulando toda clase de iniciativas en pro de la infancia en dificultad social.

5.- Fomento de experiencias de atención a familias y/o niños que se encuentran con problemas de relación o situaciones de abuso o malos tratos.

Existen experiencias de este tipo que se llevan a cabo conjuntamente con la Universidad, Ayuntamientos, la Generalitat y el Ministerio de Asuntos Sociales. Algunas de ellas han sido pioneras dentro del Estado Español y su validación e implantación a otros municipios está en proceso en estos momentos.

Dentro de esta línea de actuación se ha estimulado que los propios profesionales de los equipos municipales participen e investiguen en los procesos de atención a la infancia, como una tarea más de su trabajo cotidiano, un ejemplo pudiera ser el de la Comarca de la Safor (Valencia).

6.- Consolidar estructuras de trabajo. Planes de formación de los profesionales que actúan sobre la infancia y validación de materiales de trabajo.

COORDINACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS NIVELES DE ACTUACIÓN

La Ley de Infancia regula la coordinación entre los distintos niveles de intervención asignando las responsabilidades a cada Administración y regulando la participación de la iniciativa social.

La calidad de los servicios que de respuestas a las necesidades de los niños requiere una articulación adecuada de las Administraciones educativas, sanitarias, sociales, culturales y de preparación al mundo laboral. No se necesita muchas veces una indiscriminada ampliación de recursos sino una coordinación y armonización de los existentes en función de las demandas.

La Ley clasifica en cuatro Programas Genéricos, las acciones a llevar a cabo en el Plan Integral: **información, accesibilidad, cooperación, convivencia y reinserción**, que a su vez tienen su desarrollo a nivel de atención primaria y de atención especializada dentro del plan integral de una vigencia de tres años que desarrollan todas las Administraciones implicadas.

PROGRAMAS DE INFORMACIÓN

Atención primaria municipal:

- Campañas informativas de ámbito local sobre prevención de riesgos, situaciones de desamparo y estrategias contra la inadaptación.

- Servicios de asesoramiento integrados en los centros sociales o en oficinas de información municipales.

Atención especializada autonómica:

- Campañas informativas de ámbito autonómico sobre prevención de riesgos, situaciones de desamparo y estrategias contra la inadaptación de carácter especializado.

- Servicios de diagnóstico prestados por Centros de Salud y Servicios Psicopedagógicos.

- Consellerías que desarrollan programas: Consellería de Educación, Ciencia y Cultura, Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales, Consellería de Sanidad y Consumo y Consellería de Administración Pública.

PROGRAMAS DE ACCESIBILIDAD

Atención primaria:

- Seguimiento del absentismo coordinado por los Servicios Sociales Municipales.

- Promoción de la inserción prelaboral, coordinada por los Servicios Sociales Municipales.

Atención especializada:

- Prevención de los malos tratos.
- Integración escolar.
- Medidas laborales de inserción.
- Eliminación de barreras arquitectónicas y de comunicación.
- Consellerías que desarrollan programas: Consellería de Educación, Ciencia y Cultura, Consellería Trabajo y Asuntos Sociales, Consellería de Sanidad y Consumo y Consellería de Obras Públicas, Urbanismo y Transportes.

PROGRAMAS DE COOPERACIÓN

Atención primera:

- Promoción de la autoayuda, a cargo de los Servicios Sociales Municipales.
- Fomento del voluntariado, a cargo de los Servicios Sociales Municipales.
- Promoción de las organizaciones solidarias, a cargo de los Servicios Sociales Municipales.

Atención especializada:

- Acreditación de centros y servicios.
- Regulación del Régimen de Cooperación.
- Reconocimiento de las instituciones de integración familiar.
- Consellerías que desarrollan programas: Consellería de Educación, Ciencia y Cultura, Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales, Consellería de Sanidad y Consumo, Consellería de Administración Pública.

PROGRAMAS DE CONVIVENCIA

Atención primaria:

- Ayuda económica a la familia, a cargo de los Servicios Sociales Municipales.
- Ayuda socio-educativa a la familia, coordinada por los Servicios Sociales Municipales.
- Ayuda a domicilio, coordinada por los Servicios Sociales Municipales.
- Acogimiento familiar en familia extensa, coordinada por los Servicios Sociales Municipales.
- Familia educadora, coordinada por los Servicios Sociales Municipales.

Atención especializada:

- Terapia familiar.

- Familias educadoras.
- Acogimiento pre-adoptivo.
- Adopción.
- Acogimiento en residencia.
- Consellerías que desarrollan programas: Consellería de Educación, Ciencia y Cultura, Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales y Consellería de Sanidad y Consumo.

PROGRAMAS DE REINSERCIÓN

Atención primaria:

- Amonestación coordinada por los Servicios Sociales Municipales.
- Servicios de apoyo y medidas alternativas al juez, coordinada por los Servicios Sociales Municipales.
- Libertad vigilada, coordinada por los Servicios Sociales Municipales.
- Prestación de servicios en beneficio de la comunidad, coordinada por los Servicios Sociales Municipales.
- Reparación extrajudicial, coordinada por los Servicios Sociales Municipales.

Atención especializada:

- Tratamiento ambulatorio.
- Ingreso en centro terapéutico.
- Ingreso en centro en régimen abierto.
- Ingreso en centro de régimen semi-abierto.
- Ingreso en centro de régimen cerrado.
- Instrucción de apoyo.
- Instrucción de tratamiento terapéutico.
- Asesoramiento educativo.
- Consellerías que desarrollan programas: Consellería de Educación, Ciencia y Cultura, Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales, Consellería de Sanidad y Consumo y Consellería de Administración Pública.

Los retos de los trabajadores sociales dentro o desde los servicios sociales del bienestar infantil

Kari Killèn

Norwegian Institute of Child Welfare, Oslo

Uno de los muchos retos de la función de los trabajadores del bienestar infantil en los Servicios Sociales es la comprensión de la dinámica del abuso y del abandono.

No podemos basar nuestra ayuda a la familia en demostrar quien lo ha hecho. Tenemos que basarla en la comprensión.

El conocimiento del niño, de cada uno de los padres, de las relaciones entre ellos, de sus redes sociales y económicas, de sus factores culturales (así como la relación entre todos ellos) es necesario para ser capaces de ofrecer una ayuda adecuada.

Tenemos que evaluar cuando existe en el hogar una estructura suficiente para poder crear una situación lo suficientemente buena y cuando no, y entonces garantizarle al niño una situación distinta.

Hacer esa valoración no es sólo un reto intelectual, es también un desafío emocional, encarando tanto el sufrimiento del niño como el de los padres y construyendo una relación para ellos.

Estos problemas serán discutidos tanto como el tiempo nos lo permita.

Servicios sociales y maltrato

Jacqui C. Roberts

Tayside Social Work Department, Reino Unido

En este documento explicaré que la política de trabajo social para la protección de la infancia maltratada y abandonada depende de un amplio y flexible punto de vista general sobre el bienestar de las familias, si no queremos que los servicios sociales se conviertan en un trabajo policial temido tanto por los niños como por sus padres.

En un número de países, y el Reino Unido es un buen ejemplo de ello, la política de los servicios sociales sobre niños maltratados ha sido constituida sobre las comprensibles reacciones que provoca la abundante publicidad de algunas tragedias como la de los niños asesinados por sus padres, pero nadie de los servicios públicos ha detectado antes el sufrimiento de esos niños. Comienza entonces un proceso por medio del cual el público se siente abrumado por la extendida difusión de los abusos infantiles y es un clamor que los servicios sociales no pueden cumplir con su responsabilidad de proteger a la infancia vulnerable (a los niños de alto riesgo). Este proceso puede llevar a una política que se centre en la investigación del abuso en detrimento de los servicios de "tratamiento" o de "prevención".

Es por lo tanto fundamental para los responsables y legisladores de una política social el ser muy claros sobre su filosofía ante la entrega a los servicios públicos de los niños maltratados y abandonados. El trabajo de protección infantil necesita ser parte de una prevención del bienestar general de las familias. Los servicios de protección infantil necesitan estar integrados en el marco de unos servicios sociales que se basen en un compromiso político para el bienestar de niños y familias, como señalan las Naciones Unidas en los Derechos del Niño.

Los servicios para el bienestar de niños y familias requieren un compromiso político para la prevención de la salud, la educación y la Seguridad Social de las familias en riesgo (vulnerables), todo lo cual requiere un sistema legal facilitativo que convierta en un **deber** para los servicios públicos el promover el bienestar familiar e intervenir en la vida de las familias sólo cuando sea absolutamente imprescindible y cuando todos los esfuerzos por apoyarla hayan sido agotados.

Sólo cuando esta filosofía general haya sido establecida es posible construir unos servicios de protección con menos principios punitivos. La legislación común de Nueva Zelanda: *Ley para los Niños, los Jóvenes y sus Familias* es un buen ejemplo de legislación facilitadora. Ilustraré cómo la participación de familias, niños y jóvenes puede ser exitosamente incorporada a la prevención del maltrato por los Servicios Sociales, en contra de lo que ocurre cuando se conduce a la gente ante la autoridad para intervenir drásticamente en la vida familiar para proteger a niños vulnerables.

NUEVAS FORMAS DE ABORDAJE EN MALTRATO INFANTIL

Introducción

Antonio Baño Rodrigo
UNICEF España

El maltrato infantil no es un problema nuevo, ni su descripción en la literatura un hecho reciente, pero su irrupción, en cierto modo brusca, en los círculos científicos y medios de comunicación en los últimos años, ha hecho que en nuestro país se cree un estado de sensibilización especial, y en cierto modo propicio, para analizar y estudiar las causas y métodos diagnósticos del maltrato infantil.

Actualmente sabemos que el niño maltratado existe, y que es una de las enfermedades sociales más importantes que sobre él incide, en la que el niño es el elemento diana, pero que es una enfermedad que padece, sobre todo, la familia maltratante, y que la sufre el niño. Las motivaciones reales del maltrato, su detección, epidemiología y prevención, son escasamente conocidas, por lo que es obligado realizar investigaciones serias y científicas para llegar a su mejor conocimiento. Es necesario enseñar más y mejor esta enfermedad, sobre todo a los profesionales que trabajan en contacto con el niño (sanitarios, educadores), entendiéndose que el abordaje de este problema deberá ser multidisciplinario, interviniendo todos los estamentos relacionados con la infancia, para tratar, y sobre todo identificar, a los niños maltratados o en riesgo de serlo.

La prevención del maltrato pasa por conseguir unas relaciones mutuas de amor, cariño y afectividad entre padres e hijos. Pero, a su vez, dependerá también de las distintas estructuras sociales y políticas que convivan con el niño. Sólo aquellos países con una elevada estima por los valores de la infancia y con leyes apropiadas que protejan a los niños, no sólo frente al maltrato familiar, sino también frente al institucional o incluso cultural, serán los que estén en mejores condiciones de disminuir sus tasas de maltrato infantil en las próximas década.

Las Organizaciones No-Gubernamentales (ONGs) tienen un papel en la protección de los derechos de la Infancia, colaborando con los Gobiernos en la defensa de los niños, y ayudando, a la creación y puesta en práctica de leyes fundamentales que amparen los derechos de los menores. Aún cuando su ámbito de acción sea diverso, la protección de la infancia deberá ser una de sus metas, tanto en el país propio como en los ajenos, y deberán actuar, haciendo oír su voz, dondequiera que los derechos de los niños sean olvidados y/o se les maltrate, sea por parte de quien sea, gobiernos, instituciones, ideas religiosas o culturales y/o personas físicas.

La comunidad internacional dispone, por primera vez en la historia, y sólo desde hace pocos años, de un texto completo de protección a la infancia, la Convención de los

Derechos del Niño, aprobada por las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, en la cual se da prioridad a los intereses de los niños en todas aquellas materias que les conciernen, aportando un instrumento legal y un marco de actuación idóneo para la protección de la infancia. Esta Convención, en sus arts.19, y 33 a 39, contempla la protección del niño ante cualquier forma de maltrato o explotación, incluyendo el abuso sexual, tráfico de drogas, y la protección frente a toda clase de torturas o crueldad, advirtiendo a los Gobiernos contra la utilización de niños en conflictos armados.

Las ONGs, actuando unas veces mediante la divulgación de estos textos, o facilitando que los niños expresen por sí mismos sus dificultades, o actuando conjuntamente para la promoción de leyes de protección a la infancia, o finalmente, ayudado directamente en circunstancias puntuales a niños en situaciones de riesgo, aportan una ayuda inestimable para conseguir el objetivo común de denunciar, defender y evitar, que los niños de todo el mundo sean víctimas de uno de los mayores problemas sociales fuente de mortalidad, morbilidad y secuelas físicas y psíquicas: el "maltrato infantil".

Consideramos que no debe privarse al niño de su medio familiar y de su entorno, salvo en condiciones excepcionales, pues se ha demostrado que es dentro de la familia donde se logra el desarrollo óptimo de las necesidades globales de los niños en todos sus ámbitos.

PRODENI: Asociación para la Defensa de los Derechos del Niño y de la Niña

José Luis Calvo Casal
PRODENI

¿QUE ES PRODENI?

Es una Asociación humanitaria, de carácter no lucrativo, para la defensa de los derechos del niño y la niña. Nació en Málaga en 1987 como respuesta a los déficits sociales en materia de protección a la infancia tras un estudio en las barriadas deprimidas de La Palma-La Palmilla (1986). Se constituyó con el doble objetivo de incidir en la Administración (más recursos y mayor eficacia), y en la propia sociedad (difundir los derechos del niño y crear conciencia).

Nuestros estatutos se ampliaron en 1990 a todo el país y la estructura organizativa quedó definida por Prodenis locales autónomos, vinculados en la Junta Directiva y en la Asamblea General de Socios de lo que llamamos PRODENI-España. Actualmente existen los de Málaga, Puerto de Santa María, Granada, Jaén, Campo de Gibraltar y Madrid, estando a las puertas la creación de algunos más.

¿CUAL ES LA MISIÓN DE PRODENI?

Consiste en ir abriendo espacios al debate, a las denuncias y a las propuestas con el fin de colaborar en la erradicación de los malos tratos, así como presionar a la Administración hacia un mayor compromiso y eficacia de los instrumentos que actúan sobre el menor: sociales, educativos, sanitarios, judiciales, ..., porque, junto a la evidencia de malos tratos a niños y niñas, en general, también estamos convencidos de la existencia del maltrato institucional (por acción y por omisión), en un grado ciertamente alarmante y, quizás, más difícil de enfrentar.

Desde esa perspectiva y sin olvidar que, para PRODENI, debe dársele a la infancia un mayor protagonismo en la participación y compromisos sociales (tal como quiere la Convención), la Asociación encara su lucha y actividad de la siguiente forma:

¿QUE HACE PRODENI ANTE LOS MALOS TRATOS?

1. Propone y plantea fórmulas de relación de la sociedad con la infancia, con el fin de mejorar las condiciones de convivencia y comprensión menores-adultos:

- Ha participado en la redacción de convenios sobre permanencia de padres con sus hijos hospitalizados.
- Ha instalado un Teléfono del Niño para la Comunidad Autónoma Andaluza, de llamada gratuita.

- Promociona la celebración del Día de los Derechos del Niño, cada 20 de noviembre.
- Ha propuesto la elaboración de una *Carta Municipal de los Derechos del Niño*.
- Participa en charlas, encuentros, congresos, ...
- Edita la revista bimestral *El cuento roto*.

2. Denuncia y ataca la injusticia sobre los niños y niñas:

Detecta los casos a través de:

- El Teléfono del Niño.
- Los medios de comunicación.
- Asesoramiento (tanto a niños, adultos, profesionales y entidades).

Dispone de un reducido número de profesionales contratados y de otros, voluntarios, que cubren las demandas de intervención (psicólogos, trabajadores sociales, abogados...)

Dependiendo en cada caso:

- Resuelve directamente.
- Remite a diferentes organismos (policía, servicios sociales, juzgados, fiscalía, Defensor del Pueblo...).
- Denuncia o defiende con sus asesores jurídicos.
- Denuncia públicamente ante los medios de comunicación.
- Efectúa campañas de presión (recogida de firmas, elaboración de dossiers, concentraciones o marchas, etc.).

¿Que ejemplos podría destacar PRODENI de actuaciones concretas?

Mendicidad infantil:

Fue la primera actuación de PRODENI (Málaga, 1987). (Encuesta en la calle, denuncia posterior ante el Ayuntamiento). Conseguimos un Plan Municipal de Erradicación que ha funcionado bien. En 1991, ante las instituciones sevillanas (Ayuntamiento y Junta), con escritos y denuncias. Hasta 1994 no logramos un cambio de actitud, gracias también al Defensor del Pueblo Andaluz y a la nueva Policía Autonómica. Finalmente, el Ayuntamiento colaboró. En Granada logramos la creación de otro plan municipal, después de varias reuniones. Se ha puesto en práctica desde 1994 con buen pie.

M.S.:

Se trata de la niña malagueña que padece sida. Fue noticia en 1989-90 y posteriormente en el 92 por sucesivos rechazos sociales e indefensión de la propia Administración Educativa. La defendimos en una época en que nadie daba la cara por ella. Se detectaron silencios clamorosos. En 1990, una resolución judicial, tras denuncia de PRODENI, obligó a su escolarización. Dos años después, en su nuevo colegio, denunciarnos medidas discriminatorias de la dirección del Centro con el consentimiento de la Delegación Provincial de Educación. En enero de 1993 le fueron retiradas después de un duro escrito del Defensor del Pueblo Andaluz, al que tuvimos que recurrir.

En junio del 95 descubrimos una grave negligencia de la Delegación de Trabajo y Asuntos Sociales, al no haber tutelado correctamente a la niña, ni haberla desamparado antes de la entrega a su familia actual. Denunciamos este "error" al Consejero y lo presentamos en la Fiscalía, pues se han desviado serios perjuicios a M. ante la llegada de su padre biológico (salido de la cárcel) con pretensiones de llevarse a ella con él.

Padres con hijos hospitalizados:

A lo largo de 1989 negociamos, sin resultados, con la dirección del Hospital Materno Infantil de Málaga, la permanencia de los niños con sus padres. Detectamos alrededor de 25 casos de niños que habían sufrido trastornos psicológicos tras su paso por el Hospital. Hubo de recurrirse a la presión para conseguir la firma de un convenio que garantizaba la presencia permanente de los padres junto a sus hijos, tal como dictaba *La Carta Europea de Derechos del Niño Hospitalizado*.

A partir de mayo de 1995, los padres de Granada ya gozan de ese derecho gracias a la negociación de los compañeros de PRODENI en la zona con las autoridades sanitarias.

También colaboramos con la Asociación de Padres de Niños Oncológicos ASION, por problemas similares en algunos hospitales de Madrid.

La presión ejercida por PRODENI (remitimos escritos al Ministro de Sanidad) facilitó que otros hospitales, a lo largo del país, cambiaran de actitud y se sumaran a la medida.

Monte Gurugú:

Es un enclave marginal de familias gitanas, trasladadas allí en 1984 por el Ayuntamiento de Mijas, tras un desalojo de terrenos en los que se iba a construir un centro de salud. El propio Ayuntamiento edificó un barracón de viviendas adosadas (20 metros cuadrados cada una) sin saneamientos, agua, luz, water, ni cocina. Once años después presentan un aspecto lamentable y ruinoso, habitándolo actualmente ocho familias, entre los que se encuentran 42 niños y niñas menores de 16 años.

Desde 1988, venimos denunciando y exigiendo viviendas dignas, con programas de apoyo social, principalmente a los niños, sin obtener respuesta ni del Ayuntamiento ni de la Junta de Andalucía. En 1993, en dos ocasiones, el Alcalde prometió viviendas y programas sociales sin cumplir nada de lo que afirmó.

A partir de la adolescencia, ninguno de los niños/as de allí escapa a la delincuencia, droga, actividades marginales, etc.

Tampoco se hizo caso al Defensor del Pueblo Andaluz, quien, a petición de PRODENI, visitó la zona y emitió un duro informe (febrero 1993).

Actualmente, y organizado por el Ayuntamiento, viven en tiendas de campaña en una zona insalubre en condiciones todavía más lamentables, al tener que abandonar el poblado por epidemias de ratas, mosquitos y falta de agua. El Alcalde prohibió la utilización de un colegio público para un programa de la Junta de Andalucía de escuela de verano.

Niños crónico-ventilodependientes:

Son los niños y niñas (200 aproximadamente en España, 17 en Andalucía) que permanecen postrados de por vida en las UVI de hospitales de la red pública, afectados de tetraplejia y asistidos de ventilación mecánica. No reciben más estímulos que los propios de las salas donde son atendidos. PRODENI se informó del drama de estos menores a finales de 1993 y, desde entonces, venimos insistiendo ante los estamentos político y administrativos porque se lleven a cabo programas de integración en las familias y que los niños/as afectados puedan vivir en sus hogares.

Nunca la Administración se había preocupado. Desde entonces, hemos conseguido mover algunas piezas, aunque el resultado actual es muy negativo. Como siempre las promesas actúan como colchones amortiguadores de las presiones porque la maquinaria administrativa suele ser muy pesada y falta de sensibilidad hacia los problemas de los más necesitados.

PRODENI ha acudido al Defensor del Pueblo Andaluz una vez más, y la queja ha sido admitida a trámite. Esperamos que 1995 sea el año de la desconexión hospitalaria de los niños crónico-ventilodependientes.

Cáritas ante los malos tratos a la infancia y adolescencia

M^a Jesús Martínez Rupérez

Cáritas Española

1. Algunos previos que nos ayudan a contextualizar:
 - 1.1. Cáritas: es una institución que opta y se compromete por los colectivos y situaciones más vulnerables.
 - 1.2. Expresiones y posicionamientos ideológicos que mal tratan.
 - 1.3. Concepto del maltrato infantil.
2. Apuntes desde la experiencia ...
 - 2.1. La infancia en situación de marginación.
 - 2.2. Factores o situaciones de riesgo:
 - 2.2.1. Individuales.
 - 2.2.2. Familiares.
 - 2.2.3. Sociales.
 - 2.2.4. Institucionales.
 - 2.3. Teorizamos a partir de la práctica educativa diaria.
 - 2.3.1. Algunas pistas que orientan la acción:
 - . la pedagogía de lo cotidiano
 - . programas de acción socio-educativa
 - . desde una triple perspectiva:
 - integral
 - global
 - comunitaria
3. Hacia un modelo de actuación socio-educativa con la infancia y adolescencia.
 - 3.1. ¿Con quiénes trabajamos?: con el colectivo que participa en los programas que son niñas y niños de 0 a 16 años, y los espacios y agentes de socialización.
 - 3.2. ¿Cuáles son nuestras finalidades educativas?
 - . la prevención
 - . la atención integral
 - . la promoción personal y colectiva
 - . la integración activa
 - . la transformación social
 - 3.3. Este planteamiento nos exige:
 - . Los Derechos de las Niñas y Niños son un eje transversal que atraviesa cualquier relación o actuación con ellos.
 - . Creer en las potencialidades de la infancia y crear espacios de crecimiento y desarrollo donde sean ellos los protagonistas
 - . A partir de una actuación integral con las niñas y niños vamos abarcando otras dimensiones que les afectan directa o indirectamente:
 - las familias
 - la escuela y otros centros educativos
 - el barrio o pueblo
 - . Una implicación personal y profesional desde un compromiso socio-

político.

3.4. Y... ¿cómo lo hacemos?: con programas de acción social. Distintas propuestas.

Aldeas Infantiles S.O.S. de España

José Luis de la Casa Mesa

Aldeas Infantiles S.O.S.

La necesidad de proporcionar a niños y niñas atención y cuidado, a raíz del ordenamiento jurídico internacional y nacional, ha hecho aparecer diferentes dispositivos que contemplan las medidas de protección.

Aldeas Infantiles S.O.S. se presenta como una alternativa más de atención a la infancia. Su filosofía, "la filosofía S.O.S.", debe ser entendida desde el conocimiento de su proceso histórico, su cultura y una metodología propia y específica.

El **proceso histórico**, iniciado por Hermann Gmeiner en Imst (Austria), creando en 1949 la primera Aldea Infantil S.O.S., se iniciaba deseando dar respuesta a la peculiar situación de desamparo en la que la infancia se encontró como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial.

Desde entonces, Aldeas Infantiles S.O.S. se configura como una obra social de carácter privado e independiente de toda orientación política o confesional. Su labor consistente en ofrecer una familia, un hogar estable y una sólida preparación para la vida a niños y niñas huérfanos o abandonados, se ha visto necesariamente extendida en la actualidad a todos los que sufren alguna situación de desamparo.

El desarrollo y expansión de Aldeas Infantiles S.O.S. ha llevado, no sólo a fundar nuevas *aldeas*, sino a conservar y coordinar internacionalmente la idea, la filosofía y la pedagogía específica de lo que convenimos en llamar "cultura de la organización". En virtud de este propósito, el 26 de noviembre de 1960, se creó en Estrasburgo la Federación Central de S.O.S. Kinderdörf International, a la que pertenecen todas las asociaciones nacionales S.O.S. y las asociaciones promotoras.

Posteriormente, hacia 1963, se inicia el proceso de implantación en países en vías de desarrollo de África, América y Asia. Hoy, S.O.S. Kinderdörf International es la organización social privada de atención a la infancia de mayor magnitud a nivel mundial, estando presente en más de 120 países con más de 1200 establecimientos (de los que 326 son *aldeas* y el resto jardines de infancia, centros médicos, centros formativos, comedores, ...), que atienden directa o indirectamente a más de 200.000 niños, niñas y adolescentes. (Son datos correspondientes al boletín *Datos y cifras 1995* de S.O.S. Kinderdörf International)

S.O.S. Kinderdörf International es miembro afiliado, categoría C, de la UNESCO y mantiene un asesor permanente en el Consejo Económico y Social de la ONU.

La **filosofía S.O.S.** requiere una metodología de funcionamiento que, adaptándose a las necesidades sociales de cada lugar y momento, mantenga como objetivo fundamental "propiciar a cada niño o niña en situación de desamparo un hogar digno y un entorno normalizado, donde pueda desarrollarse como cualquier otro ciudadano".

Cada *aldea* está configurada por un determinado número de hogares funcionales cuya organización y construcción varía en función de las posibilidades de integración que ofrece el entorno y de acuerdo con la política social y las necesidades que imperan en esos momentos.

En este sentido, las *aldeas* no pueden considerarse ni un macrocentro dividido en pequeñas comunidades formativas, ni tampoco instituciones en las que niños y niñas pasan

un corto período de tiempo, salvo que sea en su propio interés y/o porque exista otro instrumento de protección más adecuado. Son, como se ha dicho anteriormente, un conjunto de hogares funcionales, que, unidos en un espacio físico, se desarrollan cada uno de ellos con independencia de los demás, y se ocupan de la guarda del menor a medio y largo plazo, posibilitando así su resocialización y normalización.

En cada uno de los hogares que constituyen una *aldea*, el menor no sólo encuentra una casa en la que se le acoge sino también un clima afectivo, un apoyo estable y una especial atención a su desarrollo armónico individual.

Para ello, y en consecuencia, cada familia funcional está configurada por los niños y niñas acogidos, la educadora-responsable y el coordinador de familias.

El coordinador de familias y la educadora responsable se esfuerzan a diario en llegar a acuerdos sobre cuantos aspectos referidos a la educación de los menores es necesario, y en crear un núcleo familiar participativo en el que niños y niñas encuentren realmente el afecto y la seguridad vital de que puedan carecer. Para conseguirlo procuran inculcarles las ideas que recoge el proyecto formativo y mantener un nivel de vida austero que les permita superar la concepción consumista y hedonista existente en la sociedad.

Para facilitar el buen funcionamiento de estas familias funcionales, Aldeas Infantiles S.O.S. pone a disposición de las mismas un apoyo organizativo tanto económico como material y técnico. Este último se realiza fundamentalmente por un equipo técnico que dota al coordinador de familias y a la educadora-responsable, de instrumentos facilitadores de su labor formativa con los menores acogidos y de su necesaria relación con las familias biológicas, los órganos de protección de menores, los centros educativos, etc.

Aldeas Infantiles S.O.S. de España, para conseguir su objetivo: *"Integrar, familiar y socialmente de forma eficaz y positiva, a los menores que en situación de desamparo, le son confiados, impulsando su autonomía y emancipación en igualdad de derechos y obligaciones con los niños, niñas y jóvenes normalizados del entorno, consiguiendo que sean y se sientan ciudadanos válidos para la sociedad"*, procura:

- Facilitar el proceso de acogida del menor a través de la administración competente (estatal o autonómica), velando porque su incorporación al hogar S.O.S. resulte satisfactorio.

- Dotar al hogar S.O.S. de los instrumentos necesarios para realizar una atención individualizada y una normalización e integración social capaz de cubrir las necesidades afectivas y materiales de sus miembros.

- Potenciar que el retorno de menores o jóvenes con su familia sea asumido por los miembros implicados, y evitar situaciones que conduzcan al desarraigo.

- Apoyar la incorporación progresiva del joven a otros dispositivos juveniles para satisfacer las necesidades propias de la edad y ponerlo en contacto con los recursos existentes de formación y empleo, sin perjuicio de que se haya alcanzado la mayoría de edad civil.

El proceso normalizador del menor se sustenta en cuatro pilares como unidad de acción formativa:

- La educadora-responsable (*madre* S.O.S. en la terminología S.O.S.).
- Los hermanos.
- El hogar.
- La *aldea*.

La educadora-responsable (*madre S.O.S.*)

- Proporciona un ambiente estable y normalizado.
- Constituye el núcleo afectivo y permanente de atención a las necesidades individuales.
- Interviene junto con el coordinador de familias en el proceso formativo.

Los hermanos

- Los hermanos biológicos conviven juntos en el hogar con independencia de la edad y el sexo.
- Potencian la creación de nuevos lazos afectivos en la construcción de una vivencia personal.

El hogar

- Es el núcleo familiar autónomo.
- En él se trabaja, se come, se llora, se ríe, ..., es el centro de la vida cotidiana de niños y niñas.
- Proporciona seguridad y protección.
- Su distribución física propicia los espacios necesarios para el ejercicio de la propia intimidad.

La aldea

- Es el puente normalizador con el entorno
- Es el núcleo en torno al cual las familias adquieren madurez.

Nuevas formas de abordaje en maltrato infantil

Isidro Villoria Martín
Fundación ANAR

NUEVOS PROBLEMAS, NUEVAS SOLUCIONES

Las últimas décadas del presente siglo, han supuesto tal avance científico y técnico, que la actividad cotidiana de nuestras vidas ha cambiado con más rapidez de la que posiblemente nuestro cerebro puede asimilar. La percepción del mundo es mucho más nítida y rica en matices que la que podíamos tener tan solo hace 15 o 20 años. La informática y la telecomunicación nos despegan definitivamente del concepto que hasta ahora teníamos de sociedad, formación y participación.

Estos avances técnicos, también modifican las formas de establecer las relaciones humanas y por consiguiente, las fórmulas sociales que se establecen para equilibrar las desigualdades entre estas relaciones. Por lo tanto, podríamos decir, que nos encontramos ante la necesidad de adaptar estos descubrimientos a las necesidades del mundo actual para que la solución de los problemas y de las necesidades humanas sean más rápidas, fluidas y eficaces.

APLICACIÓN DE LA TÉCNICA A LOS PROBLEMAS DE LA INFANCIA

Dentro de la gran gama de descubrimientos técnicos y científicos, el teléfono podemos considerarlo como uno de los más veteranos, pero su gran poder de comunicación aún no está lo suficientemente desarrollado. La posibilidad de que el teléfono se convierta en la resonancia de las necesidades internas y urgentes de las personas, es algo que actualmente está creciendo de una manera eficaz y competente demostrando que cuando alguien tiene una necesidad, el teléfono puede ser una vía útil para conseguir la solución si se completa con el equipo humano y profesional adecuado.

Cuando hablamos del maltrato infantil, siempre lo hacemos conociendo algunas o muchas de sus diferentes manifestaciones, pero se nos abren muchos interrogantes cuando tenemos que hablar del volumen. Las estadísticas las sacamos en su mayor parte de los malos tratos consumados, pero no podemos precisar la cantidad de los que no se descubren. También debemos tener en cuenta los malos tratos psicológicos, que se producen con mayor sutileza, pero las consecuencias para el que los sufre son tan graves o más que los físicos. Tampoco podemos olvidar nuevas modalidades de maltrato como pueden ser los institucionales, los que se llevan a cabo entre iguales, los que se pueden transmitir a través de los medios de comunicación y, otro del que casi nunca hablamos y es el que a nivel global ejerce la sociedad, ignorando la presencia y en ocasiones la propia existencia de la infancia como colectivo que vive entre nosotros, con necesidades concretas y particulares, que no se atienden sencillamente porque no se le dan cauces para que se manifiesten y se puedan recoger como propuestas a tener en cuenta.

Afortunadamente cada vez se está tomando más conciencia de que el asunto de la infancia maltratada no es algo de unos pocos, sino que todos debemos sincronizar nuestros

esfuerzos para erradicar este mal, de la misma manera que se ha podido erradicar la tuberculosis, o la venta de esclavos. El problema fundamental está en el "cómo" coordinar los esfuerzos políticos, sociales, profesionales y técnicos en el objetivo común de la infancia maltratada. Es urgente y necesario, buscar canales de interrelación multidisciplinar que permitan hacer de las profesiones no compartimentos estancos, sino peldaños de una escalera que permite avanzar en el esclarecimiento de los casos que tengamos en nuestras manos y mejorar las técnicas de prevención por medio de diagnósticos correctos.

La actual técnica informática y de comunicación, nos ofrece en estos momentos unas posibilidades que estamos desperdiciando de una manera imperdonable. Desde que se detecta un mal trato, hasta que llega la orden judicial que permite la intervención, pasa en muchas ocasiones una cantidad indeseable de tiempo, justamente en el tramo que podemos considerar de mayor riesgo para el menor agredido. La correcta y ágil comunicación de todos los servicios implicados en un proceso de intervención permitiría reducir substancialmente el período de tiempo entre la detección y la solución de un maltrato.

TRABAJO PREVENTIVO Y TRABAJO PARALELO

Es difícil saber donde se encuentran las causas primeras que provocan el que una persona sea capaz de agredir a otra. Cuando estas agresiones, se producen de un adulto a un menor y dentro del seno familiar, el asunto se complica aún más. Lo que sí me atrevería a asegurar es que estas situaciones no se producen por gusto o por capricho. Detrás de cada persona maltratada hay un maltratante o agresor que también se encuentra en una situación de conflicto interior.

No es difícil revisar estadísticas y encontrarnos con la cruda realidad de que muchos padres maltratantes, han sido a su vez hijos maltratados. Esta simple comprobación estadística, en realidad abre muchos interrogantes. Los que trabajamos con la infancia, nos planteamos muchas veces, aunque en la teoría esté claro, si seremos capaces de romper el eslabón que impida la repetición de la propia historia. Prevenir los factores de riesgo y trabajar sobre ellos es esencial, pero en esto como en casi todas las cosas de la vida, el resultado final es impredecible.

El trabajo preventivo, es algo que está muy claro y que lo recordamos constantemente, pero con frecuencia nos olvidamos del trabajo paralelo. Este trabajo requiere tanta voluntad y dedicación como el preventivo e incluso el curativo. Decía anteriormente que detrás de un agredido hay un agresor. El trabajo paralelo realizado con este agresor y su entorno es fundamental para el tratamiento del que ha sido maltratado. No puede existir ninguna duda, que ante una situación de este tipo el primero y el que más necesita protección es el niño o niña que ha sufrido la agresión, pero esta apremiante necesidad no debe alejarnos del origen del problema, y a las medidas judiciales y penales, deberíamos añadir las terapéuticas y sociales, ya que el deterioro humano no se corrige solamente con la privación de libertad.

Es imprescindible que sigamos avanzando en este sentido, sobre todo en la coordinación de esfuerzos, tanto institucionales, privados, profesionales y particulares. Tenemos que clarificar, cada vez con más nitidez, nuestra postura de servicio a la infancia, y alejarnos de la tentación de tener la infancia a nuestro servicio. Tampoco podemos olvidar en ningún momento que el futuro es un territorio de nuestros niños y niñas y, por lo tanto, no podemos construirlo sin contar con ellos.

TRABAJANDO CON NIÑOS Y ADOLESCENTES A TRAVÉS DEL TELÉFONO

La línea telefónica adaptada para la atención de los problemas personales y sociales del sector más desprotegido de la sociedad supone además de un gran avance técnico un apasionante reto profesional.

Un servicio de estas características es simple en su concepción, pero enormemente complejo en su funcionamiento ya que detrás de cada llamada hay un gran trabajo interdisciplinar que permite desglosar cada caso en cuatro grandes apartados: psicológico, social, jurídico y asistencial.

Los aspectos básicos del trabajo telefónico, podemos resumirlos en doce puntos:

- 1.- Gratuidad y accesibilidad.
- 2.- Confidencialidad y trato profesionalizado.
- 3.- Respuesta cercana y comprensible.
- 4.- Efectividad y eficacia en la recogida de datos a través de la llamada.
- 5.- Agilidad y seguridad en la derivación de casos.
- 6.- Establecimiento de cauces jurídicos adecuados para la derivación.
- 7.- Sistemas de control y evaluación permanentes del equipo orientador.
- 8.- Análisis profundo de cada una de las llamadas.
- 9.- Diagnóstico y clasificación adecuada de todas las llamadas.
- 10.- Base de datos.
- 11.- Clasificación geográfica de las llamadas registradas.
- 12.- Apertura de campos específicos de investigación.

Estos aspectos básicos configuran la infraestructura mínima necesaria para garantizar una escucha competente capaz de orientar, formar y resolver problemas. En la práctica, estos aspectos funcionan a modo de eslabones de cadena, es decir, que un paso precisa del otro para conseguir un diagnóstico completo que permita establecer un objetivo global. Este objetivo global, es el que debe tener en cuenta el diagnóstico y tratamiento de cada una de las partes integrando el trabajo preventivo, el curativo y el paralelo.

La línea telefónica, accesible y gratuita, es un intento de seguir avanzando hacia nuevas formas de atender las demandas de la infancia y adolescencia, más acorde con los tiempos presentes, utilizando toda la técnica a nuestro alcance para conseguir el máximo de optimización de todos los recursos existentes.

El mundo, es cada vez más pequeño pero sus problemas son cada vez mas grandes y graves. Las miserias forman parte de nuestra vida cotidiana, y los medios de comunicación nos acercan al instante las situaciones de conflicto humano, pero al mismo tiempo aumenta la insensibilidad y la incapacidad de comprensión, dejando a cada uno que se las arregle como pueda para salir de su "atolladero" personal.

El futuro que puede salir de una situación como esta, no es el que quieren ni el que se merecen nuestros niños y niñas. Pongamos todos los medios a nuestro alcance y toda la imaginación que seamos capaces de generar para evitarlo.

Nuevas formas de abordaje del maltrato infantil

Juan José Montenegro Cabello

DNI-España

Nuestro abordaje, va a ser dando un salto como si saltáramos de un barco a otro, un salto que nos lleve desde una perspectiva a otra, desde una dirección a otra, desde el maltrato hasta el buentrato, en definitiva quizás un salto de 180 grados.

Hasta ahora el abordaje del maltrato se hace, desde “los malos tratos”, y existe un importante problema de definición, como afirman muchos autores, de que es lo que se consideran malos tratos.

Pero además la propia palabra maltrato nos provoca connotaciones de marginalidad, poca habitualidad o situaciones extraordinarias. Como algo que no es corriente, el maltrato sería un hecho extraordinario, difícil de identificar y causado por personas con problemas; es decir personas que no son normales en su conducta. Con “lo marginal” nadie se identifica, por ello nadie que es maltratado, acepta que lo es y mucho menos los niños y las niñas. Niños y niñas verdaderamente maltratados no pueden aceptar que se les maltrata, ya que eso significaría aceptar que sus padres no los quieren y eso es algo que ellos no pueden permitirse psicológicamente. Pero si alguien maltratado no se considera maltratado, es decir, no tiene conciencia de su situación real, no podrá poner en marcha los recursos, en caso de que estén disponibles para él, que puedan paliar esa situación de maltrato. La cadena del maltrato continua si los niños y las niñas y los adultos maltratadores, no llegan a ser conscientes de que están sufriendo un no buen trato.

El maltrato infantil es algo cotidiano habitual e incluso aceptado y propiciado por nuestra sociedad con múltiples y diversas justificaciones: desde normas culturales aceptadas por la sociedad, “esto se hace así desde siempre”, hasta justificaciones educativas, existe una variada gama de ideas preconcebidas, argumentaciones y acercamientos disfrazados de mayor o menor carga científica y basadas siempre en la ignorancia o en la comodidad, no pensamos que en la mala fe, para justificar el maltrato infantil.

Todos los niños y niñas son personas con un alto riesgo de maltrato y esto es así desde toda la historia de la humanidad (véase a historiadores como Lloyd DeMause y Ariel).

Se maltrata a los niños, no busquemos culpables, desde luego, por su propio bien, que es lo que dicen padres, educadores, expertos e instituciones. Nosotros pensamos que no es por el bien de los niños y niñas, pero entendemos que es lento y difícil acabar con un tipo de concepciones tan arraigadas en nuestra sociedad, como la falta de respeto, el maltrato psicológico de cada día y por supuesto, el cachete.

Hay una ecuación familiar matemáticamente exacta en toda Europa: $N=L=C$. Donde N es el niño o la niña, L son los límites que hay que ponerle (para quebrar su voluntad natural) y C el cachete o los cachetes que hay que darle. Luego cachete es igual a N (niño o niña), o lo que es lo mismo, que para educar a un niño o niña, hay que darle cachetes.

La conclusión es que para poner “límites” hay que maltratar, a ser posible sin pasarse. Pero ¿quién pone los límites a los adultos, mientras están educando o se pasan en la educación? Los servicios sociales si la cuestión se detecta y es muy grave, los jueces cuando es algo que no tienen remedio y el niño o la niña está dañado, los cascos azules cuando hay que observar como matan a los niños y niñas, la ONU cuando están muriendo muchos niños

y niñas de hambre (véase Bosnia, Somalia, Ruanda, Brasil, la India, ...).

Nuestro abordaje, considera entonces que el maltrato es todo lo que no es buen trato. Quizás demasiado simple, pero así de claro. Pero, ¿qué es buentrato? Considerar a los niños y niñas como a personas, tratarlos como a personas, es tratarlos humanamente y eso es buentrato. Tratar a las personas como a personas, consiste en tratar de *ponerse en su lugar*, dice Fernando Savater; *empatía* lo llama Lloyd DeMause; considerar siempre *el interés superior del niño y la niña*, en la Convención de los Derechos del Niño y la Niña de Naciones Unidas.

Ponerse en su lugar, dice Savater en *Ética para Amador*, es tratar de comprenderle desde dentro, adoptar por un momento su propio punto de vista, en definitiva, reconocerle como semejante. Ponerse en el lugar de otro es algo más que el comienzo de toda comunicación simbólica propia y exclusiva de los humanos con él: se trata de tomar en cuenta sus derechos. Hay algo a lo que todo hombre tiene derecho frente a los demás hombres, aunque sea el peor de todos: tiene derecho humano a que alguien intente ponerse en su lugar y comprender lo que hace y lo que siente. Ponerte en el lugar de otro es tomarle en serio, considerarle tan plenamente real como a ti mismo. Y, sigue Savater *“al ponerte en su lugar, no solo debes ser capaz de atender a sus razones, sino también de participar de algún modo en sus pasiones y sentimientos, en sus dolores, anhelos y gozos. Se trata de sentir simpatía por el otro”*.

Si tratamos a los niños y niñas como a personas no les maltrataremos más o si les parece les estaremos tratando bien, como a seres humanos, lo que es de justicia y a lo que tienen derecho. Por eso, vamos a proponernos cambiar la moda. Lo normal, la moda es a partir de ahora tratarlos bien. Lo anormal, lo catastrófico, lo increíble, lo imposible será tratarlos mal.

Creemos que una nueva forma de abordaje es el salir de esta ignorancia y proponer la empatía como forma universal para impedir el maltrato generalizado.

- Hacer consciente a la sociedad de que todo lo que no es buentrato es maltrato.
- Exigir una campaña mundial, con una nueva toma de postura de todos los países que han ratificado la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y la Niña, para promover el buentrato de los niños y niñas. Ayudar a los niños y niñas a que conozcan cual es el trato que reciben y ofrecerles recursos y estrategias a ellos, a sus padres, a sus maestros, que le hagan mejorar su situación es un nuevo abordaje al maltrato.
- Promover la participación de los niños y niñas para que puedan ser colectivos autónomos, atendiendo al momento evolutivo y detectar y reconocer que el no ser considerados personas, ya es maltrato.

Debemos ser respetuosos con los usos culturales de las sociedades, pero sólo como estrategia para poder erradicar esos usos y no como aceptación de lo que no es admisible. ¿Quién puede determinar, en cualquier caso el daño psicológico que se infiere a un niño por no escucharle o por gritarle?

Si el maltrato lo definiéramos por sus consecuencias probablemente es peor no querer al niño, o no darle pruebas de amor, que pegarle con un cinturón en el trasero.

Si solo se consideran maltratados los que sufren abandono, los que sufren violencia o explotación sexual, los que sufren explotación por el trabajo, los que sufren *“lesiones que no son normales dentro de lo habitual”* (lo habitual es que sufran lesiones habituales, un cachete de vez en cuando es bueno), nunca llegaremos a eliminar el maltrato.

Abordemos el tema del maltrato desde el buentrato. Niños maltratados no se consideran maltratados, ¿cómo vamos a eliminar así el maltrato?, padres, maestros, adultos, instituciones maltratadoras no se consideran maltratantes, ¿cómo vamos así a erradicar las prácticas habituales que son maltrato? ¿Tendremos que esperar otros

diecinueve siglos para que la Convención de Naciones Unidas se cumpla?

FORMACIÓN DE PROFESIONALES

La Universidad y la formación especializada en protección infantil

Joaquín de Paúl Ochotorena
Universidad del País Vasco, San Sebastián

En esta intervención se va a tratar de realizar una valoración de las carencias de formación especializada de los profesionales de la psicología y el trabajo social, de las necesidades de formación de ambos tipos de profesionales y de una experiencia de formación llevada a cabo durante los últimos cuatro años en la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco.

El primer argumento central de la intervención se focaliza en la imposibilidad de mejora de la calidad de los servicios a través de la dotación de recursos humanos o materiales sin una adecuada formación y actualización en cada una de las disciplinas de la protección infantil.

El segundo argumento se centra en las características de formación de los psicólogos y los trabajadores sociales que desempeñan sus funciones en el ámbito de la protección infantil. Una proporción importante de los profesionales de los servicios de protección infantil son psicólogos y trabajadores sociales. Los planes de estudio y los principios básicos de la formación de cada una de ambas profesiones tienen importantes diferencias que, aunque pudieran considerarse como complementarias, son, en realidad, fuente de dificultades de comunicación. Se presentan algunas de las características señaladas para cada uno de los grupos profesionales, entendiéndose que existen "puntos fuertes" y "puntos débiles" en la formación de cada uno de ellos.

Los trabajadores sociales se caracterizan por: 1) un adecuado conocimiento de la estructura, funcionamiento y recursos de los servicios sociales, 2) una adecuada incursión en el ámbito profesional a través de las actividades de prácticas realizadas durante los años de formación, 3) una perspectiva clara de la intervención comunitaria y social, 4) ausencia de adecuada formación en las características evolutivas de los niños, en psicopatología y evaluación psicológica, 5) ausencia de conocimiento y familiarización con la investigación y la metodología científica, 6) tendencia al rechazo de las formulaciones de tipo teórico y de la sistematización de modelos, 7) ausencia de una adecuada especialización en los diferentes ámbitos de intervención social.

Los psicólogos se caracterizan por: 1) un adecuado conocimiento de la psicología evolutiva, la psicopatología y la evaluación psicológica, 2) una adecuada formación de tipo teórico que permite tener unos referentes de los sistemas y paradigmas de la intervención, 3) formación en las técnicas de investigación y en los requisitos del método científico, 4) hábito y conocimiento de los sistemas de acceso a la información bibliográfica y de actualización de la información sobre los diferentes temas objeto de estudio, 5) ausencia de

conocimiento de la estructura, funcionamiento y recursos de los servicios sociales, 6) ausencia de una adecuada formación de tipo práctico que les capacite para el trabajo en los contextos psicosociales, 7) excesiva formación de tipo clínico y con tendencia a la intervención de tipo individual, a la vez que una escasa formación en el ámbito de la intervención de tipo psicosocial y comunitario, 8) ausencia de especialización.

Estas, entre otras, son algunas de las características que podrían servir para definir el tipo de formación con el que la mayoría de los trabajadores sociales y psicólogos se sitúan en disposición de ejercer sus funciones en el ámbito de la protección infantil. Además de ello, es preciso destacar en todos los profesionales algunas cuestiones comunes: 1) problemas en el conocimiento y comprensión de los aspectos jurídicos de la protección infantil, 2) problemas en la homogeneización de la terminología de las diferentes funciones del proceso de intervención en protección infantil (investigación, evaluación/valoración, intervención/seguimiento, intervención familiar/terapia familiar, etc.), 3) poca o nula accesibilidad a las publicaciones y a los foros de discusión y formación internacionales, por desconocimiento de los idiomas de uso general.

Desde la perspectiva expuesta en los párrafos anteriores, la presentación de este tema en la mesa redonda, tratará de defender la necesidad de una formación especializada y completa en protección infantil, para, incluso, argumentar a favor de la necesidad de profesionales con una mayor especialización en algunas actividades concretas y de gran importancia: investigación de casos de abuso sexual infantil, gestión de programas de acogimiento, tratamiento de familias maltratantes, etc.

Por último, en esta presentación se expondrán las características de un programa de formación especializada en protección infantil, que se ha venido llevando a cabo durante los últimos cuatro años en la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco: Master de Planificación y Gestión de Recursos y Programas de Protección Infantil. La formación que se imparte en este Master especializado va dirigida esencialmente a trabajadores sociales y psicólogos, consta de 500 horas de formación teórica, de 100 horas de trabajo de revisión bibliográfica o de investigación y de 400 horas de actividades prácticas supervisadas en instituciones públicas de protección infantil. Se expondrán las características de todos los alumnos que han participado en el Master, el contenido del temario teórico, las características de las actividades prácticas realizadas, la tipología profesional de los profesores que imparten los temas teóricos, etc. Se hará especial énfasis: 1) en las dificultades inherentes a la formación conjunta de profesionales con diferentes curriculum previos y con diferentes perspectivas de la formación, 2) en las dificultades para la formación de tipo práctico derivadas de la saturación de trabajo, de la inadecuada formación de muchos profesionales y de las deficiencias de funcionamiento de muchos servicios de protección infantil y 3) en la ausencia de profesionales o profesores de Universidad especializados en protección infantil y capacitados para impartir formación de alto nivel de calidad.

Formación de profesionales

M^a Ángeles Cerezo Jiménez
Universidad de Valencia

INTRODUCCIÓN

El área del maltrato infantil se enmarca, de forma preferente, en la temática relativa a familia, ya que es en el contexto de la socialización y las responsabilidades de crianza que tienen los padres, donde se produce el fenómeno en su mayor proporción. No obstante, adultos ajenos a la familia, desde vecindario hasta instituciones, pueden ser causantes de prácticas abusivas o negligentes con los menores.

En el ámbito de la familia, la parentalidad es una faceta principal por la que se dirige, promociona y apoya el proceso de crecimiento y desarrollo de los hijos. En este sentido, puede considerarse que la parentalidad se mueve en un continuo de competencia desde prácticas adecuadas y competentes en la tarea de la crianza hasta prácticas muy incompetentes que ponen en cuestión el desarrollo adecuado del niño. El maltrato representa la faceta extrema de estas relaciones disfuncionales.

En consonancia con lo anterior, no es difícil imaginar para los profesionales la complejidad del tema del maltrato, por cuanto requiere la integración de áreas de conocimiento e investigación bastante diversa. En principio, en esta complejidad que apuntamos puede destacarse dos niveles: de una parte, en relación a los casos, el concurso en diferentes momentos de distintos profesionales, trabajadores sociales, psicólogos, médicos, abogados, etc., y los aspectos relativos a lo multidisciplinar; de otra parte, dentro ya de cada campo profesional, la integración de conocimientos que son específicamente relevantes para el maltrato infantil, porque no tienen un espacio curricular propio en los estudios.

Circunscribiéndonos al ámbito de trabajo de la psicología, cabe plantear, en primer lugar, ¿cuál debiera ser el perfil de los profesionales de este campo que trabajan con maltrato infantil y familias de alto riesgo?. Apuntemos algunas notas como inicio de un debate que se está haciendo ya muy necesario: estas notas hacen referencia a los contenidos, el lugar en el currículum y el modo de la transmisión de los conocimientos.

En primer lugar, en mi opinión, el profesional (psicólogo/a) ha de estar especialmente formado en tres aspectos: prevención, diagnóstico y tratamiento o rehabilitación tanto de los padres como de los niños y las secuelas que puedan sufrir. Dependiendo de las funciones específicas a desempeñar por el profesional, unos aspectos pueden adquirir más preponderancia que otros. En efecto, si el trabajo se realiza en Servicios de Protección de Menores, la faceta diagnóstica probablemente sea la más importante, para evitar al máximo el problema los falsos positivos y los falsos negativos, mientras que si el trabajo es en el ámbito de la prevención el interés irá en la línea de la prevención primaria y la detección precoz de situaciones y prácticas de riesgo.

En segundo lugar, si bien la formación pre-grado debe incluir ya algunos temas de base es en el post-grado donde el profesional se encuentra en una posición más adecuada para asimilar las relaciones entre áreas diversas que el maltrato infantil requiere. Dentro de la formación post-grado, no debe olvidarse la formación en investigación en el tercer ciclo.

En tercer lugar, la formación post-grado para profesionales no puede llevarse a cabo

dentro de un modelo puramente teórico, es absolutamente necesario un fuerte componente práctico, que acentuará unos aspectos u otros, dependiendo de los objetivos concretos. Así por ejemplo, si se está formando en tratamiento psicológico de casos de alto riesgo y maltrato es preciso que estos profesionales ponga los conocimientos que se van adquiriendo en juego y traten casos con supervisión de profesorado cualificado.

UNA EXPERIENCIA DE FORMACIÓN POST-GRADO

En la Universitat de Valencia, desde hace algunos años, en la Unidad de Investigación "Agresión y Familia", se viene realizando un trabajo continuado en el ámbito de familias que presentan graves problemas de relación con resultado de maltrato infantil. En esta Unidad se ha desarrollado trabajos de investigación aplicada sobre los procesos familiares, proporcionando atención psicológica especializada, a través de proyectos concretos que ha encontrado una proyección en la formación post-grado.

En formación post-grado se ha desarrollado una doble actuación: en primer lugar, en el Programa de Doctorado 300A "Actividad Humana y Procesos Psicológicos" se viene impartiendo el curso "Abuso infantil: procesos psicológicos" de 4 créditos, que ha sido escogido, además de por psicólogos, por profesionales de la medicina, en particular pediatría y psiquiatría. En segundo lugar, se desarrolló un proyecto de Estudios de Master de 2 años, cuyo principal propósito era la diseminación entre los profesionales de la Comunidad Valenciana que realizan su labor en el ámbito del menor de la metodología de evaluación e intervención que nosotros utilizamos.

Este proyecto de estudios de Master de Asistencia Psicológica a Familias, surgió en respuesta a la constatación de un déficit de formación de los profesionales de la psicología en relación al contexto familiar y las técnicas de trabajo con él. Hoy en día ante la problemática del menor, la sensibilización y los recursos han aumentado; sin embargo, cuando se detectan los casos ¿qué se hace?. Nuestra respuesta es que el profesional puede hacer bastante con el menor **en** su familia y **con** su familia, antes de tomar medidas humanamente más costosas, o incluso cuando tales medidas se han adoptado también puede trabajar por rehabilitar a la familia y al menor para que éste tenga la oportunidad de volver con los suyos.

El área monográfica de trabajo que se focaliza en el menor y su contexto familiar requiere, sin duda, de profesionales altamente especializados. Unos profesionales que atiendan, en particular en el sector de servicios sociales, esa demanda de una manera eficaz y con técnicas contrastadas. Los equipos de base de los servicios sociales, entre otros sectores de trabajo, han de ir generando recursos más especializados que puedan abordar con rigor áreas particulares de problemas. Dentro de esta perspectiva, destaca una importantísima unidad receptora de recursos: las familias con menores.

El Master de Asistencia Psicológica a Familias representa una puesta en práctica de algunas de las ideas y principios que aquí se han señalado. Los resultados han supuesto que un número de familias atendidas por los profesionales han mejorado sus situación. Estos profesionales participantes en el Master, han realizado sus intervenciones en el segundo año, como parte de materias en las que se incluía la estrecha supervisión del trabajo y logrando así el objetivo del Master: *maestría*, en el genuino sentido del término, en la evaluación y tratamiento de familias de alto riesgo y con problemas de maltrato.

ANOTACIÓN FINAL

En foros como en el que nos encontramos, es de la mayor importancia plantearnos objetivos de formación específica y reclamar un lugar para esta formación sobre el maltrato infantil. Un problema fundamental en el que debemos trabajar es el consensuar los aspectos fundamentales y básicos de esa formación, de manera que los profesionales cuenten con unas referencias claras y contrastadas para dar un cumplimiento más adecuado a las tareas que se les encomiendan. Esta es un meta por la que podemos empezar a trabajar desde ahora, porque contamos ya con el bagaje mínimo para ello.

Formación continuada

José Manuel Alonso Varea
Ajuntament de Barcelona

La formación es un componente básico de la profesionalidad. El profesional cada vez mas piensa en términos de su itinerario profesional como algo que va construyendo con cierta planificación y que no se relaciona sólo con la tarea actual que desarrolla. Ha de saber la formación que necesita y ha de saberlas buscar. La oferta formativa puede influir en como se construyen los itinerarios profesionales.

Al igual que en otros campos profesionales, en el de la atención y protección social a la infancia está aumentando la demanda social, institucional y de los propios profesionales de mayor formación y especialización. Asimismo, los profesionales son cada vez mas exigentes a la hora de seleccionar la oferta formativa que se les hace. Estamos empezando a superar la fase del autodidactismo, en lo que pueda suponer de negativo la falta de criterios y de oferta formativa mínima.

¿Es necesaria una formación especializada durante y después de la Universidad? Si, y es algo que debemos argumentar a menudo debido a la reciente conciencia social sobre el problema, a la elevada dimensión de la población afectada (adultos y menores) y a que la escasa formación supone, muchas veces, que se detecte poco y se intervenga tarde.

¿Cuándo y dónde hacer la formación? Distinguiré entre:

- La **formación universitaria pre-grado**. Es la responsable ante la sociedad de la formación básica de los profesionales. Propongo: 1) aumentar las horas lectivas dedicadas a los temas de maltrato y abandono infantil en las carreras mas relacionadas, y 2) coordinar en cada Universidad por algún departamento o facultad la inclusión de estos temas en todos los estudios universitarios más implicados.

- Los **masters y post-grados** (ver otras ponencias en esta mesa).

- La **formación continuada** (apoyo informativo, formativo, instrumental y de intercambio). Hablaré desde mi experiencia en servicios de protección infantil y en formación de profesionales en éstos temas.

Muchos profesionales no han recibido durante la Universidad formación especializada para realizar su trabajo actual. Los pocos que la han recibido la han de actualizar y contrastar. Estas necesidades de formación continuada se pueden cubrir desde colegios profesionales, administraciones, asociaciones de profesionales que intervienen en estos temas, y desde la propia Universidad.

Trataré de algunas dificultades previsibles relacionadas con la formación continuada (derivadas de la introducción de contenidos nuevos, actitudes negativas y prejuicios hacia los menores y/o hacia los adultos maltratantes, etc.) y como abordarlas dentro de lo posible.

OFERTA

Globalmente hay una oferta escasa de formación en prevención, evaluación y tratamiento en éstos temas. ¿Cómo se podría ofrecer la formación continuada a los profesionales?

Algunas propuestas:

1.- **Adaptar** permanentemente la oferta formativa a las realidades y exigencias sociales derivadas de las situaciones socio-culturales de las familias y de los menores, y de los tipos de intervenciones y recursos que se potencian en un momento histórico concreto.

2.- **Acercar** la formación continuada a los profesionales del sistema de atención y protección social a la infancia (a sus territorios donde intervienen) y adaptarla (a sus necesidades formativas).

Ofrecer actividades formativas tanto para públicos locales homogéneos (de una misma área de intervención) como heterogéneos (de diferentes disciplinas profesionales y servicios). Igualmente, adaptar la formación en evaluación e intervención a los diferentes tipos de maltrato y abandono.

A los profesionales se les habrían de ofrecer niveles de formación diferentes, uno más especializado para los que tienen un trabajo cotidiano con éstos menores y sus familias, y otro para los que tratan otras problemáticas además de ésta. Se debería contemplar tanto a los que trabajan en las administraciones como a los que lo hacen a nivel privado.

3.- Se han de **potenciar** las distintas modalidades de formación continuada. Se tiende a pensar casi exclusivamente en cursos o similares, subestimando el importante papel de la asistencia a jornadas de intercambio profesional, la lectura de revistas nacionales e internacionales especializadas en el tema, los materiales realizados específicamente con finalidades formativas, y la supervisión.

4.- Diferentes modalidades de **supervisión** ofrecen espacios para la reflexión del propio trabajo posibilitando la adquisición de nuevos conocimientos y actitudes, actuando también como espacio de formación. Pueden trabajar la ansiedad que provocan las situaciones familiares dramáticas y conseguir un equilibrio adecuado en la relación profesional-familia (organización familiar, dependencia asistencial...) Después de cinco años de funcionamiento los EAIA de Barcelona están comenzando una experiencia de supervisión.

5.- **Programas de formación-supervisión** en los cuales puedan participar p.e. servicios sociales de atención primaria y servicios especializados (planificación familiar, protección a la infancia, estimulación infantil, etc.) de un mismo territorio.

En este sentido se hizo durante tres años en el distrito de Ciutat Vella de Barcelona un curso de formación-supervisión de trabajo social con familias multiproblemáticas analizando entrevistas familiares. Se constituyeron grupos de 15 profesionales con un profesor (ajeno a la institución) por grupo, cada grupo tenía una reunión quincenal o mensual de dos horas, haciéndose un plenario cada mes. Se dieron los conocimientos para acercar el modelo sistémico al análisis de las demandas y situaciones de las familias, y para crear criterios, un cuerpo teórico e instrumentalización para su abordaje.

DEMANDA

¿Qué piden los profesionales en temas de formación?

1.- Aumentar el **apoyo a la formación** desde Administraciones Públicas y entidades privadas. Este apoyo puede traducirse en: diseño adecuado de la formación teniendo en cuenta las necesidades de la realidad social, los déficits académicos, las necesidades formativas y las demandas de los profesionales; facilitando la asistencia a dichas actividades, evaluación de las mismas (profesorado, contenidos, utilidad práctica, metodología), etc.

2.- Los profesionales que básicamente **necesitan y demandan** formación continuada

específica en temas de atención y protección social a la infancia serían los que trabajan en las áreas de: servicios sociales, salud, educación y justicia (incluye fiscales, jueces, abogados y cuerpos de seguridad). Igualmente requieren formación específica los gerentes y administradores de recursos y programas sobre éstos temas.

3.- **Coordinación entre los programas formativos** de las diferentes administraciones autonómicas y locales sobre los enfoques y temas a priorizar, para evitar al máximo duplicaciones y lagunas.

4.- **Mayor colaboración entre Universidad-profesionales del trabajo aplicado.** La primera puede aportar p.e.: actualizaciones en diferentes subtemas, y formación en evaluación potenciando un clima favorable en las instituciones y en los profesionales hacia la misma. Los segundos pueden aportar p.e.: formación práctica a los futuros profesionales, y experiencias que pueden ser reelaboradas conjuntamente.

5.- **“Continuidad de la formación continuada”.** Lo que se ofrece en muchos casos son actividades sueltas. Los profesionales suelen pedir que la formación sea complementaria entre sí y en algunos casos que se realice como módulos a lo largo del año para poder reflexionar y profundizar en los contenidos.

6.- **Metodologías participativas** (intercambio profesional, trabajo en grupos, rol-play), dedicando la mitad del tiempo al contenido teórico y la mitad al contenido práctico (casos, aplicación de técnicas). Pluralidad de enfoques, potenciando los que hagan mayor hincapié en la relación entre los miembros de la familia y que contemplen tanto la perspectiva del menor como la del adulto.

7.-) **Aspectos y temáticas a priorizar** desde la formación. Desde el bloque familia e infancia y calidad de vida: prevención, educación no formal, mediación, ...; al de infancia en dificultad social y en conflicto social: programas de intervención, recursos de atención, alternativas al internamiento, acogimiento familiar temporal, adopción, ... Un bloque común a los anteriores es el de métodos y técnicas: entrevista, habilidades sociales, desarrollo organizacional, procesos de intervención y finalización de la misma, trabajo con familias en ausencia de demanda, evaluación, ...

La formación del trabajador comunitario en el ámbito de los malos tratos: análisis de una propuesta

Enrique Gracia, Gonzalo Musitu Ochoa
Universidad de Valencia

En esta ponencia se hace, en primer lugar, un análisis de las investigaciones más relevantes en relación a los malos tratos a la infancia en España en los últimos 10 años. El análisis se ha centrado en dos categorías:

- 1.- Investigación epidemiológica.
- 2.- Investigación básica.

Y en segundo lugar, se hace una propuesta de los puntos esenciales que deben configurar un programa de formación para aquellos profesionales implicados en el trabajo con la infancia maltratada. La propuesta gira en torno a los siguientes cuatro aspectos:

- 1.- Los malos tratos en la infancia: aspectos conceptuales y teóricos.
- 2.- La identificación de los malos tratos.
- 3.- El proceso de investigación y toma de decisiones.
- 4.- El proceso de intervención, tratamiento y prevención.

MALTRATO INSTITUCIONAL

Maltrato institucional en servicios sociales: el niño y su protección en y desde la Institución

María Mercedes Álvarez González
Instituto de Servicios Sociales, Región de Murcia

INTRODUCCIÓN

Hablar de maltrato infantil evoca el discurso familiar. Hasta hace poco, y aún hoy en algunos sectores de la sociedad, se sigue negando esta realidad, en base a una formulación abstracta de protección a la familia.

Si el discurso familiar es siempre diverso y problemático, constituyendo una formulación abstracta sustentada en el axioma de la protección y de los derechos, ocurre lo mismo con el discurso institucional, no apartándose en su concepción de estas categorías, resultando por tanto, su comprensión, ardua y compleja.

El hacer ético, político y técnico, que conforma toda institución, ¿puede estar favoreciendo o manteniendo situaciones de maltrato?

Existe una tendencia a negar realidades, concretamente en el caso que nos ocupa, la del reconocimiento de la posibilidad de errores en la atención a la infancia por actuaciones técnicas y/o políticas inadecuadas, ya que supone:

1.- Una contradicción pensar que las instituciones, precisamente esas en las que trabajamos, encargadas de velar por los derechos y el bienestar de los niños, cuyo objeto es protegerlos, puedan atropellar y/o maltratar a esos niños.

2.- Porque no responde a ningún tipo de necesidad; ni normativa sentida ni expresada y ni comparativa.

Claro está que, si el maltrato institucional no responde a ningún tipo de necesidad porque no percibimos o constatamos la diferencia entre protección y derechos del niño, difícilmente va a ser un problema y menos aún se va a poder abordar.

También conocemos la resistencia de los profesionales y de la institución a preguntarnos por nuestro propio trabajo, a "criticarnos" a nosotros mismo y porqué no a pensar sobre la posibilidad de ser agentes activos o pasivos maltratantes, porque hablar de maltrato institucional cuestiona nuestro trabajo o el que pretendemos hacer.

A este respecto, me van a permitir que les hable desde mi propia experiencia, experiencia que en lagunas ocasiones me ha hecho cómplice de algún maltrato.

Estoy trabajando en servicios sociales desde hace diez años, y les puedo asegurar que los niños son bien tratados. Desde las distintas secciones, servicios, centros en los que he trabajado he podido comprobar cómo los profesionales que los atienden muestran su profesionalidad, interviniendo, solucionando y gestionando los problemas que presentan estos niños en desventaja personal, social, familiar, ..., con gran calidad y eficacia.

A pesar de esto, es necesario que todos nosotros intentemos colocarnos en la perspectiva de la vivencia que experimenta el niño dentro de la institución, manteniendo siempre un sentido crítico hacia la propia actividad profesional.

Recuerdo mis primeros días de trabajo en servicios sociales. Hacía poco se había producido el traspaso de competencias a mi comunidad en materia de protección de menores. El cambio de base de la política social, de una perspectiva de beneficencia a una de justicia social, llevó a que se iniciaran diferentes planes de desinstitucionalización con la puesta en marcha de diferentes alternativas más coherentes con los objetivos de atención a la infancia.

Esta nueva etapa supuso la contratación de técnicos entre los que me encontraba yo. Aquí, pude identificar la primera experiencia de maltrato y/o negligencia institucional; aunque os tengo que decir que en este momento no sabía o no quería catalogarlo así. Los niños/as fueron desalojados de su hogar sin haber sido informados previamente. Las niñas se acostumbraron a su nuevo hogar; su voz no fue suficientemente oída, y al pasar los días, dejé de pensar en ellas limitándome a hacer mi trabajo. ¿Era esto maltrato, era negligencia profesional y/o institucional?

Pienso que maltrato no, porque considerando los objetivos de programa de desinstitucionalización en sí mismos eran válidos, pero teniendo en cuenta la forma y condiciones en que se realizó, no fueron las más adecuadas al poder generar en las niñas sentimientos de indefensión.

Si esto no era maltrato, al menos si una gran negligencia, porque ¿no se daba en esta situación una abrogación injusta en sus derechos, y en concreto del derecho a la información?

Robert Kennedy, ante los problemas sociales, se hacía la siguiente reflexión: *“Unos ven las cosas como son y se preguntan: ¿por qué? Otros piensan como deberían ser, y dicen ¿por qué no?”*

En función de cómo deberían ser las cosas debemos distinguir lo que estamos haciendo correctamente de lo que supone un maltrato institucional, para así poder cambiarlo.

CONCEPTOS PREVIOS

Antes de iniciarnos en esta realidad, es conveniente comenzar revisando los conceptos sobre los que analizaremos el entramado del maltrato infantil, los servicios sociales como institución y el maltrato institucional. Para ello, definiremos los siguientes términos:

1.- El **maltrato**, según el Centro Internacional de la Infancia de París (1980), abarca *“cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo”*.

2.- La **institución**. Entre las varias acepciones halladas, encontramos *“organismo creado para el desempeño de una función importante dentro de un estado o sociedad. Todo sistema estable, codificado o no de roles (es decir, de comportamientos esperados en individuos que cumplen una o varias funciones en el interior de una sociedad dada”*.

3.- Los **servicios sociales**. Definir los servicios sociales no es una tarea fácil. De hecho es frecuente que se presenten definiciones y conceptos genéricos, e incluso imprecisos que tratan de ser así comprensivos de los diversos servicios sociales posibles. Aún así, para la O.N.U. (Consejería de Bienestar Social, 1989) los servicios sociales son *“aquellas actividades*

organizadas cuyo objetivo es ayudar a la adaptación recíproca entre los individuos y su ambiente". La Ley 8/1985 de Servicios Sociales de la Región de Murcia, en su art.3 párrafo 1, define los servicios sociales como "aquellos recursos actualmente existentes y los que en un futuro pueda crear o potenciar la Administración Regional, para facilitar el pleno desarrollo de los individuos y grupos sociales, prevenir y eliminar las causas de la marginación social y lograr una adecuada asistencia a nivel individual y colectivo para aquellos ciudadanos que lo precisen, procurando la plena integración social de los mismos en la medida de las posibilidades de cada uno".

4.- **Maltrato institucional.** Existen muy pocas definiciones de este tipo de maltrato. Fernández Villar y Pedreira (1990) lo define como "aquellos que mantienen la función institucional por encima de las necesidades del sujeto infantil".

Martínez Roig y Sánchez Marín (1989) lo definen como "cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional o funcionario de las mismas que comete abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño/a o a la infancia".

5.- **Realidad:** el Diccionario de la Real Academia la define como "existencia real u objetiva de una cosa, verdad, hecho".

6.- Los **maltratamientos:** Garriga Mallfré (1993), dice que un maltratamiento sería algo así como el resultado de no desarrollar suficientemente el potencial de que disponemos para conseguir los objetivos que nos hemos propuesto. Y un **maltratamiento institucional** sería aquel producto que se obtiene cuando no se cuida ni desarrolla aquellos aspectos de la institución que nos permiten obtener mejores resultados.

REALIDAD O FICCIÓN EN NUESTRA PRÁCTICA PROFESIONAL SOBRE EL MALTRATO INSTITUCIONAL

La historia del reconocimiento de los malos tratos a la infancia en sus diferentes formas dio un último paso al considerar el maltrato institucional. Sin embargo este último paso parece que nos cuesta a todos asimilarlo y admitirlo, es una prueba más de las manifestaciones sintomáticas del maltrato institucional. Valga de ejemplo recordar el elevado número de niños institucionalizados, el elevado número de niños que necesitarían estar en la institución de forma temporal, el bajo número de niños acogidos y/o adoptados, el queme de los profesionales, etc. Pero estas manifestaciones, ¿son consideradas realmente como un problema, o es que las condiciones en las que se producen no se dan para ser percibido como tal?

1.- **Es una realidad** que todos lo que trabajamos en servicios sociales realizamos intervenciones concretas e intensivas, desde la lógica del pragmatismo que establece la coyuntura económica, política y técnica, pasándonos en muchas ocasiones casos, "los casos" como si de una "patata caliente se tratara".

Esta práctica por el mero hecho de hacerse de forma automática, en muchas ocasiones termina por definir lo que es y no es un problema, social, profesional, institucional, susceptible de intervención y de modificación, pudiendo por tanto obviar el maltrato institucional.

Es cierto que existen leyes, declaraciones, etc., que especifican claramente los derechos de los niños/as, pero también es cierto que la mayoría de las veces trabajamos sin conocer o conociendo sin profundidad su existencia, y lo que es peor, sin preocuparnos por ella. Si no

conocemos estos derechos difícilmente los vamos a poner en marcha.

A muchos de mis compañeros/as les pasa como a mi, y siguiendo a Emery (Barjau Capdevilla, 1993) podemos decir que la protección a la infancia y a sus familias es vivida por la mayoría de los profesionales que trabajamos en ella como una causa justa, con grandes cargas de desajustes y riesgos para nuestros colectivos, pero al mismo tiempo, como uno de los programas más importantes e interesantes en los que se puede trabajar.

También sabemos que nuestro trabajo puede mejorarse, sabemos lo que no hacemos bien pero la inercia, la monotonía de los años en un mismo puesto de trabajo, las presiones, los juicios de valor anticipados, las ideas preconcebidas, la poca presión de los padres de estos niños por su incultura, por su falta de destrezas sociales, etc., y sobre todo la falta absoluta de voz de estos niños hace que sigamos haciendo el mismo trabajo de la misma forma.

Cuando llegado el caso hay que retirar a unos niños de su casa después de haber agotado las vías de intervención y haber pasado por los filtros de estudio y valoración, sólo se informa a los padres pero nunca a los niños. Esto puede justificarse por hecho de asegurar la permanencia de los niños en el domicilio familiar pero el maltrato existe.

Es un debate que ya hemos mantenido en nuestro trabajo muchos compañeros sin llegar a un acuerdo, pero lo peor no es esto, lo peor es que ante la respuesta *"ya seguiremos hablando de esto y decidiremos a quien corresponde hacerlo"*, yo me relajo y me lo creo sin preocuparme o asegurarme sobre quién va a informar a estos niños.

Quizás les pueda ayudar como me ayuda a mí asumir, como bien especifica el Decálogo para evitar el maltrato institucional en la Infancia (AVAIM, 1994) que el primer nivel de responsabilidad en la prevención del maltrato institucional es absolutamente personal.

2.- **Es una realidad** que tenemos obligaciones hacia el cumplimiento de las leyes y declaraciones de organismos, nacionales e internacionales, competentes en el derecho de los niños y de las niñas.

Es necesario que todo el personal que estamos en contacto con los niños conozcamos y respetemos sus derechos y necesidades ya que en la medida en que se respeten éstos, la calidad de vida de la infancia será mayor y los factores, situaciones de riesgos y de maltrato, también el institucional, disminuirán.

Si, por ejemplo, nos circunscribimos a la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, ratificada por el Estado Español en Diciembre de 1990, y por tanto de obligado cumplimiento nos damos cuenta que los derechos que en ella se plasman es lo que todos nosotros queremos para la infancia y en especial para estos niños maltratados, que por diversos factores económicos, sociales, políticos y también por falta de interés de nosotros mismos, en algunas ocasiones, vulneramos algunos de los principios.

Todos esos derechos me sugieren muchas preguntas.

¿Por qué separar núcleos de hermanos en distintos centros residenciales atendiendo más al criterio organizativo que a otros criterios?

¿Por qué si la infancia abarca de los 0 a los 18 años, se priorizan las recogidas de los pequeños?

¿Por qué a veces nos convertimos en meros gestores de recursos?

¿Por qué, por qué, ...? Pues porque ellos no tienen voz ni conocen sus derechos. Y porque yo tampoco protesto ni los hago valer.

Pero no nos desanimemos, no todo es malo ni cae en el olvido. Recordemos el Anteproyecto de Ley de la Infancia y las Leyes de la Infancia existentes en las distintas comunidades autónomas. A este respecto os puedo decir que en mi comunidad desde el 16 de marzo de 1995 tenemos Ley de la Infancia, encontrando respuesta a algunas de las

cuestiones antes enumeradas, por lo que podemos exigir su cumplimiento.

3.- **Es una realidad** que todos los profesionales necesitamos planes de formación y reciclaje que nos posibiliten para la realización de un trabajo especializado.

Si para trabajar con la infancia "normalizada" se precisan unos conocimientos teórico-prácticos y una formación permanente adecuada, nos parece obvio que para atender a estos niños en dificultad, (con grandes carencias, que como todos sabemos, presentan problemáticas importantes de conducta, afectivas, familiares, toxicomanías, etc., y en los que las experiencias vividas de malos tratos condicionan tanto la intervención), baste con los conocimientos adquiridos cuando se consiguió el puesto de trabajo. Tampoco nos parece justo que se cuente con la buena voluntad del profesional para formarse en horas extra-laborales o que tenga que doblar turnos para que los servicios queden suficientemente cubiertos.

Es cierto también que muchas carencias se van supliendo en el ejercicio de la práctica diaria, con la experiencia, pero posiblemente mientras tanto la calidad, eficacia y eficiencia del profesional estará mermada y consiguientemente el buen trato a la infancia, pudiendo dar lugar a procesos de "queme" o desmotivación profesional (Bueno Gutiérrez y Álvarez González, 1993); factores estos asociados al maltrato institucional.

El maltrato institucional ha de ser abordado desde una perspectiva global, integradora, es decir, interrelacionando las partes en un todo "ecologizante". Este todo ecologizante se consigue cuando se trabaja en equipos interdisciplinarios y cuando desde la formación académica se han realizado las prácticas necesarias en el amplio campo de las ciencias humanas (bio-psico-educativa y socio-sanitarias). Si éstas no se han realizado, ¿cómo se pretende que cuando se comience a trabajar se sepa intervenir con estos niños y sus familias?, ¿cómo se conseguirá su aprendizaje?, ¿a costa de qué o de quién?, ¿se trata de "trabajar sin red"?

Se forma, aun en algunas disciplinas, a profesionales para el ejercicio aislado, excesivamente especializado, que secciona parte del problema que les incumbe. Rara vez se dan instrumentos de trabajo para profesionales. Se habla de trabajo en equipo e interinstitucionales en algunas formaciones, pero no se comparten espacios en las carreras, ni aún contando con períodos de prácticas, se hacen experiencias transprofesionales reales. Esto, pone las bases de una carencia común a muchos de los servicios que, teniendo que trabajar con familias multiproblemáticas, se encuentran sin técnicos con patrones de colaboración eficaces. Base un ejemplo "niño de ventanilla en ventanilla" o de profesional en profesional, contando a cada uno la "especialidad" que le es "propia".

4.- **Es una realidad** que los políticos han de conocer las necesidades de los niños/as en dificultad social.

La protección a la infancia ha avanzado significativamente con la cobertura de protección a la familia mediante las prestaciones de los servicios sociales, intentando situar esta política compensatoria en el interior de los sistemas ordinarios, de tal forma, que ya no cabría una política social dirigida a un grupo de niños con problemas frente a otros sin problemas. En su lugar se impone una sola política de infancia que atienda el carácter continuo y gradual de las necesidades de la infancia, en la medida que la vulnerabilidad de los niños está vinculada a la sociedad misma.

Esto supone una responsabilidad importante para los gestores políticos y técnicos que han de diseñar y llevar a cabo políticas de creación y distribución de recursos, en función de las necesidades actuales y futuras de la infancia.

Los que trabajamos directamente con los niños sabemos, que todos los años aparecen estadísticas en los periódicos sobre el número de casos atendidos y los motivos por los que

se atendieron, sin embargo, también sabemos cuantos niños no son atendidos o atendidos inadecuadamente por carecer de los recursos específicos y necesarios para su protección y por tanto su desarrollo.

Todos, alguna vez, nos hemos sentido mal cuando hemos intervenido o conocido la situación de un niño/a que ha sido objeto de protección pero que, por carecer de los recursos materiales, profesionales y humanos se ha quedado en su casa de aquella manera.

También, a veces, nos viene bien recurrir a eso de los recursos insuficientes.

Es preciso que los políticos conozcan las necesidades específicas de estos niños, que por su edad, estado emocional y vida familiar, no pueden adaptarse a los recursos existentes. Estos niños no van a ir a los periódicos o a los gestores a decirles sus necesidades, por lo que tendremos que ser nosotros los que al conocer en la práctica diaria lo que está ocurriendo, se lo hagamos saber. Prevenir el maltrato institucional comienza por ti mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASOCIACIÓN VASCA PARA LA AYUDA A LA INFANCIA MALTRATADA. Decálogo para la Prevención del Maltrato Institucional. *Jornadas sobre Infancia Maltratada. El Maltrato Institucional*. 1994, Victoria.
- BARJAU CAPDEVILA, C. Factores de vulnerabilidad en los profesionales que prestan sus servicios en el ámbito de la protección infantil. *II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. 1993, Victoria.
- BUENO GUTIERREZ, M.T.; ÁLVAREZ GONZÁLEZ, M.A. Factores de riesgo y protección: reflexiones para la prevención del maltrato institucional en el ámbito de los Servicios Sociales. *III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. 1993, Madrid.
- CENTRO INTERNACIONAL DE LA INFANCIA. *Los niños víctimas de sevicias y maltratos : documento para el proyecto*. París: C.II., 1980.
- CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL. *Mapa de Servicios Sociales*. Murcia: Dirección General de Bienestar Social, 1989.
- *Diccionario de Psicología. Enciclopedia de la Psicología y la Pedagogía*. Madrid: Sedmay-Lidis.
- FERNÁNDEZ VILLAR; PEDREIRA MASSA, J.L. *Aproximación psicosocial a los malos tratos infantiles*. Psiquis, 1990.
- GARRIGA MALLAFRÉ, E. Análisis de las instituciones y maltrato institucional. *III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. 1993, Madrid.
- MARTÍNEZ ROIG, A.; SÁNCHEZ MARÍN, J.J. *Malos tratos institucionales. I Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. 1989, Barcelona.

Maltrato institucional a menores de edad en la justicia

José María Casado González
Audiencia Provincial de Jaén

Este trabajo constituye una reflexión en voz alta de la posible situación de maltrato psicológico, que pueden sufrir los menores de edad en sus contactos o relaciones con la justicia, es decir, en Juzgados, Tribunales y Fiscalías, sin intención, por supuesto, de dar una visión tremendista de la situación, pues el buen hacer de muchos profesionales de la justicia y las leyes más modernas van haciendo desaparecer dichas situaciones, aunque todavía queda mucho por hacer, dada la antigüedad de las leyes que regulan los procesos y la escasez de medios personales y materiales, que ha padecido y todavía padece la Administración de Justicia, juzgados, tribunales y fiscalías.

Los menores de edad pueden verse relacionados con la justicia, fundamentalmente, cuando se dan las siguientes situaciones:

1.- Cuando se produce una crisis en el seno de su familia, ya sea en caso de nulidad, separación o divorcio de sus padres o ruptura de la unión de hecho de sus padres, o se produce una situación de abandono familiar o desamparo que precisa de su protección.

2.- Cuando el menor es víctima de cualquier agresión física, psíquica o sexual, o de cualquier otra conducta constitutiva de delito o falta de nuestras leyes penales, y por tanto se ve incurso, como perjudicado, en un proceso penal.

3.- Cuando el menor (mayor de 12 años) es el autor o partícipe de una acción delictiva o constitutiva de falta según las leyes penales, y por tanto se ve sometido a un proceso judicial.

En estas tres situaciones, en que el menor ha de acudir a juzgados, tribunales y fiscalías, o que ha de verse afectado por las resoluciones de los titulares de dichos órganos judiciales, pueden producirse con carácter general unas situaciones de maltrato psíquico o emocional, que pueden ser comunes a los tres supuestos descritos, o especiales de cada uno de ellos.

Las situaciones de maltrato institucional comunes, pueden ser debidas a razón del lugar y del tiempo:

- En cuanto al lugar, los menores han de acudir a los juzgados, tribunales y fiscalías, que por regla general se encuentran en un mismo edificio, en el que se ubican Juzgados civiles y penales, y no es de extrañar, que se crucen por los pasillos o incluso en el mismo Juzgado con personas esposadas y conducidas por la policía, lo que puede influir en el ánimo de los menores y constituir para ellos situaciones de peligro.

- En cuanto al tiempo, dada a veces la excesiva lentitud de la justicia, sabida de todos, pueden los menores no ver resuelta su situación de protección o corrección, a su debido tiempo cuando además la resolución de sus situaciones son especialmente urgentes; con lo que ello puede suponer y supone un maltrato institucional para el menor.

Teniendo en cuenta cada una de las situaciones en que el menor puede relacionarse con la justicia, pudiera darse el siguiente maltrato institucional:

1.- En las crisis matrimoniales es el Juez, en defecto de acuerdo de los padres, o modificando el acuerdo de los mismos si resulta dañoso para los hijos menores de edad, el que ha de decidir, sobre aspectos tan importantes para los menores, como resolver sobre el

progenitor con el que han de vivir los hijos, el régimen de visitas y comunicación del hijo con el otro progenitor, y la atribución de alimentos. El Código Civil, en su art.92, establece que *“el Juez para la adopción de estas medidas sobre el cuidado y la educación de los hijos tendrá en cuenta el beneficio de ellos, tras oírles si tuvieran suficiente juicio y siempre a los mayores de 12 años”*. Este mismo artículo para garantizar el acierto del Juez le permite que por su propia decisión o por petición de los interesados, *“podrá recabar el dictamen de especialistas”*, el maltrato puede producirse en estos casos, porque el Juez adopte su resolución, sin haber oído a los hijos menores de 12, porque a su criterio no tienen suficiente juicio, o no consultando a especialistas para llegar a la convicción de lo que es mejor para los menores. Desgraciadamente tenemos que decir, que la mayoría de las veces para adoptar estas decisiones el Juez no consulta con especialistas, y ello, por que sólo en los Juzgados de Familia y en la inmensa mayoría no existen, y por supuesto las decisiones de los Jueces que carecen de los conocimientos especializados sobre psicología y sociología infantil puede ocasionar un auténtico maltrato a los menores, tampoco existe en todas las capitales de provincia o partidos judiciales, juzgados especiales en materia de familia.

En situaciones de abandono familiar o desamparo de los menores, la Ley 21/1987 de 11 de noviembre, supuso una transformación importante en las instituciones protectoras de menores, estableciendo que en ellas ha de prevalecer el *“interés superior del menor”*, no obstante, al tener que adoptar medidas importantes para los menores, como el acogimiento por familias extrañas al menor, o adopciones sin el asentimiento de los padres, queda muchas veces en manos de la mayor o menor sensibilidad de jueces o fiscales, o la mayor o menor sensibilidad de jueces o fiscales, o la mayor o menor importancia que éstos den al interés del menor sobre el interés de los padres o familia del menor, según sus concepciones conservadoras o progresistas sobre las instituciones familiares, que queramos o no incluyen en su decisión, que se dicten resoluciones sobre la protección de los menores, que pueden a veces entrañar un maltrato para los mismos, al dar excesiva importancia al interés de los padres, sobre el del menor.

2.- Cuando el menor es víctima de un hecho delictivo, la posible situación del maltrato institucional, es casi inevitable debido a los actuales principios constitucionales y procesales, que rigen el proceso penal, que dan una mayor importancia a la regulación de los derechos de los acusados, frente a la acusación, que a la regulación de los derechos de las víctimas.

El derecho constitucional de que gozan los acusados en el proceso penal a un *“proceso con todas las garantías”*, (art.24 de la Constitución Española) implica el respeto de los principios del proceso: defensa, contradicción, publicidad, juez imparcial, entre otros, y especialmente el derecho de presunción de inocencia, lo que lleva a la necesidad de un proceso en que la víctima, en este caso menor de edad, se vea sometida a recordar y contar repetidas veces lo que le ha sucedido, especialmente traumático para él, dado que el juez que investiga no va a ser el que celebre el juicio y dicte sentencia, por lo tanto al menos en dos ocasiones deberá declarar en los juzgados, e incluso contestar las preguntas, que le formulen el juez, el fiscal y los defensores de los acusados, personas todas ellas extrañas, dado el principio de contradicción, incluso tendrá que identificar, a veces, a su agresor, y en ocasiones enfrentarse cara a cara con él, cuando existan contradicciones en sus declaraciones (diligencia de careo), y ello por la necesidad de *“probar”* los hechos y la culpabilidad del acusado, y con ello destruir el principio de presunción de inocencia de que goza.

Como se ve, el menor víctima del delito, se encuentra inevitablemente, por las garantías Constitucionales del acusado, sometido a un auténtico calvario durante el proceso que puede afectarle profundamente.

Para evitar este maltrato institucional, se hace necesario, a través de las consiguientes reformas legales, regular los derechos de las víctimas, y máxime cuando son menores de edad; que eviten los repetidos interrogatorios de los menores, que deberían realizarse con la debida asistencia al menor por personal especializado, con el fin de causarle un menor daño, evitar los careos con sus agresores, la publicidad de los juicios en que intervengan los menores, para cuidar su imagen y derecho a la intimidad, (aunque la Ley de Enjuiciamiento Criminal en su art.680 permite celebrar las sesiones de los juicios sin publicidad para salvaguardar el respeto a la persona ofendida), y por último evitar que el menor, en los interrogatorios del período de investigación y el juicio oral entre en contacto con su agresor, permitiendo la posibilidad de declarar, sin ser visto y oído por este, utilizando salas especiales o sistemas de vídeo y audición modernos. En definitiva, lograr con la regulación de los derechos de las víctimas, especialmente menores, el necesario equilibrio, para que, teniendo en cuenta los mismos como fundamentales, no lesionar el derecho de los acusados a un "proceso con todas las garantías".

3.- Cuando los menores son los que realizan delitos o faltas determinadas en las Leyes Penales, surge el primero y más importante maltrato institucional, como es el considerar mayor de edad penal, es decir, por ser juzgado como mayor de edad y poder sufrir penas de cárcel, a partir de los 16 años, cuando la mayoría de edad civil está establecida en los 18 años. Menos mal, que este disparate, va a ser corregido en el futuro Código Penal, llamado de la Democracia, cuyo proyecto ha sido ya aprobado por el Congreso de los Diputados, y se encuentra en tramitación parlamentaria.

La Ley Orgánica 4/1992 de 5 de junio, reguladora de la competencia y el procedimiento de los Juzgados de Menores, promulgada para enjuiciar los delitos y faltas cometidas por los mayores de 12 años y menores de 16, en la actualidad, ha supuesto un auténtico avance en el reconocimiento de los derechos de los menores, en los supuestos que dicha Ley regula, recogiendo en esencia, aunque con excesivo paralelismo, a los derechos de los mayores de edad en el proceso penal, los derechos reconocidos a los menores en el artículo 40 de la Convención sobre los Derechos del Niño de 20 de noviembre de 1989, ratificada por España en el año 1990.

No obstante, a pesar de ser una ley reciente, no ha evitado el posible maltrato, que su aplicación puede suponer a los menores, que sintetizamos en las dos más importantes:

- Los obligados desplazamientos de los menores a la capital de provincia donde radican los juzgados, y a veces numerosos, por el desarrollo del proceso, que puede dar lugar a que los menores declaren ante la policía, fiscales, equipo técnico, comparecencia ante el Juez y audiencia, antes de que se adopte la medida educativa o reformadora.

- El no desarrollo suficiente del contenido de las medidas que pueden imponerse a los menores, que quedan en manos de los mayores o menores medios de las entidades públicas que tienen que ejecutarlas, con la discriminación que puede ello suponer, por la existencia de diferentes entidades públicas en las diferentes Comunidades Autónomas, para los menores.

El maltrato intrahospitalario

José María Malo Aragón

Hospital Universitario Infantil Virgen del Rocío, Sevilla

Puede escandalizar o sorprender a más de un pediatra, que se pueda hablar de un maltrato infantil dentro de un hospital de niños y como causante a profesionales hospitalarios, pero sí recordamos la definición de Martínez Roig y Sánchez Marín de lo que es el maltrato institucional, *“cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación del profesional o funcionario de las mismas que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia”* (los subrayados son nuestros), creo que podemos hablar realmente de maltrato intrahospitalario, aunque en honor de la verdad este maltrato sea inconsciente, pasivo, por omisión y no reconocido por el “maltratador”.

Ha de huírse del ingreso alegre y evitable del niño, pero cuando ello ocurra, ha de hacerse mediante unas normas y protocolos que lo mantenga el menor tiempo posible dentro del hospital y en las condiciones menos traumáticas y agresivas. Es lo que se ha dado en llamar “humanización del hospital”, aunque me gusta más la expresión de “humanización del personal del hospital”, que comenzando por el celador que recibe al pequeño, continua por las auxiliares, pediatras, enfermeras e incluso personal de oficio que tanto puede hacer por la bonanza de la estancia infantil.

Según la naturaleza del maltrato, que puede ser pasivo o activo, consciente o inconsciente, evitable y a veces inevitable, podríamos dividirlos en dos grandes grupos: los que llamaríamos maltratos indirectos, en los que aunque el protagonista, como siempre es el niño, se producen con una incidencia indirecta tangencial, sobre el mismo y los maltratos directos, en los que la incidencia es primaria y plena sobre él.

Dentro de cada grupo podemos encontrar a su vez división en subgrupos. Así, entre los indirectos, que son los que cronológicamente se originarán primero, nos encontramos:

Legalidad obsoleta, por lo que, hasta hace poco y aún persisten en algunos servicios, el niño es solo niño hasta los 7 años, a partir de los cuales se convierte automáticamente en un adulto y deberá ingresar en hospitales generales, bajo el cuidado de médicos generales. Afortunadamente eso se está solventando ampliando la edad infantil hasta los 14 años.

El segundo subgrupo es corolario del anterior cual es la **arquitectura hospitalaria**, que consideraba al niño como un adulto en pequeño y solo le daba un pequeño espacio para estar encamado, sin salas de juegos, cama para la madre acompañante, espacios para esparcimiento, es decir, le negaba todas sus necesidades.

Aunque la Ley si establece que en caso de que un niño ingrese en un hospital general, debe hacerlo en los **servicios pediátricos**, del hospital, no siempre se contempla y se mezcla con enfermos adultos.

Tenemos también los **ingresos judiciales**, principalmente en casos de adopción o por mandato judicial por lo cual un niño que está sano, sufre el ingreso hospitalario con estancias más o menos largas, por no existir centros adecuados. Esto es más acusado entre las poblaciones marginales o de riesgo, por lo que el hospital se convierte en *“un asilo temporal para la población desheredada”*.

En muchas ocasiones, los niños con enfermedad crónica, se mantienen más de lo deseable hospitalizados, constituyendo lo que Vázquez de la Cruz llama *“el secuestro del niño”* (tenemos en nuestro hospital una niña ingresada, ¡y en una UCI!, desde que nació hace 14 años, hasta la actualidad). Esto se origina por la carencia de centros para niños enfermos crónicos, que precisan otra filosofía y otro tipo de atención que los enfermos agudos, con una mayor atención y presencia familiar.

La información, creemos que es primordial en la evolución de una enfermedad, tanto para el enfermo en sí, si es adulto, como para la familia del mismo si se trata de un niño y desgraciadamente, consideramos que el fallo en la información es muy común en nuestro medio. Siempre hemos dicho que es sumamente importante en la información el donde, el como, el quién y el cuando se da, habiendo errores en todos estos matices. Se puede dar en un pasillo, apresuradamente, cada vez un informador distinto, cuando hay que darla en un sitio tranquilo, recogido e íntimo, sin prisas, con palabras inteligibles y a ambos padres, infundiendo confianza y serenidad. De una primera información, puede depender una buena o mala relación médico-padres. Incluso, cuando el niño es mayor, ha de dársele una información a él mismo, dentro de sus conocimientos.

Existe una descoordinación entre los distintos servicios hospitalarios, repitiendo, a veces, exploraciones más o menos molestas o haciendo reingresar al niño por no existir un programa coordinado de diagnóstico.

La existencia de una hiperformación organicista pediátrica, hace que nos olvidemos el carácter psíquico y las posibles etiologías psicológicas del enfermo, que obviaría la realización de pruebas acaso inútiles.

Una consecuencia, sería el dominio de la clínica, sobre la persona, por lo que conocemos mucho y bien sobre el cuadro nosológico, pero es grande nuestra pobreza sobre los conocimientos que tenemos de ese niño, incluso a veces no conocemos ni su propio nombre. Por eso aconsejo a los residentes que se dirijan al chico por su nombre, y que se acerquen a él humana y amistosamente, de este modo acaso podamos desterrar ese famoso “terror a las batas blancas”, justificando porque cada vez que “una bata blanca” se acerca a él, es para hacerle algo desagradable, no está acostumbrado a una visita amable y amigable, de un amigo.

Y, por último, la limitación del horario, que si se lleva de un modo rígido, ocasiona en el niño sensación de desamparo y sentimientos de ansiedad. Nada más patético es un hospital que el llanto solitario y angustiado de un niño que llama a su madre. Afortunadamente, esta rigidez de horario va cayendo de un modo paulatino.

Entre los maltratos directos, tenemos los ingresos inadecuados, bien debido a presión familiar, bien por propia comodidad del pediatra o por una sensación vaga de que pudiera incurrir en una demanda judicial. Dentro de este capítulo puede incluirse los ingresos en fin de semana para estudio

Un derivado de esto mismo, sería una estancia prolongada en espera de unos estudios que podría recogerse ambulatoriamente. O alta tardía, que sería un colofón de lo mismo, como puede ser el recibir un resultado en viernes por la tarde y no ser dado de alta hasta el lunes que lo verá su médico.

También es frecuente la cicatería analgésica, principalmente en el R.N. que es motivo de sufrimientos innecesarios.

Las exploraciones y/o analíticas repetidas por falta de coordinación, como ya enunciamos antes. Las exploraciones o terapia cruentas que se realizan en presencia de otros aterrados niños, constituye un grave maltrato psicosomático.

Abuso de medicamentos y tecnología, que podrían evitarse a veces con solo saber

esperar y con una buena exploración y anamnesis.

El **retraso en el estudio**, está muy unido a la falta de coordinación, que ya dijimos, parcelando al niño como si fabricásemos un coche y con una traducción de aumento de exploraciones o análisis y alargamiento del tiempo de internamiento.

La **separación de la madre**, cuando más precisan de ellas, es uno de los más dolorosos traumas por el que puede pasar un niño, viviéndolo como una pérdida de la madre y un castigo hacia él, con graves repercusiones en su psiquismo.

Y, por último, el **abandono del niño**, la soledad del hospital. No sabemos oír llorar a los niños. No sabemos jugar con ellos. No sabemos dedicarle nuestro tiempo, "*perder el tiempo*" con ellos.

No en todos los niños se dan toda esta tipología de maltrato, aunque a veces se imbrican unos y otros, más que nada por omisión o comodidad del sanitario.

¿Cómo contrarrestar estos maltratos? En primer lugar, pensando en ellos. Después mediante una serie de programas neutralizantes, de las situaciones de conflictos basados en una **atención integral** al pequeño.

En primer lugar, hemos de intentar la **hospitalización madre-hijo**, que evite esa traumática separación o en el caso de un R.N., la detención del vínculo afectivo materno-infantil. Caso de no poder hacer efectivo ese tipo de hospitalización, sí podemos al menos tener un horario prácticamente ilimitado de estancia del niño con la madre.

Tendremos también un **programa de estimulación hospitalaria**, con un doble objetivo, por un lado que el niño no pierda los conocimientos psiconeurológicos adquiridos y por otro lado, que haya una progresión positiva de nuevos conocimientos, adecuados a su desarrollo cronológico.

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, estaría la **escuela hospitalaria**, que en los niños de corta estancia tendría más bien un cariz lúdico y de creatividad y en los niños de largas estancias se adecuará al programa escolar propio para que el chico no pierda escolaridad.

También el **voluntariado de fin de semana** juega un papel muy importante, ya que en estos casos, el niño cuenta con un mayor tiempo libre, que debe llenarse con otras actividades.

La **madre sustituta** tiene como misión evitar la deprivación materna, cuando hay una carencia de dicha figura. Una enfermera o auxiliar fundamentalmente harán de un modo transitorio el papel de madre

Los **permisos fin de semana** se dan a los niños que no padecen un cuadro grave y de esta manera mantienen una relación, aunque sea esporádica, con el resto de la familia, a la que a su vez imbrica en los cuidados hacia el mismo. Secundariamente, lograremos que la madre también pueda descansar del cuidado de su hijo.

Hemos hecho algunos otros protocolos, como el *Estatuto del Niño Enfermo Crónico*, el *Aula de Salud* y algo, que nos pareció muy interesante, como fue la **apertura del hospital** hacia niños escolares, quienes visitaron el hospital y convivieron con todo el personal que trabaja en el mismo, mediante talleres, mesas redondas, visitas, etc., intentando con ello desdramatizar el hospital al que queríamos que viesan como fue el lema "El hospital, tu amigo".

Y, como final, dos conclusiones que yo llamo "las vacunas contra el maltrato intrahospitalario", son dos frases que el Dr. Manuel Laffon, humanísimo y querido pediatra sevillano, ya desaparecido, solía repetir: "*Esto, ¿lo haría yo con mi hijo?*" "*Esto que voy a hacer, ¿favorece al niño, ... o al médico?*"

De su respuesta correcta, surgirá el beneficio para el niño.

Maltrato institucional

Francisco Lara y González
Colegio Palomeras Bajas, Madrid

EL GRITO DE LOS DÉBILES

Durante el mes de mayo pasado se celebró en Madrid un encuentro de personas relacionadas y comprometidas con el mundo de la marginación, la droga, la prostitución, etc. La finalidad del encuentro era dar la palabra a quienes nunca la tienen y que fueran oídas por quienes tienen la obligación de escucharla.

Al encuentro han acudido representantes de la Administración a todos los niveles: jueces, el Fiscal General del Estado, el Fiscal jefe de Madrid, la Directora de los Servicios Sociales del Ayuntamiento, la Responsable de los Servicios de Tutela de la Comunidad Autónoma, el Delegado Nacional del Plan Antidroga, el Director General de Protección a la Infancia, el Director Provincial del Ministerio de Educación, etc., etc.

Estos representantes no tenían enfrente, de interlocutores, ni a periodistas "expertos", ni a "políticos" exigentes. Enfrente estaban sencillamente las personas de la calle, madres contra la droga, expresos, exdrogadictos, padres de presos, maestros, educadores en pisos, etc., gente sin otra titulación que la de estar afectados, y sentirse comprometidos con el problema de la marginación y el maltrato.

Como estas personas, en sus múltiples enfrentamientos con la institución, ya no tienen nada que perder, no comen, ni viven de la organización administrativa contra el maltrato y la marginación, como no tienen que guardar la ropa, se hablaba con la dureza que la situación precisa.

No hubo ni un solo representante de las instituciones que no recibiera las andanadas correspondientes, e irrefutables por lo certeras. No se ofreció, por parte de las instituciones, respuesta concreta a los casos concretos, apuntaron, eso sí, las buenas intenciones, los programas y el esfuerzo realizado.

Y aquí nace nuestra preocupación. Cuando se trata del maltrato no se puede hablar solamente de diseños generales, es necesario bajar a las situaciones concretas, a los casos donde sigue apareciendo, a pesar de lo general, la situación de maltrato. Aquí no se pueden amparar los errores en el buen diseño, los errores siguen siendo importantes porque afectan a la población sin recursos y sin segundas oportunidades.

Desde hace tiempo son muchas las instituciones que se ocupan de la atención a los niños y niñas cuando estos viven un riesgo de maltrato. Nos preocupa que estas instituciones, precisamente, estén generando, a su vez, una situación de maltrato hacia esos niños y niñas por ocuparse de visiones generales sin hacer caso a las situaciones concretas e individuales.

No es posible analizar todas las instituciones pero quisiéramos realizar algunos apuntes empezando por la más general, la que afecta a todos los niños y niñas españoles:

LA ESCUELA

Esta institución, la más importante de las instancias socializadoras de los niños y niñas,

la que tiene una mayor incidencia en el proceso de igualdad social, tiene, sin embargo, también una carga tremendamente negativa para algunos de los que a ella acuden. Es en la escuela donde algunos niños y niñas aprenden que ellos son de segunda categoría, que pertenecen a otra clase. Eso pese a que la escuela debería ser la pionera en la compensación.

En la escuela se van a transmitir valores de competitividad, uniformidad, dependencia jerárquica, conservadurismo a ultranza, etc. Y estos niños y niñas serán postergados por inútiles, malos y distintos. Es el primer nivel de segregación.

Los centros escolares dicen no estar preparados para acoger a quienes tienen dificultades, más aún, son muchos los centros que de manera firme, en ocasiones, o de forma solapada, la más de las veces, alejan de sus aulas a aquellos niños y niñas que presentan deficiencias sociales.

Esta situación está aceptada plenamente por la sociedad y el Ministerio de Educación, lógicamente, no se opone a esa mayoría. Los colegios públicos arrastran sin paliativos el tratar con esas niñas y niños, los centros concertados (de titularidad privada) se cuidan muy mucho de tener alumnos con esas dificultades. El MEC dice en sus normativas y hasta en las Leyes que no puede ser así, pero la realidad lo desmiente sin que nadie actúe para que se corrija.

La población gitana ofrece una de las imágenes más claras de lo que venimos diciendo por tener este colectivo un gran componente de autodefensa. Pero no son únicas, ni, a veces, las más dramáticas situaciones. Precisamente por su alto nivel de autodefensa el colectivo gitano suele sobreponerse a ese maltrato institucional con formas familiares concretas que les son tremendamente útiles. Nos preocupa mucho más aún el grupo de quienes, sin ese apoyo familiar, se encuentran desechados y alejados de los centros que quieren utilizar.

A estos niños y niñas se les va a acusar, se les acusa, de no atenerse a normas, de no saber convivir, de crear problemas a los compañeros,... ¿quién se pregunta qué se ha hecho para que no sea así?, ¿qué acomodación ha tenido la escuela a ellos en lugar de por qué ellos no se acomodan a esa escuela? Y además son los culpables de que "baje el nivel de la clase" donde están, con lo que, además, se les desprestigia ante sus "compañeros".

Esta primera segregación es muy peligrosa también para la sociedad bienestante por cuanto nuestros hijos e hijas se acostumbran a vivir en un fanal sin conocer la verdadera situación de muchos niños y niñas con dificultades sociales, económicas, etc.

A nuestros hijos e hijas no les permitimos convivir, no han aprendido a sentarse en la misma mesa, a trabajar codo con codo con el hijo de un portador de sida, con la hija de un preso, les ocultamos la realidad de nuestra sociedad. La igualdad que la institución escolar debiera aportar está de tal modo manipulada que consigue exactamente lo contrario de lo que dice que pretende, educamos para que cada uno se afirme en su clan, segregue y segregue.

Luego, cuando estos niños "bien educados" lleguen a puestos relevantes querrán entender y ayudar a sus conciudadanos, serán los dirigentes de los Ministerios de Asuntos Sociales, serán quienes organicen los presupuestos del estado, quienes dirijan la educación, quienes, ... Pero les hemos lastrado desde el principio y será muy difícil que entiendan y se comprometan con la situación. Su conversión, si llega, será a costa de muchos esfuerzos y rupturas.

La escuela, además, expulsa a quien no se le acomoda. La ley, los directivos de los centros, los administradores nos dirán que no es posible, que no lo permiten las leyes, pero todos sabemos que se hace. Ningún cargo oficial quiere reconocer esta situación, cuando se

les dice piden acusaciones concretas que saben, por otro lado, que a estas familias les es prácticamente imposible aportar.

Se hacen juicios a los niños y niñas que molestan, para que abandonen el centro de manera temporal o definitiva; no conocemos, sin embargo, juicios a la institución por haber permitido esa expulsión. ¿Quién es el culpable de la dramática experiencia de ese "juicio" ante el que los niños se sienten indefensos y perdidos? ¿Esa experiencia no es más grave que la de ser quemado por un cigarro, ser atado a la pata de la mesa, ...?

Y las notas. Nos dice la ley que todos los niños y niñas tienen derecho a un currículum adaptado. Esto quiere decir que cada niño o niña, según la ley, tendrá una escuela a su medida. ¿Se hace? ¿Es posible hacerlo en los centros actuales? Y si no es posible ¿por qué se permite decirlo en la ordenación jurídica y no se controla su cumplimiento?

En las calificaciones lo sencillo es atenerse a pruebas objetivas y suspender o aprobar según determinados conocimientos, los que la sociedad fija como mínimos.

¿Qué profesor, qué maestra, ha puesto un sobresaliente a un niño que a los trece años ha llegado a aprender a dividir teniendo a su padre y su madre en la cárcel y come de la pensión de su abuelo? ¿No se lo merece más que quien resuelve ecuaciones de segundo grado sin tropiezos?

¿Quién valora la rebeldía del niño que "fracasa", según los cánones sociales escolares pero que aprende a encontrar su propio hueco en una sociedad que le margina, aunque sea a base de broncas, enfrentamiento con profesores, o ...? La institución escolar aún no ha sido capaz de encontrar esa fórmula. Quizás tampoco nos interesa que la encuentre.

Los niños y niñas de las clases altas son recompensados por ser agresivos y originales, los de las clases bajas por ser pasivos y civilizados. A todos los coloniza la escuela para que el sistema no varíe. Además traslada la responsabilidad social al campo de lo individual, el niño es malo, la niña es agresiva. Nunca se plantea el lugar, la raíz del descalabro. El individuo los padece, la sociedad los prepara.

Tenemos que preguntarnos ¿nos interesan los niños y niñas o nos interesa que estén recogidos, presionados, controlados? Ya hemos aprendido a ocuparles la tarde para que su jornada de trabajo no sea solamente las cinco horas escolares y así nos dejen tranquilos. Se ha inventado el judo, las clases de baile, la natación, academia de inglés, etc. Dejan de ser niños y niñas que descubren el mundo para empezar a ser engranajes de la gran maquinaria.

¡Qué molestos son los niños y niñas en verano merodeando libres y sueltos! ¡Menos mal que hemos descubierto que se les puede enviar a aprender inglés, equitación, etc., etc.!

A esto no lo consideramos maltrato como tampoco a los largos viajes en autobús escolar para el centro escolar de "prestigio... social". Maltratamos a nuestros niños y niñas cuando actuamos en estos parámetros. Y más grave, configuramos una sociedad en la que esos niños y niñas se harán hombres y mujeres y seguirán creyendo que eso es lo que deben seguir haciendo con sus hijos. ¡Esperemos que despierten a tiempo!.

SERVICIOS PARALELOS

Son muchos los que se han generado alrededor de las "necesidades" de los niños, para prevenir, corregir,...

En Madrid funciona un equipo de profesionales (convenio MEC-CAM) para la detección de niños y niñas en situación de riesgo. Peligrosa la misión por cuanto no existe compromiso por parte de esos profesionales con los susodichos niños o niñas, solamente

detectan, valoran y transmiten información.

Nos gustaría saber cuántas veces, este tipo de servicios, han detectado en el riesgo la importancia de las instituciones que le rodean, la no acomodación de los currícula escolares, la inoperancia de los sistemas de apoyo. ¿Qué se ha hecho para evitar ese maltrato en la escuela, qué medios se le han aportado a ese centro? ¿Se ha actuado contra los servicios sociales por sus graves equivocaciones, se han encontrado las correcciones necesarias? ¿Se ha valorado la subvención dada a "esa ONG"?

Y cuando detectan el maltrato no existen medios para corregirlo. Entonces uno se pregunta siempre si estos servicios tienen algún compromiso con los niños y niñas o si su misión es hacer estudios, promover currícula particulares y dar prestigio profesional fundamentalmente.

Y es un ejemplo.

Alrededor de los niños se generan multitud de ayudas psicopedagógicas, contra la dislexia, contra la discalculia, contra el stress, etc., llevadas por "prestigiosos" pedagogos, psicólogos que realmente han acertado en centrar su profesión en ese ámbito. Uno se pregunta, sin embargo, si realmente se ayudan más a sí mismos o los niños. ¿No es este un sistema de vida más que una necesidad de los niños y niñas? No existe congreso dedicado a este tema que no sienta el pulular de estos profesionales con estudios, análisis, etc. pero que no han tenido un compromiso con niños y niñas concretas durante períodos medianamente operativos.

EN MADRID EL IMAIN

Otra magnífica institución con multitud de respuestas para niños y niñas en situación de riesgo, pero sería bueno que valoráramos también cómo con un presupuesto de seis mil millones gasta más de cuatro mil en administración de sus propios recursos.

En sus presupuestos aparece un coste anula de 3.700.000 pesetas por cada niño internado. Los gastos en burocracia y sueldos se disparan.

Se pretende que los apoyos a los niños y niñas en riesgo se hagan de modo centralizado y coherente, pero se consigue, en muchas ocasiones, la inoperancia de estos servicios por la falta de medios concretos y a pie de calle.

En ocasiones la competencia de las distintas administraciones originan que quede la casa sin barrer. Por ejemplo, los programas de garantía social para niños y niñas que han fracasado en la escuela están, distintamente, dirigidos por ayuntamientos, Ministerio de Educación, Comunidad Autónoma, Instituto de Empleo, etc.

Se tutela a los niños con riesgo, pero ¿qué medios les ofrecemos? En muchas ocasiones esta tutela se transforma en el desdoblamiento de tutela-custodia que viene a ser un ente de razón. La propia familia custodia pero en las mismas condiciones que tenía antes, sin recursos ni económicos, ni culturales. Entonces sólo ha servido para controlar, no para resolver.

Cuando se dan cifras de niños y niñas tutelados y, a continuación, se nos enumeran los recursos ofrecidos a esos mismos niños y niñas, uno no tiene mas remedio que preguntarse si esa tutela tiene alguna efectividad o es un mero trámite.

Si el problema que se detecta es la falta de trabajo de una familia ¿por qué se arregla el problema con una asignación de 180.000 pesetas anuales por la custodia de dos niños? Si es una situación agravada por infravivienda ¿por qué cinco años en asignar una vivienda de protección social?

Quizás habría que recomponer un compromiso social de solidaridad que se nos ha ido perdiendo.

No quisiera que se interpretaran estas consideraciones como una diatriba contra las instituciones, ni mucho menos. Pero sí es un alegato a favor de los niños y niñas que se acercan a ellas y que vuelven a recibir un rechazo y un menosprecio de las mismas.

NO ES POSIBLE CONCLUIR

Ojalá pudiéramos concluir, pero la sociedad no nos lo permite. Y no lo olvidemos nosotros formamos parte de esa sociedad, la sociedad genera a los estudiosos del tema pero no erradica el problema.

Sabemos perfectamente cómo eliminar todo este maltrato al que vamos aludiendo pero nuestras instituciones más que borrarlo limpian la cara externa para que sea presentable a quien sólo le preocupa la apariencia y no el fondo de las cosas.

Se crean nuevas instituciones para relevar a las que existen, pero no se hace el análisis del pro qué de sus errores, no se corrigen los malos pasos.

Sería importante conocer cuántas personas cobran su sueldo, a veces muy generoso, por atender a niños y niñas en riesgo de maltrato y aún no han visto a ninguno.

Es difícil trabajar en este campo, pero cuanto más una persona sabe, cuanto más experta es en el tema más se aleja del campo de trabajo y se dedica a gestionar y a dirigir dejando a los nuevos y a los menos titulados la difícil labor del trabajo directo.

Es difícil convivir día a día con un grupo de niños inadaptados en un piso, hace falta conocer la psicología de esos niños, hace falta una cualificación pedagógica importante, pero a quien se contrata es a unos monitores de menor titulación y, por tanto coste. El pedagogo, el psicólogo dirige. Si fuéramos a otro campo, la medicina, por ejemplo, veríamos claro: opera el auxiliar de clínica y dirige desde lejos el cirujano. Nos parece una aberración.

Sin embargo en el difícil cometido de educar a unos niños y niñas a quien la sociedad maltrata, la institución ofrece el bisturí a las manos menos cualificadas.

Y podríamos seguir. Quizás ni es el momento ni haga falta, nos entendemos aunque escueza reconocerlo.

MENDICIDAD INFANTIL

Introducción

Francisco José Díaz Moreno
Ayuntamiento de Sevilla

Considerando que una Mesa Redonda no es el espacio adecuado para hacer cada ponente una exposición larga, y lo que se pretende principalmente es que los participantes reciban un contraste de distintos puntos de vista sobre una misma realidad, hice una serie de propuestas a los diferentes ponentes, al objeto de intentar centrar la temática, aunque cada uno de ellos expusiera en función de sus experiencias y desde el organismo o institución donde prestaran sus servicios.

IDEAS GENERALES Y PROPUESTAS

1.- Evitar hacer una exposición de lo que se considera "erradicación de la mendicidad infantil" como mera desaparición del síntoma (ocultamiento), que sería una concepción más de tipo higienista del siglo XIX.

2.- Intentaremos tener en cuenta que la mendicidad infantil es un síntoma de desprotección para con el menor (no el más significativo, pero sí tal vez para muchos ciudadanos el más evidente o público).

3.- Aunque el ejercicio de la mendicidad infantil afecta al "menor solo" mendicando, se observa sobre todo casos de adultos utilizando a menores en el ejercicio de la mendicidad, bien utilizándolo como reclamo o bien el menor aparentemente sólo practicando la mendicidad.

Desde el momento en que la utilización de menores en la práctica de la mendicidad es un delito, existe una actuación de represión del delito (con el adulto que utiliza al menor), pero a su vez en este acto de represión existe un menor que está en situación de desprotección. ¿Cómo se abordan ambas situaciones?

A través de los contactos previos mantenidos con ayuntamientos y Comunidades Autónomas, para contactar con posibles ponentes de la Mesa Redonda sobre mendicidad, hemos conocido algunas experiencias, pero ninguna actualmente es específica de mendicidad infantil, es decir no existen desde los Servicios Sociales programas específicos para abordar dicha mendicidad, si bien en algunos municipios hace siete u ocho años, se realizaron proyectos específicos (Málaga, Sevilla, etc.) sobre programas de ayuda para la prevención y erradicación de la mendicidad infantil.

La mendicidad infantil se contempla en el amplio abanico de indicadores de la desprotección infantil y se aborda desde programas integrales, de una forma más o menos coordinada, entre diferentes instancias e instituciones en función de las competencias y

delegaciones que cada uno tenga.

A los diferentes ponentes de la mesa de mendicidad, se les dio unos indicadores de cómo podrían estructurar el guión del texto de su ponencia (aunque posteriormente cada uno lo adecuó a su experiencia).

Algunas de las referencias ofrecidas por el Coordinador, han sido las siguientes:

- Inicios: programas específicos de mendicidad infantil (si los hubo).
- Resultados de las experiencias en el abordaje de la mendicidad infantil (¿ha disminuido?, ¿en qué medida?).

- Metodología de intervención en la prevención y erradicación de la mendicidad infantil:

- . Coordinación interinstitucional.

- . Detección.

- . Valoración diagnóstica.

- . Medios preventivos: abordaje con el menor y su familia desde el ámbito de los servicios sociales, al objeto de normalizar la situación y prevenir nuevas conductas mendicantes, etc.

Esperamos que las diferentes experiencias expuestas en la mesa redonda, sean de utilidad para los asistentes a la misma.

Utilización de menores para la mendicidad

Manuel López Gálvez

Unidad del Cuerpo Nacional de Policía Adscrita a la Comunidad Autónoma, Sevilla

INTRODUCCIÓN

Desde la adscripción de la Unidad del Cuerpo Nacional de Policía a la Comunidad Autónoma de Andalucía, en enero de 1994, el Equipo de Menores ha venido realizando una serie de intervenciones tendentes a erradicar o paliar, en la medida de lo posible, la utilización de menores para la práctica de la mendicidad.

Cuando se iniciaron estas intervenciones, se abordaron desde un punto de vista estrictamente policial, denunciando ante la Autoridad Judicial competente aquellos casos en que los menores eran detectados mendicando solos y poniendo a disposición judicial a aquellos adultos que fueron sorprendidos utilizando a menores de 16 años para la práctica de la mendicidad.

Así mismo, se puso en conocimiento de la Delegación Provincial de Trabajo y Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía todas las intervenciones que se llevaron a cabo.

Posteriormente, cuando se empezaron a celebrar juicios por los hechos que se habían denunciado, nos vimos en la necesidad de aportar al Tribunal que estaba juzgando datos socioeconómicos y familiares de los procesados por lo que en la elaboración de los nuevos atestados policiales, se introdujeron diligencias informativas sobre la situación de los encartados.

En toda nuestra labor hemos contado con el apoyo de los Servicios Sociales Comunitarios, Servicio de Atención al Niño, Dirección General de Atención al Niño, Hospital Virgen del Rocío y diferentes centros de salud.

RESULTADOS OBTENIDOS

Durante el año 1994 en Sevilla, nuestra área de actuación el Equipo de Menores de la Policía Autónoma instruyó 19 atestados por utilización de menores de 16 años, para la práctica de la mendicidad, 27 personas fueron detenidas por estos hechos y puestas a disposición judicial, contabilizándose un total de 37 menores utilizados para esta práctica.

El resultado de estas intervenciones comenzó a producir un desplazamiento de la mendicidad desde el centro y zonas comerciales de la ciudad hacia la periferia, desplazándose también la actuación policial a dichas zonas.

En la actualidad se ha conseguido erradicar casi en su totalidad la utilización de menores para la práctica de la mendicidad, al menos, en la forma que más alarma causa en los ciudadanos, como es a la puerta de las iglesias, grandes almacenes y calles céntricas peatonales, surgiendo una modalidad consistente en ejercer la mendicidad itinerante (puerta a puerta y de bar en bar) mucho más difícil de perseguir policialmente.

También se ha conseguido que dentro de las zonas de asentamiento marginales se tenga conciencia de la ilegalidad de esta práctica.

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN POLICIAL

1.- Coordinación

Todas las actuaciones llevadas a cabo por el Equipo de Menores de la Policía Autónoma han sido remitidas a la Delegación Provincial de Trabajo y Asuntos Sociales para que coordinase las intervenciones posteriores en el campo de la protección al menor, utilizando para ello a los Servicios Sociales Especializados en las diferentes áreas, según demandase la intervención también facilitó esta Delegación el contacto con el Hospital Virgen del Rocío, quien colabora con una primera asistencia sanitaria y humana hacia los menores.

2.- Detección

Durante todo el año se establecen distintos dispositivos encaminados a la detección, valoración y estudio del fenómeno de la mendicidad, pero es coincidiendo con la celebración de fiestas como Navidad, Feria o Semana Santa cuando se establecen dispositivos especiales para perseguir esta ilícita actividad.

Durante estas campañas también fueron detectadas otras actividades como la venta de tabaco, flores, etc., que eran realizadas por menores, solos o acompañados de adultos, pero que al no ser esta una actividad delictiva aunque si causa tanta alarma en el ciudadano como la mendicidad, también fue objeto de nuestra intervención, denunciando ante la entidad pública que en nuestra Comunidad tiene encomendada la protección del menor, las situaciones de riesgo detectadas.

Dentro de esta función preventiva policial se ha conseguido reducir notablemente la presencia de menores que realizan esta actividad en acontecimientos festivos.

Sobre estos casos durante la Feria de Abril de 1995, se emitieron un total de 50 informes sobre situaciones de riesgo detectadas en menores.

32 menores fueron detectados cuando eran utilizados por adultos para la venta de flores, otros 10 cuando lo eran para la venta de tabaco y 95 viviendo en unas condiciones higiénico-sanitarias deplorables cuando permanecían acampados en los aledaños del recinto ferial.

3.- Detección

Cuando los adultos fueron sorprendidos utilizando a menores de 16 años para la práctica de la mendicidad, se procedió a su detención con el fin de tramitar las oportunas diligencias, siendo trasladados a nuestras dependencias policiales donde se le facilitó a los menores los cuidados necesarios.

A veces, se personaron en las citadas dependencias familiares de los detenidos que se hicieran cargo de los menores y aportaron documentación necesaria para la identificación de los detenidos ya que la gran mayoría iban indocumentados.

4.- Reconocimiento médico

Todos los menores fueron trasladados al Hospital Virgen del Rocío donde fueron reconocidos, expidiéndose el correspondiente informe médico que fue remitido al Juzgado de Guardia junto con el atestado instruido.

De todos los menores reconocidos sólo uno quedó ingresado por prescripción médica, aunque la mayoría de ellos se le facilitó algún tipo de alimento y se les aseó por personal auxiliar de dicho hospital.

5.- Estudio socio-familiar

Como ya había quedado dicho anteriormente, se instruyeron diligencias informativas sobre la situación social de los detenidos, comprobándose si carecían de recursos, si existía la posibilidad o no de que otros adultos de la familia custodiasen a los menores mientras sus progenitores ejercían la mendicidad.

Se indagó sobre el conocimiento de los servicios sociales en relación con los detenidos y si se había realizado alguna intervención social con la familia.

Una vez que se fijó fecha para la vista oral, se volvieron a actualizar los datos del informe sociofamiliar, así como de la situación escolar de los menores.

MARCO LEGAL

Nuestras actuaciones se han desarrollado al amparo del art.489-Bis del Código Penal.

La Ley Orgánica 3/1989 de 21 de Junio, de actualización del Código Penal introdujo el art.489 bis, con el siguiente texto: *"Los que utilizaren o prestaren a menores de 16 años para la práctica de la mendicidad serán castigados con la pena de arresto mayor. Si para los fines del párrafo anterior se traficaren con menores de 16 años, se empleare con ellos violencia o intimidación o se le suministrasen sustancias perjudiciales para su salud, se impondrá la pena superior en grado"*.

El Tribunal, si lo estima oportuno en atención a las circunstancias del menor podrá privar de la patria potestad o de los derechos de guarda o tutela a los padres, tutores o guardadores responsables de estos hechos.

En todo caso el Ministerio Fiscal, instará a la Autoridad Judicial competente, la adopción de las medidas pertinentes para la debida custodia y protección del menor.

En realidad, tales conductas se castigan ya en los apartados 10 y 11 del art.584 del Código Penal, entre las faltas contra las personas, lo que hizo elevarlas a la categoría de delito, con la encomiable novedad de que se establece una agravación específica para los casos en que se suministre a los menores sustancias perjudiciales a su salud.

La mendicidad infantil y los Servicios Sociales Municipales del Ayuntamiento de Sevilla

M^a Dolores Caballero Palomo

Ayuntamiento de Sevilla

Uno de los emergentes que manifiesta situaciones de marginación es la dedicación de personas y familias a la mendicidad (la mendicidad infantil es, y puede considerarse, una forma de mendicidad familiar). Aunque como enmarque general del fenómeno se sitúe la marginación económica, es evidente que las causas profundas de esta situación responden como en otros tipos de situaciones marginales a causas estructurales y múltiples y que consecuentemente han de ser abordadas no únicamente desde el sistema público de servicios sociales.

En el año 1985, fecha a la que me remonto, aún era incipiente la creación en el Municipio de Sevilla del Departamento de Servicios Sociales, no obstante se evidenciaba que desde el mismo había una función propia y específica que cumplir y desarrollar. En base a ello y al marco legal propiciado con la aprobación de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local (art.25.2.K) y ante la realidad existente caracterizada por:

- Inexistencia aún de la red que conformaría posteriormente los Servicios Sociales Comunitarios.

- Existencia de familias y menores dedicados a la práctica y ejercicio de la mendicidad.

- Desconocimiento de las características de este colectivo (número, motivos, procedencia geográfica, tiempo de dedicación, etc.).

Se vio necesario iniciar un programa específico denominado de Mendicidad Infantil que permitiera el conocimiento y análisis de esta realidad y actuara e interviniera desde lo concreto.

Las características generales del colectivo que permitió conocer el programa fueron:

- Familias mayoritariamente pertenecientes a la minoría gitana.

- Localización de esta población en núcleos chabolistas.

- Ausencia de escolarización.

- Aumento del número de familias dedicadas a esta práctica en fechas de Navidad y Feria.

- Procedencia de Portugal, Galicia y alrededores (aunque establecidos en la capital desde hacía varios años).

- Fuente de ingresos procedentes de actividades marginales.

Respecto a las familias payas, las características eran:

- Paro o trabajo sumergido.

- Pérdida de la vivienda.

- Transeuntismo.

- Absentismo escolar.

- Inestabilidad familiar.

- Residencia en barrios de reciente creación con escasos equipamientos y sentido de pertenencia.

El abordaje e intervención desde el Programa de Mendicidad Infantil, cuyo ámbito de

actuación era de ciudad, permitió durante los dos años que duró, una atención individualizada de cada caso y un intento e inicio de coordinación con organismos y entidades para la detección y movilización de recursos.

Posteriormente con la aprobación de la Ley 2/87 de 4 de abril de Servicios Sociales de Andalucía, el Ayuntamiento de Sevilla inició la creación de la Red de Servicios Sociales Comunitarios en su triple dimensión de: equipamientos, equipos técnicos y concreción de los servicios y prestaciones que la mencionada ley contempla (S.I.O.V., convivencia y reinserción, ayuda a domicilio y cooperación social). Todo ello condujo consecuentemente a reorientar la intervención con la mendicidad infantil y con sus núcleos familiares, tratándola no sólo desde una dimensión individualizada sino abordándola con criterios de territorialidad, acercamiento a la realidad en que viven, contextualización en un barrio y zona determinada y coordinación con profesionales que desde diferentes sistemas intervieran en un mismo territorio.

Actualmente la implantación progresiva desde los Servicios Sociales Comunitarios de programas y recursos dedicados a familias y menores (ejemplo: Castillos de Infancia, Ocio y Tiempo Libre, etc.) y la consolidación de los Equipos de Convivencia y Reinserción de carácter e intervención interprofesional está permitiendo además de la detección, el tratamiento y el seguimiento desde el medio natural en el que vive el menor y su familia, agotar desde él todas las posibilidades que eviten una separación y cronificación de las situaciones.

Hoy día podemos decir que debido a la intervención y atención que se presta desde los Servicios Sociales Comunitarios a esta problemática y uniendo a ello la tipificación como delito la utilización por los adultos de menores para la mendicidad, la intervención policial y judicial al respecto (detención, diligencias y juicios) y el temor de los adultos a que se tomen medidas de protección hacia los menores, está haciendo que se reduzca y disminuya en la actualidad esta práctica. No obstante creo que siguen existiendo causas y circunstancias que pueden llegar a ésta y a otras formas de explotación del menor, por lo que es necesario además de seguir y aumentar la cobertura de atención desde el Sistema Público de Servicios Sociales, acrecentar la coordinación entre Instituciones Públicas y de la iniciativa social que actuamos en una misma problemática y sobre un mismo territorio, así como articularnos con otros sistemas de protección e integrar las acciones en aquellas zonas más desfavorecidas para incidir en todos los factores que se encuentran alrededor del problema, conectando las acciones y atenciones necesarias para la inserción. Esta integración de acciones creo que favorecería el diagnóstico común de situaciones, la producción de cambios comunitarios, la participación de los afectados y una mejor adecuación de los recursos materiales, personales e institucionales.

Mendicidad infantil

Olga Peret i Gasía

Central de Policía de Menores, Barcelona

EL INICIO

En el año 1989 se detectó, principalmente, en los grandes núcleos urbanos un incremento importante de mendicidad infantil. La presencia de menores solos, o bien acompañados de adultos por las calles, era alarmante respecto a años anteriores. La mayoría de los afectados eran personas de etnia gitana.

Ante esta situación el Gobierno de Cataluña decidió tomar medidas paliativas, realizando una campaña contra la mendicidad infantil, la duración de la cual fue de mayo de 1989 a mayo de 1991, cabe destacar que se aprovechó que estaba prevista la modificación del art.489 bis del Código Penal por lo que era delito la utilización de menores para mendigar. Los elementos básicos de partida de la campaña fueron:

- La coordinación entre las administraciones públicas.
- Aprovechamiento de los recursos existentes y creación de nuevos.
- Sensibilización de la población en general.

FASES DE LA CAMPAÑA

1.- Sensibilización de la opinión pública

Se realizaron inserciones publicitarias en periódicos, revistas, programas de radio, de televisión, material divulgativo, y se puso en funcionamiento durante 24 horas al día un teléfono gratuito Teléfono de la Infancia (900.300.100), destinado tanto para denunciar casos de mendicidad como para informar a los ciudadanos sobre cualquier aspecto relacionado con la infancia.

2.- Actuación directa sobre el grupo de mendigos

Para esto se consideró imprescindible la coordinación, se adscribió una asistente social de la Dirección General de Atención a la Infancia en las dependencias de la Policía Autonómica a fin de coordinar, atender, y derivar todos los casos de mendicidad que allí se atendieran.

3.- Intervención de los Servicios Sociales municipales

Consistía en la atención a los casos derivados e informados por la asistente social de la Central de Policía de Menores.

EL RESULTADO

Aunque en el tercer apartado se especificará la metodología seguida, es destacable el hecho de que teniendo dos elementos básicos, la penalización de la mendicidad como “disuasión” y la atención social de los casos de forma integral, hubo unos resultados muy satisfactorios.

Los resultados en cifras fueron 250 menores atendidos al final de la campaña.

Los resultados sociales fueron: la sensibilización de los ciudadanos sobre las causas de estas situaciones, la colaboración de los mismos, y el abordaje integral de las situaciones que provocaban la mendicidad.

Una vez finalizada la campaña los casos detectados han ido disminuyendo: 1992-23 casos, 1993-50, 1994-32, junio 1995-11.

LA INTERVENCIÓN

Coordinación interinstitucional

Como garantía de la eficacia de la campaña se planteó desde su inicio la necesaria coordinación entre diferentes instituciones públicas.

Para ellos se estableció una comisión de seguimiento compuesta por representantes de los Servicios Sociales de los municipios más afectados -5 representantes- un representante de la Asociación Catalana de Municipios, un representante de la Federación de Municipios de Cataluña y la asistente social adscrita a la Central de Policía de Menores (Policía Autónoma). La comisión fue presidida por el Director General de Atención a la Infancia.

De esta manera se veían implicadas todas las administraciones y además se aprovechaban todos los recursos de cada una de ellas.

La coordinación se estableció con una periodicidad mensual para posibilitar que se solucionaran las incidencias que se daban en el proceso.

A nivel de atención directa desde la denuncia hasta el trabajo social se coordinaban: receptor de la denuncia, policía local y autonómica, la asistente social ubicada en la Central de Policía de Menores, y Servicios Sociales del territorio.

Al darse la coincidencia de que la mayoría de los menores procedían de la misma zona se consideró oportuno poner en marcha un programa integral, llamado RIU-SEC, paralelo a la campaña. Este programa abarcaba los ámbitos: social, sanitario, formativo-laboral, comunitario, vivienda, formación de adultos, escolarización, formación materno-infantil, etc.

Detección de mendicidad

Cuando la denuncia se recibía en el teléfono de la infancia, o bien en la policía, automáticamente se personaban en el lugar un coche de policía para comprobar si había utilización de menores, en caso afirmativo se procedía al traslado a la Central de Policía de Menores.

Cuando era la propia policía quien detectaba un caso, seguía el mismo procedimiento.

Valoración diagnóstica

Una vez trasladados los afectados a la Central de Policía de Menores si había adultos se procedía a su detención.

Paralelamente se hacía la valoración social del caso, conjuntamente con los servicios sociales del territorio.

De forma general constatamos las siguientes características de los casos atendidos:

1.- No se trataba de delincuentes habituales y por lo tanto carecían de antecedentes penales.

2.- Un grupo mayoritario de personas de etnia gitana, y en concreto gitanos portugueses casi siempre nómadas. Es importante destacar que en este caso no eran familias desestructuradas, y que la mendicidad era uno de sus medios de vida.

Se detectó también en algunos casos alcoholismo, y una elevada cifra de problemas de salud (diabetes, poliomieltis, ...).

Por lo general los menores no estaban escolarizados.

3.- Un grupo mayoritario, no gitano que presentaban problemáticas asociadas como son: desestructuración familiar, drogodependencias, con coincidencia del virus V.I.H.

La mendicidad no era su actividad habitual, si no efectuada esporádicamente.

Intervención social

Dados los dos grupos diferenciados de personas atendidas era lógico aplicar un abordaje distinto para cada uno de ellos. Con el grupo de etnia gitana se tomó desde las vertientes de familia nuclear, familia extensa, todo ello combinado con el trabajo comunitario, interviniendo integralmente en todos los ámbitos de la vida.

Por otro lado es importante destacar que dado que no eran delincuentes habituales la intervención policial y la coordinación de los trabajadores sociales tuvo un gran poder de persuasión.

Otro elemento importante que facilitó los buenos resultados fue la posibilidad de dar una alternativa a su medio de vida; la formación laboral y su posterior inserción -importante elemento para la prevención-.

No obstante una vez puestos en marcha todos los dispositivos, durante las vacaciones escolares se dieron conatos de mendicidad infantil.

En cuanto al segundo grupo "payos", a pesar de ser minoritario, se tuvo que tener en cuenta la peculiaridad de sus características, por lo que se les abordó a nivel individual y familiar. Hubo muchas más dificultades para incidir o modificar la situación existente, hasta el punto de producirse siete retiradas de tutela de menores, retiradas que no se tuvieron que efectuar en el grupo de etnia gitana.

Mendicidad infantil: experiencia en el Municipio de Madrid

Manuel Ramírez Dorrego
Ayuntamiento de Madrid

La mendicidad infantil como fenómeno social resurge de nuevo a finales de los años 70 y principios de los 80. Todas las actuaciones realizadas por los municipios hasta esta fecha tenían un marcado carácter represor. La promulgación de la Ley 7/1985 de 2 de abril reguladora de las bases del régimen local, significa un cambio en esas actuaciones, tal y como queda expresado en el art. 25 K (Prestación de los Servicios Sociales y de Promoción y Reinserción Social). Esto obligó a diseñar nuevas políticas de actuación con la infancia.

En 1984, anticipándose a lo que propiciaba la nueva Ley de Bases, la Concejalía de Servicios Sociales del Excmo. Ayuntamiento de Madrid elabora el Plan de Prevención de la Marginación Infantil, dirigido a aquellas familias que utilizan a los menores en la práctica de la mendicidad. Entre los objetivos de aquella campaña destacaríamos los siguientes:

- Evitar la cronificación de situaciones de premarginación mediante apoyos específicos.
- Escolarización e inserción en el barrio de niños que ejercen la mendicidad.
- Desarrollo de la coordinación de los diferentes organismos con competencia en el tema para un máximo aprovechamiento de los recursos.

Entre las actuaciones de este Plan destaca la creación en mayo de 1984 del Servicio de Atención al Menor Marginado, cuyo objetivo era: *"Recibir y atender todos los problemas relacionados con la mendicidad infantil proporcionando los medios para lograr el bienestar del niño"*.

Este Servicio fue adquiriendo un carácter más preventivo, dirigido a todos los menores en situación de riesgo, frente al más marcadamente asistencial que tenía en la etapa anterior según iban demandando los propios cambios sociales.

Las funciones del citado Servicio se inician para prestar atención a las familias cuyos menores se dedican a la mendicidad y evoluciona hasta llegar a ser un Centro de Atención a la Infancia que definiremos más adelante.

El número de casos atendidos por el Servicio de Atención al Menor Marginado evolucionaron desde un 89% de menores con problemas de mendicidad en el primer año, para ir descendiendo en años posteriores hasta un 25%, por las siguientes razones:

- Las actuaciones llevadas a cabo desde el Servicio de Atención al menor como instrumento del Plan de Prevención de la Mendicidad encaminadas a normalizar la vida de estas familias.
- El temor de los progenitores ante las medidas de protección que se puedan ejercer con los menores.
- La sensibilización llevada a cabo con la población en este aspecto.
- El incipiente y creciente desarrollo de los Servicios Sociales Generales.

En 1989 se cambia la denominación del Servicio de Atención al Menor Marginado, y pasa a denominarse Centro de Atención a la Infancia que se definía como: equipamiento social de segundo nivel para la atención especializada al menor y su familia en situaciones de alto riesgo. Entre las problemáticas a atender estaban: la mendicidad infantil, la explotación laboral, malos tratos, etc.

Paulatinamente la mendicidad infantil se fue reduciendo, sobre todo a raíz de la tipificación como delito de la utilización de menores para este fin por parte de los adultos. art.584 del Código Penal, texto conforme a las modificaciones aprobadas por la Ley Orgánica 3/1984 de 22 de junio.

Coincidiendo con estos cambios se diseña en 1989 una campaña de erradicación de la mendicidad infantil conjuntamente entre la Comunidad de Madrid, Consejería de Integración Social y Ayuntamiento de Madrid, Área de Servicios Sociales, apoyada en la tipificación como delito penal de la mendicidad.

En 1990, el 15 de abril, se crea en el Ayuntamiento de Madrid la Unidad Móvil de Emergencias Sociales (U.M.E.S.) que es un servicio social de atención directa en la calle, dirigido a toda la población que se encuentra en situaciones de necesidad social, destacando entre los colectivos de atención a menores de 16 años que se encuentran en alguna de las siguientes situaciones:

- Mendicidad, ejerciéndola en la vía pública, estaciones de RENFE, etc.
- Explotación laboral: limpieza de parabrisas de coches en semáforos, venta de pañuelos.
- Fugas del hogar.

En un primer momento se incluyó en el Programa de Familia e Infancia por considerar que los altos índices de mendicidad infantil de aquel momento darían como usuarios mayoritarios a los menores. Sin embargo ante la evidencia de los datos, se decidió que pasara a depender del Programa de Atención a Marginados sin Hogar.

Actualmente, cuando se detecta algún menor ejerciendo la mendicidad en la vía pública, se pone en conocimiento de la Policía Municipal o del Grupo de Menores, dependiente de la Policía Nacional, que lo recoge e interna temporalmente en un centro de acogida, informándose al Instituto Madrileño de Atención a la Infancia, que decidirá si ante una situación de desamparo, ejerce la medida de guarda y tutela del menor. Si por el contrario se acuerda el regreso a su familia, y ésta es residente en algún distrito municipal, se informa al Centro de Servicios Sociales de las actuaciones realizadas con el menor.

Aquí se comenzará una intervención social, o se continuará, si el menor y su familia ya tenían historia social, con todo el grupo familiar, para lograr su inserción social. Si persistiesen dificultades con este grupo familiar, y la complejidad de las actuaciones lo requiriese, existe un Servicio Social Especializado denominado Centro de Atención a la Infancia que ofrecería un tratamiento psico-socio-educativo a los menores y sus familias, trabajando en estrecha colaboración con los Servicios Sociales Generales en la intervención que desarrollan con los menores y sus familias, apoyando con medidas complementarias que no sólo son económicas.

Para finalizar esta comunicación quisiera resaltar los avances acaecidos en el Ayuntamiento de Madrid en el último decenio, pasándose de una intervención social limitada con los menores que no abordaba las causas y orígenes de las situaciones, a otra más preventiva y globalizadora, que ofrece apoyo psico-socio-educativo a los menores y sus familias, para ofrecerles alternativas válidas que ayuden a modificar la situación socio-familiar, y propugne un entorno saludable a los menores.

TALLERES

ABUSO SEXUAL: CÓMO ENTREVISTAR Y CÓMO PREPARAR A LA VÍCTIMA PARA LOS ITINERARIOS DE DIAGNÓSTICO

Victoria Noguero Noguero
Centro de Psicología Noguero, Madrid

INTRODUCCIÓN

El taller pretende ofrecer una línea general sobre cómo realizar entrevistas con niños sobre el abuso sexual, éste se desarrollará de forma dinámica con elaboración de protocolos y realización de roles-plays entre los participantes.

De hecho, no es sencillo hablar del abuso sexual infantil el cual ha sido ignorado durante mucho tiempo, sin embargo, cada día aparecen más noticias en prensa de niños abusados sexualmente en sus escuelas, barrios o casas y aumentan las investigaciones e instrumentos para la detección, diagnóstico y tratamiento del problema.

Los niños que padecen el abuso sexual suelen llegar a la edad adulta sin haber resuelto sus conflictos, con extrema inseguridad y una actitud confundida hacia la autoridad. Su inseguridad o su rabia se vuelve contra ellos mismos, sus amigos, sus propios hijos y la sociedad. Un considerable número de delincuentes y criminales acusados de robos o violaciones fueron física o sexualmente abusados de niños.

Para colaborar en la solución de éste problema, hace una década que está aumentando la atención a la victimización física y sexual de los niños estableciéndose procedimientos y protocolos especiales para tratar y diagnosticar a las víctimas. Estos materiales se dirigen a la formación de trabajadores sociales, policía, personal sanitario, abogados y jueces pidiéndoles sensibilidad en las evaluaciones, diagnósticos, investigaciones y tratamientos.

Para favorecer el resultado de estos protocolos se ha de resolver el problema de comunicación entre adultos y niños para que el caso se realice con más claridad en el Juzgado, para ello, el presente taller abordará, brevemente, el siguiente panorama de contenidos:

Reconocer y anticipar los problemas básicos de comunicación

- Miedo: como una de las mayores barreras de comunicación. Las víctimas han sido generalmente amenazadas, tienen miedo a no ser creídas o pueden querer proteger al agresor, romper el secreto suele ser un dilema para ellas.

- Vocabulario: la mayoría de los niños no tienen un vocabulario suficientemente desarrollado para discutir el abuso sexual. Esto puede confundir al entrevistador y al niño cuando no entiende la terminología y no comprende la pregunta. Establecer un lenguaje común ayudará a sacar factores relevantes.

- Vergüenza: al señalar las partes de su cuerpo para indicar lo que sucedió. Pueden sentirse diferentes por lo que les ha sucedido. Tienen preocupación por lo que puedan decir otros niños.

- Nivel de desarrollo: se ha de adaptar la entrevista al nivel de atención del niño. La

edad puede ser un problema cuando se trata de establecer la credibilidad del niño. Es importante tener una buena comprensión de su desarrollo.

Preparación para la entrevista

Recoger información sobre el niño y su familia puede ayudar a crear un ambiente en el que éste pueda compartir lo que sucedió y hacerle preguntas de forma que pueda comprenderlas, esta información se completará con:

- Información aportada por otras instituciones.
- Entrevista con el adulto que denunció el abuso.
- Recoger información de la familia de la víctima.
- Seleccionar materiales para la entrevista.

Entrevista

- Consideraciones evolutivas.
- Comportamientos apropiados.
- Protocolo:
 - . Inventario sobre las partes del cuerpo.
 - . Preguntas sobre las circunstancias del abuso.
- Uso de muñecos anatómicos.
- Entrevista de seguimiento.

Ejercicios de entrenamiento

- *Role playing* entrevistador-víctima del abuso sexual.

Presentación de índices para la evaluación del abuso sexual

- Protocolos para evaluar la severidad del abuso sexual.
- Cuestionario para determinar la probabilidad de ocurrencia del abuso sexual.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SOCIOFAMILIAR EN LA DISMINUCIÓN DEL POTENCIAL DE RIESGO PARA EL MALTRATO INFANTIL

María Luisa Balda Medarde, María de los Ángeles Centeno Moreno
Dirección General de Bienestar Social, Comunidad Autónoma de la Rioja

INTRODUCCIÓN

Existen estudios que demuestran cómo los programas educativos de intervención sociofamiliar -tanto preventivos como de tratamiento- son un modo directo y eficaz de modificar ciertas situaciones y/o comportamientos sociales desajustados.

El programa que se evalúa, Programa de Apoyo a la Mujer en el Embarazo, Postparto e Inicio de Crianza del Bebé, comprende distintos niveles de actuación: detección precoz, intervención preventiva y tratamiento en casos de constatación de existencia de maltrato infantil. Este tipo de programas supone un avance en la metodología de las intervenciones preventivas, reduciendo sensiblemente el riesgo de aparición de dificultades futuras en las relaciones materno-filiales.

Este proyecto ha sido ambicioso y las expectativas del equipo en cuanto a disminuir los factores de riesgo para el maltrato infantil quizás excesivas. La valoración del programa va más allá del mero análisis de sus resultados cuantitativos, constituyendo una base importante para el desarrollo de futuras líneas de trabajo en el campo de la intervención educativa pre y posnatal.

OBJETIVO

Nuestro objetivo es evaluar la efectividad de un programa de educación sociofamiliar en la disminución del potencial de riesgo para el maltrato infantil, en una población de mujeres embarazadas. Es decir, se ha intentado medir el efecto que sobre dicha población tiene la aplicación de un programa si es individualizado y completo (con un mínimo de dosis establecido), indicándole a cada caso la duración que tendrá y la frecuencia de las sesiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Emplazamiento

El estudio se ha llevado a cabo en Logroño durante los años 1992 a 1995. En el trabajo de campo, iniciado en enero de 1993, han participado las matronas de atención primaria de los 5 centros de salud existentes en Logroño.

Población diana y población de estudio

La población diana la han compuesto las mujeres embarazadas que acuden a estos centros de salud. Los criterios de inclusión fueron: que no sobrepasaran los 4 meses de gestación y que obtuvieran una puntuación de riesgo en la prueba diagnóstica (CAP > de 30). Se consideraron criterios de exclusión la enfermedad mental y las drogodependencias.

Muestreo y selección de sujetos

Con el objeto de reclutar una muestra de 30 casos en total, se realizó una fase inicial de captación a través de las consultas de matronas de todos centros de salud de Logroño. Todos los casos (1.266) fueron citados a una entrevista personal con una psicóloga, con el fin de verificar la existencia de factores de riesgo, que cumplen los criterios de inclusión (tras la aplicación del CAP) y de recoger información acerca de las variables de identificación y pronósticas.

Las mujeres que habían llegado a la aplicación de las pruebas, cumplieron dichos criterios y no se perdieron, fueron asignadas aleatoriamente y de forma consecutiva (mediante técnicas de asignación aleatoria estratificada) a uno de los dos grupos de estudio, el grupo de intervención y el grupo control, los cuales resultaron similares en cuanto a la proporción y valores medios de las principales variables pronósticas (edad, número de hijos, relación de pareja, situación laboral).

Variables y métodos de recogida de datos

A todas las mujeres que acudieron a la cita con la psicóloga (875) se les aplicó el Maternal Interview History (MHI) y el Listado de Factores de Riesgo (LFR), pruebas que se utilizaron conjuntamente como *screening*. En una segunda fase, se aplicó el Child Abuse Potential a las mujeres que, habiendo dado riesgo en la fase anterior (91), dieron su consentimiento para ser visitadas en su domicilio por una educadora. Esto se utilizó para discriminar los falsos positivos (27) y tener la primera medición del potencial de riesgo (pretest) de los 29 casos definitivos.

Una vez hecha la asignación a los grupos (n1=14 y n2=15), se les realizó una segunda medición del potencial de riesgo, a los 4 meses transcurridos desde el parto, a todas las mujeres de ambos grupos (postest). La medición la realizó la misma educadora. Al finalizar el postest la mujer fue entrevistada de nuevo por la misma psicóloga que inicialmente le citó, con el fin de observar cambios, obtener más información y despedirle.

Así mismo, para todos los casos de ambos grupos y con todos los datos obtenidos, tras la aplicación de instrumentos y visitas domiciliarias, se elaboró un diagnóstico destacando los aspectos que probablemente tenían más relación con el riesgo de maltrato infantil.

Sólo a los casos asignados al grupo de intervención se les aplicó un programa individualizado de intervención.

Y por último, durante todo el proceso se recogió información en ambos grupos en el momento del parto y a los cuatro meses del nacimiento. La finalidad era doble, mantener contacto con los casos del grupo control y disponer de más datos para el análisis cualitativo de los casos.

Intervención

A las mujeres del grupo de intervención se les aplicó un programa de educación socio-familiar individualizado, basado en el Modelo de Competencia, cuyos objetivos eran rescatar y optimizar recursos y/o aspectos positivos personales y familiares.

Todos los programas constaron de un mínimo de 32 sesiones de una hora de duración como mínimo cada una y con una frecuencia de visitas mínima de una a la semana, durante los ocho meses de duración del mismo. Las técnicas fueron básicamente el modelado, *role-playing*, *feed-back* e información-formación. Para cada mujer y de mutuo acuerdo, en función del riesgo y de su necesidad de apoyo se marcó un ritmo de relación y sistema de trabajo diferente. A las mujeres del grupo control no se les aplicó ningún tipo de intervención, si bien se les informó (lo mismo que a las del grupo de intervención) de la existencia de Servicios Sociales, derivándoles a éstos en caso necesario.

Métodos estadísticos

Se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Mann-Witney para comparación de dos medias en grupos independientes.

RESULTADOS

En relación a la comparabilidad inicial de los grupos, se podría decir que el azar ha funcionado bien, puesto que ha distribuido de forma equilibrada las variables más relevantes en ambos grupos. El reducido tamaño muestral hace pensar en posibles factores de confusión.

A los 8 meses transcurridos desde la primera medición, el grupo de intervención había conseguido una reducción media de 6,3 puntos mientras, que el grupo control había conseguido una reducción de 3,6 puntos.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos del análisis de los datos finales muestran que tanto el grupo de intervención como el grupo control reducen su potencial de riesgo inicial. Se podría decir que el programa resultó efectivo en el grupo de intervención ya que éste disminuye 2,9 puntos más su potencial inicial que el grupo control.

Pero conviene citar, entre otras, algunas de las limitaciones del estudio que hacen difícil poder efectuar dicha afirmación:

- 1.- Probablemente el estudio, al disponer de pocos casos, no tenga la potencia necesaria para poder detectar diferencias significativas, en caso de que existan.
- 2.- No se estableció, al inicio del estudio, qué diferencia de potencial mínimo tenía que darse para considerar efectivo el programa a nivel social (y no necesariamente estadístico).
- 3.- Probablemente la prueba elegida como criterio de evaluación (el CAP) no sea la más apropiada para medir la efectividad del programa ni para discriminar falsos positivos (mide aspectos diferentes a las pruebas de screening). El CAP mide con precisión el potencial de riesgo para el maltrato físico. El programa de tratamiento se ha realizado en función de fac-

tores de riesgo para todo tipo de maltrato infantil, incluida la negligencia. Esto significa que cualquier variación en otros potenciales no quedaría registrada. Por otra parte se ha comprobado que el CAP es susceptible de cambio ante cualquier situación estresante de la mujer, lo que plantearía dudas respecto a su aplicación para mediciones longitudinales.

4.- Existen sesgos de información ya que las educadoras conocían a qué grupo pertenecía cada mujer y en algunos casos las pruebas se han aplicado de forma diferente, lo que afectaría considerablemente a la validez interna.

5.- Existen diferencias en la aplicación de una de las pruebas de screening, el MHI, (aplicada por 3 psicólogas diferentes). Esto no afectaría a la validez interna puesto que se hace en una fase anterior a la asignación al grupo de estudio, pero pondría de manifiesto la susceptibilidad de dichas pruebas a la introducción de elementos que las invalidan.

6.- La relación con los servicios sociales de ambos grupos no se ha evaluado, con lo cual podría constituir un nuevo factor de confusión.

7.- La baja efectividad del programa comprobada tras la comparación de los grupos mediante análisis estratificado y medidas de riesgo, plantearía cuestiones respecto a su diseño, validez del contenido, tiempo y condiciones de aplicación.

8.- Al disponer de un tamaño muestral tan reducido y detectar rasgos en la anormalidad de las distribuciones, no se ha podido efectuar el ajuste de los resultados en función de los posibles factores modificadores de efecto y de confusión mediante técnicas multivariantes.

CONCLUSIONES

Ante la puesta en marcha de programas de prevención para el maltrato infantil basados en intervenciones individualizadas, habría que plantearse evaluaciones también individualizadas. El análisis cualitativo "caso a caso" parece indicar que la efectividad de los programas queda encubierta cuando se hacen comparaciones globales. La utilización de diseños tan sofisticados en los que cuantificar una diferencia determinada en la comparación de grupos, mediante experimentación aleatoria, queda afectada por la gran cantidad de factores que intervienen en la realidad social, que hace no comparables las situaciones. La entrevista semiestructurada, aplicada en profundidad a las mujeres, ha permitido conocer la satisfacción general tras la aplicación de la intervención, así como la evolución de sus factores de riesgo.

Habría que seguir trabajando en el diseño y validación de instrumentos de evaluación del riesgo de maltrato. Instrumentos que midan todas sus dimensiones, incluida la negligencia y el abuso sexual, y que puedan ser aplicados en la detección.

Habría que crear unidades de apoyo ubicadas en los centros sanitarios de atención primaria, que captaran y trabajaran los casos de riesgo en colaboración con educadores sociales expertos en trabajo familiar y en coordinación con la red de servicios sociosanitarios. El papel del/la psicólogo/a en dicho equipo es fundamental ya que el objetivo común de los programas de intervención será disminuir el estrés que los factores de riesgo provocan en la mujer, procurando movilizar todos los recursos personales y sociales necesarios. Es decir, habrá que encauzar la vivencia estresante que tiene la mujer de su situación hacia la eliminación de su efecto.

Y por último, hay que señalar la importancia de la implicación de la mujer en la intervención, lo que vendría dado por una aceptación del problema, una motivación para el cambio y un compromiso de trabajo mutuo.

PAUTAS DE CRIANZA, DIVERSIDAD CULTURAL Y MINORÍAS ÉTNICAS

Isabel Crespo, Eulalia Hernández, José Luis Lalueza, Adolfo Perinat
Universitat Autònoma de Barcelona

En nuestra cultura existe un conjunto de "saberes" respecto a la crianza de los niños que son objeto de un amplio consenso. Estos saberes hacen referencia a la alimentación, las posturas que deben adoptar los bebés, cómo se les debe hablar, dentro de qué límites está el nivel adecuado de contacto físico entre la madre y su hijo, dónde debe dormir éste, qué se le debe consentir y qué no, qué grados de autonomía irá adquiriendo y a qué ritmo, cuándo se le podrán pedir responsabilidades por sus actos, cuáles deben ser los roles que los diferentes miembros de la familia nuclear y extensa deben jugar en su cuidado y educación, etc.

A pesar de que existen variaciones importantes entre las prácticas de unas u otras familias, dentro de cada cultura hay unos mínimos comunes que, si son traspasados, los transgresores corren el peligro de ser señalados como malos padres, inmaduros, descuidados o extravagantes. Y se afirmará que tal conducta inadecuada podrá repercutir negativamente en el desarrollo de los niños.

Aunque con contenidos netamente diferentes, en todas las culturas se da este cuerpo de saberes consensuados y su carácter viene dado por la tradición, que se transmite entre generaciones y que varía en función de las transformaciones ecológicas e históricas que afectan a la comunidad. En nuestra sociedad, estos saberes han sido confirmados (y en algunos casos desmentidos y transformados) desde la autoridad de la ciencia. Además de la opinión de las abuelas, la de los médicos, psicólogos y pedagogos contribuye a legitimar estos conocimientos sobre cómo se debe actuar con los niños. Pero, lo que es común a todas las culturas, es la certeza de que la mayoría (o la totalidad) de la población tiene acerca de lo adecuado de tales prácticas y de lo dañino de desviarse de manera sensible.

Estas certezas cumplen un importante papel al dar unas pautas claras a madres, padres y todo tipo de educadores acerca de cómo deben comportarse, lo que da (en condiciones de estabilidad) coherencia y seguridad a su labor educativa. Pero, además, las prácticas educativas juegan un papel fundamental en el mantenimiento de la cultura, entendida como una manera específica de interpretar la realidad y de legitimar los comportamientos. Los niños, a través de las pautas de crianza, descubren el mundo **de una forma determinada** y aprenden que deben comportarse **de acuerdo a unas normas determinadas**. Si las diferencias culturales explican las diferencias en las prácticas educativas, éstas, a su vez, son el fundamento de la diversidad cultural.

El problema comienza cuando miembros de diferentes culturas conviven en el mismo ámbito. Así, en Europa se ve con muy malos ojos que a niños y niñas se les dé diferente educación o que un niño pueda presenciar unas relaciones sexuales. Igualmente, los pueblos mayas consideran que una madre nunca debe dejar a su bebé y ha de estar en permanente contacto físico con él. Patricia Greenfield narra la mala sensación que causó en una comunidad maya el tratamiento que una antropóloga daba a su bebé, al que dejaba solo en la cuna de la habitación de al lado.

El grupo de estudios que está llevando a cabo nuestro equipo, formado por investiga-

dores de las Universidades Autònomas de Barcelona y de Girona, están encaminadas a desvelar algo de las íntimas relaciones entre crianza y cultura. Nuestro primer trabajo en esta línea ha consistido en el estudio de tres comunidades gitanas en situación social muy diferente (un grupo integrado desde hace una década en un barrio de clase media de Barcelona, un grupo que vive en un barrio de promoción pública de Badalona, y un tercer colectivo instalado provisionalmente en la periferia de Mataró).

Se han efectuado diversas entrevistas a madres de niños pequeños y se han registrado en vídeo escenas de interacción niño-madre. Por otro lado, se han entrevistado a chicas adolescentes y a abuelas, y se han filmado discusiones de niños y niñas en torno a conceptos como "familia", "edad adulta", "género", "perspectivas de futuro" y otros. Se han iniciado ya los primeros contactos para extender este trabajo a familias de origen magrebí.

Nuestros datos están todavía en fase de recogida, por lo que aún no podemos presentar los resultados del análisis. Sin embargo, nuestro trabajo ha adquirido un perfil etnográfico que nos ha ofrecido una gran cantidad de elementos de reflexión metodológica. Por otro lado, el contacto con las diversas comunidades gitanas nos ha permitido aprender, no sólo sobre las pautas de crianza específicas de esta cultura, sino también sobre las transformaciones que estas pautas están sufriendo debido a la presión integradora de la sociedad mayoritaria y, lo que interesa especialmente en este Congreso, los efectos que la pérdida de identidad cultural y aislamiento social pueden ejercer sobre el desarrollo infantil.

Una de las características que diferencian a muchas culturas tradicionales de la cultura moderna y urbana de Europa y Norteamérica consiste en el valor que se da a la autonomía personal y a la interdependencia de los miembros de la comunidad. La cultura gitana se asienta sobre la intensidad de los lazos familiares y comunitarios, la autoridad de los mayores y la clara delimitación de los roles en función de edad y sexo. Por tanto, no es de extrañar que la crianza de los niños esté orientada a la interdependencia y que los contextos educativos no estén diferenciados de los de convivencia familiar. Al ser, desde hace siglos, un grupo minoritario, la conservación de sus leyes y normas de relación ha posibilitado la cohesión interna y su supervivencia como grupo cultural (e incluso su supervivencia como personas en un mundo casi siempre hostil).

La presión integradora, que la sociedad moderna ejerce sobre las minorías gitanas, ha introducido importantes cambios en sus formas de vida y, por tanto, en sus pautas de crianza. La escolaridad ha supuesto un impacto todavía no bien medurado. Igual ocurre con el efecto de los medios de comunicación. Uno de los más importantes efectos de estos cambios es el que se produce sobre la noción de individuo y de derechos individuales. Para los que formamos parte de la cultura moderna, estos cambios parecerían, a simple vista, positivos, como juzgamos positivo todo lo que vaya en favor de la autonomía de los individuos. Pero para los integrantes de la cultura gitana, la interdependencia, el respeto a las decisiones de los mayores, la aceptación del rol otorgado por la comunidad, no han sido percibidas mayoritariamente como imposiciones o limitaciones, sino como las formas de vida habituales y necesarias. La educación de los niños pequeños no está destinada, en ese contexto cultural, al dominio individual del medio, al desarrollo de competencias individuales, como ocurre entre nosotros. Por el contrario, las pautas de crianza dirigen a los niños hacia el conocimiento de las personas, a la acción colectiva y a tareas más relacionadas con el intercambio que con la transformación. La educación gitana forma a las personas para ser buenos miembros de su comunidad y para actuar en relación a ella.

En consecuencia, el impacto del individualismo en las comunidades gitanas no ha tenido, en la mayoría de los casos, un efecto "liberador", sino desintegrador. Las dificultades surgidas a raíz del consumo de drogas, por una parte importante de jóvenes gitanos duran-

te los años 80, no son ajenas a todo esto. Igual podemos decir del aumento de niños gitanos acogidos por instituciones a causa de abandono (algo muy poco frecuente hasta hace una década). Y tampoco es ajeno el que la respuesta de aquellos grupos que han mantenido cierta cohesión consista en el reforzamiento de los lazos y normas tradicionales, aunque apoyados en fenómenos modernos como las confesiones evangélicas.

Mediante esta comunicación pretendemos dar a conocer algunas de las pautas de crianza que se dan en la minoría gitana, y las variaciones que están sufriendo en la actualidad. Todo ello desde una perspectiva ecológica que nos permita entender la interacción madre-hijo como un importante eslabón en el desarrollo de las culturas. Si bien nuestra propuesta se ejemplifica fundamentalmente a través de datos que vienen de la comunidad gitana, nuestro objetivo no se reduce al estudio específico de esta cultura. Por el contrario, pretendemos abrir la discusión, en el marco de este Congreso, sobre el papel que juegan la cultura y las transformaciones históricas en las formas de relación entre padres e hijos y en el desarrollo de éstos.

ADOPCIÓN DE NIÑOS CON MINUSVALÍAS GRAVES

Isabel Machado Cabezas

Dirección General de Atención al Niño, Junta de Andalucía

Tradicionalmente y de forma generalizada la idea que la población tiene de la adopción se refiere a niños pequeños y sanos; de hecho, esta es la demanda mayoritaria de las personas que se dirigen a los Servicios de la Administración para solicitar la adopción. La realidad es que este tipo de niños es cada vez más reducido debido al efectivo control de la natalidad que limita el número de hijos no deseados y a la aceptación social de la madre soltera.

Sin embargo, en Andalucía, al igual que en el resto del país, existe un importante número de **niños con necesidades especiales** que sí están en condiciones de ser adoptados y que, sin embargo, permanecen en centros de acogida a la espera de una familia en la que poder integrarse. Son niños que ya tienen varios años de edad, niños que padecen alguna enfermedad orgánica grave o crónica, portadores o enfermos de SIDA, con alguna deficiencia física, psíquica o sensorial, niños de otra raza, o etnia y niños que conforman grupos de hermanos. Todos ellos han pasado por experiencias difíciles, el abandono e incluso malos tratos de sus familias, períodos de hospitalización y la estancia en uno o varios centros de acogida.

Si para todos los niños son básicos los cuidados, la protección y la seguridad de una familia, no cabe duda que para éstos la necesidad de una familia que les ayude y estimule a desarrollar todas sus potencialidades y donde crecer felices, es fundamental.

Las situaciones en que se encuentran los niños y las posibilidades de encontrar una familia adoptiva para ellos es muy diversa. Según mi experiencia en Andalucía, estos son algunos de los factores que influyen:

- El tipo y grado de deficiencia o enfermedad. En los casos más graves es más difícil disponer de familias adoptivas.

- Conocimiento de la evolución y posibilidades. A las familias les angustia desconocer la evolución que puede tener una enfermedad o deficiencia y les impide decidirse a la adopción, sin embargo, en los casos en el que las posibilidades están muy claras como es el caso de los niños con Síndrome de Down, es mucho más probable que las familias motivadas se decidan sin problemas.

- Los antecedentes de situaciones similares a la del menor en el ámbito de referencia (familia, vecinos, amigos) de la familia acogedora facilita su disposición a la adopción.

- La edad de los niños es un factor importante. Ante una misma problemática los menores más pequeños son más aceptados por las familias acogedoras. Para los chicos y chicas adolescentes, existen dificultades para encontrar familias adoptivas, si además pertenecen a grupos de hermanos y/o presentan problemas de conducta o deficiencia, las dificultades aumentan.

- Entre las personas que tienen relación directa con el niño (educadores, personal sanitario, vecinos, etc.), es posible encontrar familias dispuestas a adoptarlos.

- Los niños portadores de anticuerpos VIH menores de 18 meses (hasta esa edad existe un alto porcentaje de posibilidades de que desaparezcan los anticuerpos) son relativamente bien aceptados por algunas familias; son capaces de asumir el riesgo.

Los niños portadores sin posibilidad de recuperación o con la enfermedad desarrollada,

constituyen uno de los grupos de mayor dificultad a la hora de disponer de familias adoptivas para ellos.

Las familias que necesitan estos niños pueden ser muy diversas, solteros, casados, parejas de hecho, con hijos o sin hijos, siempre que tengan más de 25 años (en caso de pareja basta que uno de ellos haya alcanzado esta edad), pero sobre todo se requieren familias con una gran calidad humana, capacidad para hacer frente a las dificultades y de ofrecer a los niños la dedicación que requieran sus necesidades.

Cuando las familias ofrecen los cuidados específicos requeridos por los niños con paciencia y constancia, los resultados son asombrosos consiguiendo en ocasiones avances espectaculares, lo que produce una alta gratificación para todos los miembros de la familia.

Es sumamente importante que la familia adoptiva pueda contar con recursos de apoyo en la tarea del cuidado del/los niño/s tales como familiares, amigos, posibilidad de especialistas, etc. El contacto con familias que se encuentren en las mismas circunstancias constituye una buena forma de apoyo.

En Andalucía los equipos de adopción de los Servicios de Atención al Niño de cada provincia reciben las solicitudes de las personas interesadas en la adopción de niños con necesidades especiales y facilitan la información y asesoramiento que necesiten. Proceden al estudio social y psicológico y seleccionan la familia más adecuada para cada niño. Una vez que las familias y los niños están suficientemente preparados se produce la integración familiar y tras un tiempo de acogimiento familiar se propone la adopción. Durante este proceso, y una vez formalizada la adopción, los profesionales del equipo de adopción prestarán su apoyo a la familia adoptiva y a los niños acogidos.

Como ya apuntaba al principio, el gran reto es conseguir familias que adopten estos niños de necesidades especiales.

En diciembre de 1991, la Junta de Andalucía realizó un programa para la adopción o el acogimiento familiar de 117 menores tutelados por la Administración, que en ese momento permanecían internados en centros y que reunían serias dificultades para integrarse en otra familia debido a sus necesidades especiales, a pesar de que nuestras bolsas de solicitantes de adopción las conformaban más de 3.000 peticiones. El objetivo fundamental de este programa es fomentar la conciencia social en cuanto a la importancia y beneficios de la adopción y el acogimiento familiar para estos niños.

El programa dispuso una campaña de difusión en los medios de comunicación social dirigida a personas residentes en Andalucía y un teléfono donde ofrecer información. Los resultados de la campaña no los podemos aislar del trabajo realizado por los profesionales de las Delegaciones Provinciales, pero sin duda supuso una gran ayuda. Se recibieron varios cientos de llamadas y fueron acogidos un total de 55 menores con necesidades especiales.

Dado el éxito de la campaña, a finales de 1992 se hizo una reposición de la misma, volviendo a emitir el spot publicitario en Canal Sur. El cambio en la opinión pública y en la sociedad andaluza en general sobre la realidad de la adopción ha sido espectacular.

Pero sin duda, el mayor éxito lo es para los 315 niños que en el año 1993 pasaron a vivir con una familia acogedora y para los 319 que en 1994 también se han beneficiado del programa y se encuentran en una familia.

En los primeros meses de este año la asociación Mensajeros de la Paz, en colaboración con el Ministerio de Asuntos Sociales llevó a cabo una campaña para la adopción de niños con necesidades especiales en todo el territorio español.

Para el éxito de este tipo de programas es necesario que periódicamente la sociedad reciba mensajes sobre los niños con problemas y la necesidad de contar con familias solidarias que están dispuestas a compartir su hogar con ellos.

COMPETENCIA PARENTAL COMO MODELO DE TRATAMIENTO

M^a Ángeles Cerezo Jiménez, Gemma Pons Salvador, Laura Dolz Serra
Universidad de Valencia

La paternidad se concibe, desde nuestra perspectiva, como una tarea y, como toda tarea, requiere para su adecuado desempeño ciertas habilidades, conocimientos y actitudes por parte del que la realiza, en otros términos, requiere **competencia**. De un modo general, podríamos definir unos padres competentes como aquellos que promueven y favorecen el crecimiento y desarrollo psicológico de sus hijos, posibilitándoles el cumplimiento de sus metas evolutivas. En este sentido, la paternidad/maternidad puede considerarse como un continuo desde la más adecuada a la más inadecuada con patrones disfuncionales de relación y cuya manifestación extrema queda patente en las situaciones de maltrato (abuso o abandono). En realidad, la paternidad se concreta en toda una serie de prácticas, por lo que los padres pueden caracterizarse por realizar prácticas adecuadas o dañinas en mayor o menor medida (Cerezo, 1995).

La noción de competencia aplicada al campo de la parentalidad es relativamente nueva y en particular al área del maltrato puede decirse que es prácticamente inexistente. Sin embargo, en nuestro país el grupo de Valencia viene trabajando en ello desde hace algunos años (p.e: Cerezo, 1990; Cerezo, Cantero y Alhambra, 1993; o, más recientemente, Cerezo *et al.*, 1995), y ha constituido un pilar fundamental que ha orientado el tratamiento de familias con problemas de maltrato.

El concepto de competencia parental es una noción compleja con distintas dimensiones cuyas relaciones teóricas aún no son bien conocidas. A efectos prácticos, sin embargo, la noción presenta sin duda facetas cognitivas, afectivas y conductuales. Las facetas cognitivas incluyen: la percepción de auto-eficacia ante los problemas de crianza, próximo a la línea de Bandura (1977), los conocimientos sobre los hijos y las atribuciones y expectativas respecto a sus comportamientos y problemas (Gaudreau, 1995; Milner, 1993). Las facetas afectivas comprenden entre otras: la satisfacción en la realización de la tarea y la auto-estima parental. Entre las facetas conductuales destaca el manejo apropiado de los problemas de crianza y de las habilidades de comunicación y el uso de pautas interaccionales que promuevan el desarrollo infantil.

El trabajo práctico en esta línea supone aglutinar hallazgos de la investigación que se desarrollan en áreas diversas que van desde la Psicología evolutiva hasta procesos psicológicos como el Aprendizaje y la Motivación, pasando por la Psicopatología y la Psicología Social. La integración de estas fuentes de información y de nuestra propia investigación, señalan las dimensiones del funcionamiento familiar y las prácticas de socialización adecuadas sobre las que proyectar la noción de competencia parental. Esto constituye la referencia frente a la que evaluar y contrastar el caso concreto de una familia con problemas de maltrato, y también el puerto al que hay que poner rumbo cuando se trabaja con ella. La evaluación y el tratamiento encuentran así un referente que nos permite más tarde considerar si la familia ha mejorado o se ha recuperado (Jacobson y Truax, 1991; 1992).

El niño se gesta como persona en una matriz relacional (Cerezo, 1995), tanto en una etapa muy inicial, como el primer año de vida, viene a estar constituida por una figura prin-

cial. Progresivamente esta matriz va haciéndose más compleja incluyendo otras figuras significativas, primordialmente de la familia hasta la edad escolar y, poco a poco, amigos y compañeros. En el seno de esta matriz el niño va dando cumplimiento a sus metas evolutivas (Sroufe y Rutter, 1984; Cicchetti, 1989). El logro de estas metas se expresa en las distintas facetas de funcionamiento psicológico que se estudian: socio-cognitivo, comportamental, emocional, etc. En consecuencia, el ejercicio competente de la parentalidad constituye uno de los factores fundamentales en la dinámica de la matriz relacional.

Los adultos que tienen un niño se enfrentan a una serie de tareas como padres (o sustitutos), tareas que pueden denominarse "básicas", alimentación, higiene, cobijo, ... y tareas de "crianza" educación, afecto, normas, valores, desarrollo personal, ... Para el desempeño de estas tareas y el logro de tales objetivos los padres tienen que poner en juego estrategias de resolución de problemas. Estas estrategias deben ser apropiadas a la edad del niño y a los conflictos que se presentan y, sobre todo, han de tener un carácter educativo. Además, la paternidad competente requiere un continuo adaptarse a los cambios que se producen en el niño; por poner un ejemplo extremo, las habilidades y comportamientos de un padre/madre que son muy adecuadas para un preescolar son nefastas si se están llevando a cabo con un preadolescente. No en vano se constata que el término "competencia" etimológicamente viene de *com-petere* que significa ir al encuentro una cosa de otra, ser adecuado. Ahora bien, para que los cambios necesarios se vayan produciendo en la interacción padres-hijos, es preciso que los adultos tengan sensibilidad, si se permite la expresión "los sensores" deben estar siempre a punto y esto significa adecuar nuestro paso al progreso ineludible de los niños para que no nos pierdan en el camino. En consecuencia, los padres han de ser sensibles a las necesidades, las capacidades y el nivel evolutivo y madurativo de sus hijos.

La noción de competencia parental se integra en un modelo basado en la contribución de Reid *et al.* (1981) y desarrollado por Cerezo (1992) en el que también se contempla los factores o eventos situacionales que la propician o entorpecen, tales como aislamiento social, problemas económicos, etc. Este modelo guía de manera concreta las estrategias de evaluación y de intervención con familias maltratantes.

El objetivo principal del taller de competencia parental como modelo de tratamiento es presentar las directrices sobre las que se articula una actuación rehabilitadora con familias maltratadoras y la discusión sobre los límites de su aplicabilidad, desde la perspectiva de la competencia parental. El taller desarrollará estos aspectos con un marco teórico inicial sobre el que se articularán supuestos prácticos. Asimismo, a partir de la presentación de un caso se promoverá una discusión que facilite la asimilación de los contenidos dentro de un formato didáctico.

REFERENCIAS

- BANDURA, A. Self efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977, vol. 84, nº 2, p.191-215.
- CEREZO, M.A., CANTERO, M.J.; ALAHAMBRA, S. Increasing maternal competence to prevent child maltreatment along the first year of life: preliminary results in risk abuse and child development. En: *4th Conference on Child Abuse and Neglect*. 1993, marzo, 28-31, Padua.
- CEREZO, M.A. Programa de asistencia psicológica a familias con menores y problemas de relación y abuso. Resultados de su aplicación en 1989. *Revista de Serveis Socials* 1990, nº

11-12, p. 19-32.

- CEREZO, M.A. *Programa de asistencia psicológica a familias con problemas de relación y abuso infantil*. Valencia: Cosellería de Treball y Afers Socials, Institut Valencià de Serveis Socials, 1992.
- CEREZO, M.A. El impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar. *Infancia y Sociedad* 1995.
- CEREZO, M.A., et al. Parenting sense of competence, child abuse potential and parent-child interaction. En: *5th Conference on Child Abuse and Neglect*. 1995, mayo, 13-17, Oslo.
- CICCETTI, D. How research on child maltreatment has informed the study of child development: perspectives from developmental psychopathology. En: Cicchetti, D.; Carlson, V. editores. *Child maltreatment*. Cambridge University Press, 1989, p. 377-431.
- GAUDREAU, J. Attitudes éducatives, connaissances du développement de l'enfant et compétence parentale. En: *5th Conference on Child Abuse and Neglect*. 1995, mayo, 13-17, Oslo.
- JACOBSON, N.; TRUAX, P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991, vol. 59, nº 1, p. 12-19.
- JACOBSON, N.; TRUAX, P. Clinical significant change: Jacobson y Truax (1991) revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992, vol. 60, nº 3, p. 402-408.
- MILNER, J. Social information processing and child abuse. *Clinical Psychology Review* 1993, nº 13, p. 275-294.
- REID, J.B.; TAPLIN, P.; LOEBER, R. A social interactional approach to the treatment of abusive families. En: Stuart, R.B. editor. *Violent behavior. Social learning approaches to prediction, management and treatment*. Bruner/Mazel, 1981, p. 83-101.
- SROUFE, L.A.; RUTTER, M. The domain of developmental psychopathology. *Child Development* 1984, nº 55, p. 1184-1199.

LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA SITUACIONES DE DESAMPARO Y DE NECESIDADES DE PROTECCIÓN: EL REGISTRO ACUMULATIVO DE CASO

Miguel Costa Cabanillas, M^º Gracia Juste Ortega, José Manuel Morales González
Centro de Estudios del Menor y la Familia, Ministerio de Asuntos Sociales

INTRODUCCIÓN

El Registro Acumulativo de Caso (RAC) se enmarca dentro del Programa de Mejora del Sistema de Atención Social a la Infancia (SASI) en situaciones de dificultad social, que la Dirección General del Menor y la Familia viene desarrollando conjuntamente con las Comunidades Autónomas, con la finalidad de homogeneizar los sistemas de recogida, registro y procesamiento de la información más relevante y funcional de los casos con los que se trabaja en los Servicios de Protección Infantil. Por ello, el RAC responde a necesidades muy concretas, declaradas por las Comunidades Autónomas (CC.AA.), para la gestión, la investigación y la producción de estadísticas básicas de acción protectora, considerándose estos sistemas como una **oportunidad histórica** para configurar un procedimiento homogéneo e intercambiable entre las CC.AA., algunas de las cuales ya están desarrollando sus propios sistemas de información.

La elaboración y desarrollo del Registro Acumulativo de Caso tiene su origen en un estudio denominado *Validación psicométrica de instrumentos para la evaluación e intervención en el sistema de protección a la infancia* y realizado por la Universidad del País Vasco, bajo la dirección del Dr. Joaquín de Paúl Ochotorena, en el marco de un Convenio entre esta Universidad y el Ministerio de Asuntos Sociales (Ref. 17/92 del Plan de Estudios del MAS). Así, el RAC está basado en la estandarización de la información propuesta en diferentes instrumentos utilizados en las fases de detección infantil (Arruabarrena y cols. 1995; Torres y cols. 1995) al igual que en la estandarización de las medidas de protección adoptadas hacia el menor (Estadística Básica de Acción Protectora, 1995). El diseño de la aplicación informática definitiva en versión Clipper ha sido desarrollada por la Subdirección General de Sistemas de Información del Ministerio de Asuntos Sociales, a partir de una propuesta informatizada por el equipo de la Universidad del País Vasco.

El Registro trata de alcanzar cuatro objetivos generales:

- 1.- Facilitar que la información esencial y compatible de todos los casos de Protección Infantil se registre de manera homogénea.
- 2.- Estudiar de modo prospectivo toda la información de cada caso desde que se recibe la primera notificación hasta su cierre.
- 3.- Analizar de modo "transversal" las diferentes variables implicadas en cada caso de protección infantil, como por ejemplo, tipologías más frecuentes, factores asociados a cada tipología, decisiones más frecuentes, recursos utilizados, tiempos medios de permanencia en el servicio y en cada fase, otras.
- 4.- Facilitar la producción y elaboración de estadísticas básicas de la acción protectora realizada por la Entidad Pública.

ESTRUCTURACIÓN DEL FORMATO DEL REGISTRO

La aplicación informática objeto de esta presentación muestra una estructura secuencial y consecutiva definida por los siguientes pasos:

- Detección y notificación.
- Investigación.
- Evaluación diagnóstica.
- Valoración y toma de decisión.
- Intervención.

Detección y notificación

En este apartado se registran todos los datos de identificación tanto del niño como de la familia así como la Unidad de Recepción de casos, la fuente de información, la fecha de la notificación y los datos más relevantes de la misma.

Investigación

Se recogen los datos derivados de la presencia o ausencia de una serie de variables de un determinado nivel de severidad. El Registro está elaborado de forma que cada una de las variables que se recogen corresponden a la valoración de gravedad del caso y al riesgo potencial o existente en el desarrollo integral del menor.

Evaluación diagnóstica

Se recogen en este apartado dos tipos de datos. En primer lugar se registran las fuentes a través de las cuales se han llegado a conocer y confirmar determinados aspectos relevantes de la familia. Se trata de conocer las fuentes indirectas que han remitido informes sobre el niño o la familia. En segundo lugar, se recogen los datos conocidos de todas aquellas variables que se consideran relevantes para el conocimiento de la situación general de la familia y de cada uno de sus miembros y que explicarían en cierta medida la situación de desprotección existente.

Valoración y toma de decisión

En este apartado se recoge la información en dos subapartados. En el primero se valora la posibilidad de mantener al niño/a en la familia y de solucionar dichos problemas familiares para hacer desaparecer o mitigar la situación de desprotección. En el segundo subapartado se registra la toma de decisión realizada con cada caso, recogiendo todas las posibles medidas administrativas y/o judiciales que se pueden adoptar estandarizadas según la Estadística Básica de Acción Protectora.

Intervención

Este apartado se distribuye en cuatro áreas:

- 1.- Tratamiento de la familia especificando los objetivos planteados y alcanzados.
- 2.- Tratamiento del niño con la misma especificación de objetivos.
- 3.- Características de la familia acogedora o adoptiva.
- 4.- Recursos utilizados en esta fase de intervención.

Se trata de las cuatro posibles alternativas que de forma simultánea o no pueden llevarse a cabo en la mayoría de las situaciones de desprotección confirmadas.

BIBLIOGRAFÍA

- ARRUABARRENA, M.I.; DE PAÚL, J.; TORRES, B. *El Maltrato infantil. Detección notificación, investigación y evaluación*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. 1995.
- TORRES, B.; ARRUABARRENA, M.I.; DE PAÚL, J. *Evaluación de los casos de maltrato infantil. Entrevista semiestructurada para padres*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. 1995.
- *Estadística Básica de las Medidas de Protección a la Infancia en Dificultad Social*. Dirección General del Menor y la Familia de Asuntos Sociales. Protocolo básico consensuado con las CC.AA. 1995.

UN PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA FAMILIAS ACOGEDORAS

Peré Amorós Martí
Universidad de Barcelona

ELABORACIÓN DEL PROGRAMA

Con motivo al desarrollo y aplicación de la Ley 21/87, en la Comunidad Autónoma de Castilla y León se puso en marcha en 1989 un programa de acogimiento familiar. Pronto se vio la necesidad de realizar un curso de formación de familias, para lo que se planteó elaborar un programa de formación que permitiera a los técnicos de los diferentes Servicios Territoriales poder llevar a cabo un proceso de formación con los futuros acogedores.

Un grupo de dos técnicos de la Comunidad, junto con un profesor universitario, elaboraron a lo largo de más de dos años un programa que se fue experimentando en diferentes Comunidades, que también estaban sensibilizadas. El producto de esta experimentación es el manual que aquí se presenta y que, gracias a la colaboración de la Dirección General de Protección Jurídica del Menor del Ministerio de Asuntos Sociales, se ha podido editar.

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

El programa se compone de ocho sesiones de unas dos horas y media cada una de duración. En cada una de ellas se abordan aquellos aspectos más relevantes del acogimiento y se tiene en cuenta la perspectiva y el rol de todos los implicados (familia biológica, menor, familia de acogida y técnicos).

- Sesión 1. Diferentes principios, diferentes finales.
- Sesión 2. Iniciando el camino.
- Sesión 3. Comprendiendo al otro.
- Sesión 4. La adaptación y sus problemas.
- Sesión 5. Trabajando en equipo.
- Sesión 6. Trabajando con la familia biológica.
- Sesión 7. La despedida.
- Sesión 8. Mirando hacia adelante.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- Invitar a los candidatos a considerar si quieren asumir el reto del acogimiento.
- Pedir que aprecien las diferentes formas de la vida familiar.
- Ayudarles para prepararse a ser más receptivos a las diferentes situaciones o sentimientos de los menores o sus familias.
- Desarrollar mayor autoconciencia por parte de los candidatos. Que conozcan y valoren sus propias fuerzas, debilidades, emociones.
- Permitirles comprender los principios de la correcta atención a los menores.

- Ayudarles a sentirse que son parte del equipo
- Permitirles que se fijen en otros candidatos, para ofrecerles apoyo y comprensión en momentos de inseguridad
- Permitir que surjan preguntas y estimular el deseo de seguir aprendiendo.

MATERIALES DEL CURSO

El programa de formación está compuesto por un conjunto de materiales:

- Un manual de formación para los coordinadores, en donde se especifica los contenidos de cada sesión, los objetivos, las actividades y las técnicas adecuadas.
- Material de trabajo (fichas y documentos) para entregar a cada participante a lo largo de cada sesión.
- Material para la elaboración de un libro de historia de vida titulado ¿Quién soy yo?
- 36 láminas que narran nueve historias.
- 10 láminas de dibujo que representan situaciones conflictivas del niño.
- Colección de 11 transparencias que sirven para presentar cada una de las sesiones, así como la clasificación de los trastornos, las técnicas educativas y el proceso de intervención.
- Una cinta de vídeo con cinco bloques (impresiones, hablan las madres, reacciones del menor, reacciones de los otros, la despedida).

ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS

A lo largo de las diferentes sesiones se utilizan un conjunto de estrategias y técnicas entre las que podemos destacar:

- Discusiones guiadas.
- Trabajo en pequeño grupo.
- Lluvia de ideas.
- Juego de roles.
- Escultura.
- Fantasía guiada.
- Vídeo.

ORGANIZACIÓN DEL GRUPO

En este apartado vamos a analizar algunas cuestiones que deben ser tenidas en cuenta a la hora de poner en marcha y dirigir un grupo de formación de familias acogedoras:

- Motivación de los participantes.
- Composición del grupo.
- Planificación de las sesiones.

COORDINACIÓN Y EVALUACIÓN DEL CURSO

El grupo debe ser dirigido por dos coordinadores. Es básico que los dos coordinadores tengan un cierto grado de conocimiento mutuo antes de iniciar el curso y que hayan podido

prepara juntos las sesiones. El papel de los coordinadores es el de guías, el de acompañar en el proceso de aprendizaje, proponiendo actividades que ayuden al grupo a avanzar.

Existen unos instrumentos para evaluar cada sesión, uno para los coordinadores y otro para los participantes.

LA DESPROTECCIÓN DE LA INFANCIA ANTE LA VIOLENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Joan Carles March Cerdá, María Ángeles Prieto
Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

Pediatras, psicólogos, sociólogos, médicos, trabajadores sociales, maestros, representantes de asociaciones, ciudadanos en general, deberíamos urgir a todos los medios de comunicación que patrocinasen, al menos, una moratoria de un día sobre la violencia en su programación cada mes para favorecer la salud infantil. Esa es una manera, de las tantas posibles, de que los códigos o las declaraciones empiecen a andar para que hagan realidad las cosas y dejemos de ver a niños agonizar en directo desde nuestros televisores.

Hay que conseguir que los jóvenes cuando lleguen a los 18 años, no hayan pasado por sus ojos más de 200.000 actos de violencia sólo en televisión. Hay que intentar que los niños de hoy en día no lleguen a los 70 años de vida, con 10 años a sus espaldas de cadenas de televisión.

En la línea de las recomendaciones de la Joint Network Standards sobre violencia en TV, hay que poner **límites voluntarios** sobre:

- la violencia gratuita o excesiva,
- las descripciones atractivas de la violencia,
- las escenas que muestran sangre, dolor o sufrimiento físico excesivos,
- escenas que muestran el empleo de la fuerza de forma inapropiada,
- descripciones singulares de infligir dolor o lesiones,
- retratos de conducta peligrosa o armas de fuego que inviten a su imitación por los niños,

- retratos realistas, indebidamente atemorizadores, en los programas infantiles,
- descripción gratuita del abuso sobre los animales.

Hay que **alentar**:

- el retrato de las consecuencias de la violencia.

Y urge **precaución**:

- en las escenas que muestran a los niños como **víctimas**,
- en las escenas que mezclan sexo y violencia (por ejemplo, violación).

Y es que los niños de hoy en día han visto en la televisión el asesinato, el sadismo, etc., perdiendo progresivamente de esa manera la honestidad, la flexibilidad, la espontaneidad debido a que la TV tiene el poder de llevarnos al final de la infancia, con el peligro de la desaparición progresiva de la infancia.

Y además, hay que tener en cuenta los efectos de la desrealización que permite toda clase de confusiones y de la manipulación sofisticada de los deseos. Ante ello, el espectáculo de la violencia mostrado de manera repetitiva puede terminar en la imitación impulsiva o incluso peor, en sugerir actos violentos llevados a término de manera consciente. Los peligros del efecto de la fascinación que ejerce la televisión sobre los niños y los efectos hinópticos que llegan casi al éxtasis deben ser superados a base de un análisis pormenorizado de los índices de violencia de los programas infantiles. Hay que destacar, además, que el ejercicio de la violencia no es indiscriminado sino que se distribuye siguiendo unos patrones regulares de victimización, donde las mujeres se convierten en una población de alto riesgo.

Ante ello, los peligros de no actuar son ...

SIDA INFANTIL: ASPECTOS SOCIALES DE LA INFECCIÓN VIH EN EL NIÑO

Alfonso Delgado Rubio, Mauri Urtubi

Hospital de Basurto, Bilbao; Consejería de Sanidad, Gobierno Vasco

La infección VIH en el niño conlleva un gravísimo y complejo problema de índole social, no sólo para el niño y su familia, sino también para la sociedad donde está inserta.

Los padres VIH (+) o enfermos de SIDA, en muchas ocasiones, debido a sus comportamientos o a su situación clínica, no pueden ocuparse de forma continuada y/o correcta de sus hijos. Otras veces estos niños han quedado huérfanos o han sido abandonados, por lo que otros miembros de la familia, vecinos, amigos, instituciones oficiales, etc., se hacen cargo de ellos. Esto explica que habitualmente estos niños sufren situaciones de pobreza, desamparo y marginación.

Todo el personal sanitario y, de forma muy especial, los pediatras tienen la obligación de estar implicados en la defensa de estos niños y de sus familiares.

Todo niño VIH (+) tiene el derecho a una educación y escolarización normal. Este derecho ha sido conculcado tanto en el extranjero como en España en múltiples ocasiones. A lo largo de este taller se desarrollarán las estrategias que se están aplicando desde hace tiempo en la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) respecto a la escolarización de estos niños y la protección que ellos y sus familias deben recibir de los poderes públicos.

ESTRATEGIAS PRÁCTICAS PARA HACER FRENTE A LA VIOLENCIA ENTRE IGUALES

Sonia Sharp

Lincolnshire County Psychology Service, Reino Unido

En este taller se proporcionará a los participantes una visión general de las intervenciones realizadas con objeto de hacer frente a la violencia entre iguales en los colegios, y una oportunidad para poner a prueba algunos métodos para trabajar directamente con los alumnos involucrados en situaciones de intimidación.

El establecimiento de una política anti-intimidación completa del colegio proporciona un marco esencial para la intervención. A través de tal política, el personal, los estudiantes y los padres aprenden qué es la violencia hacia iguales y qué deberían hacer si conocieran o sospecharan que está teniendo lugar. La involucración de todo el personal y todos los estudiantes en el proceso de desarrollo de esta política parece conducir a cambios en los niveles de intimidación recogidos y aumenta la predisposición de los alumnos a contar a un profesor que están siendo victimizados.

Otras intervenciones entran dentro de tres categorías amplias:

1.- Intervenciones basadas en el currículum, que permitan a todos los alumnos a tratar el problema durante la educación social y personal, a través de discusiones, teatro y juegos de rol.

2.- Las intervenciones directas, llevadas a cabo con aquellos alumnos involucrados en intimidaciones incluyen el Método de Preocupación Compartida, ideado por un psicólogo sueco, Anatol Pikas y el entrenamiento de la asertividad para aquellos alumnos intimidados.

3.- Las intervenciones encaminadas a mejorar el control sobre las horas del almuerzo y recreos incluyen el aumento de la variedad de actividades disponibles por los alumnos, formación de los supervisores y el desarrollo de un servicio de apoyo a iguales.

TÉCNICAS MÉDICAS ÚTILES EN MALTRATO INFANTIL

Xavier Querol Piera
Hospital Clínic i Provincial, Barcelona

Durante la década de los años 60-70, los médicos pediatras adquirieron un protagonismo indiscutible frente al maltrato, derivado de la clásica aportación de H. Kempe, considerada la primera aportación de maltrato de tipo físico. El interés de estos profesionales por un fenómeno universal, que ha ido adquiriendo proporciones epidémicas, se centró en el contenido físico del concepto maltrato, que, con el tiempo, ha ido extendiéndose a otros contenidos: la negligencia física y el maltrato emocional y sexual.

No cabe duda de que los pediatras, así como otros profesionales del sistema sanitario, radiólogos pediatras y enfermeras, ocupan una situación privilegiada en las relaciones extra-familiares del mundo infantil. Su situación les permite detectar, durante los primeros años de vida, fundamentales para el desarrollo de una personalidad saludable, situaciones de riesgo para cualquiera de las tipologías de maltrato. Por ello, su papel es fundamental no solo en el ámbito de la detección e intervención, sino también en el de la prevención, contribuyendo así a la erradicación del fenómeno y sus gravísimas consecuencias psicológicas que pueden afectar: la libertad, la autonomía, la libre elección las decisiones, y la autoestima de los futuros ciudadanos adultos.

El papel fundamental de los médicos pediatras adquiere ante el maltrato un mayor grado de responsabilidad en los últimos, años a tenor del incremento espectacular de casos de maltrato sexual, y las posibles relaciones que este tipo de maltrato puede tener con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)¹. En este taller se presentarán las técnicas médicas y procedimientos considerados de mayor utilidad para el diagnóstico de maltrato, sobre todo de tipo físico y sexual. Se tratarán las técnicas de imagen (radiología simple convencional, tomografía computerizada -TC, resonancia magnética -RM, ecografía, isótopos radioactivos), procedimientos de exploración (fotografías coloscópicas del área anogenital, análisis de orina-estudio de flora vaginal, e imagen del SIDAP, de gran interés en el maltrato sexual).

Se destacará en el **maltrato de tipo físico** el interés de la historia clínica, de la exploración por la imagen² en el estudio de las lesiones óseas y viscerales, del diagnóstico diferencial, y de las principales manifestaciones a nivel del:

- **sistema osteoarticular**, radiografía de extremidades, de cráneo, costillas, columna vertebral y pelvis, gammagrafía, destacando las fracturas múltiples en distintos estadios evolutivos y las fracturas metafisiarias en "asa de cubeta".
- **lesiones oculares**, fondo de ojo, destacando las hemorragias retinianas, los desprendimientos de retina, y lesión periorbitaria.
- **lesiones intracraneales**, TC, RM, ecografía transfontanelar, destacando el hematoma subdural y las hemorragias subaracnoideas.

¹ GUTMAN, L.T. Human immunodeficiency virus transmission by child sexual abuse. *American Journal of Dis. Child* 1991, vol. 145, nº 2, p. 137-141.

² QUEROL, X. *El niño maltratado*. Barcelona: Pediatría, 1990.

- lesiones viscerales y torácicas: ecografía, TC, destacando hematoma duodenal intramural y pseudoquiste pancreático post-trauma.

En el **maltrato de tipo sexual** se destaca que una exploración física normal no excluye maltrato, se describen las lesiones más específicas y las variantes de la normalidad de la región anogenital, donde las **fotografías colonoscópicas**, constituye una parte fundamental de la exploración física³.

Se ponen de relieve las enfermedades de transmisión sexual, y el significado específico o no de maltrato, por patógenos detectados en la **flora vaginal** del tipo *Neisseria Gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia Trachomatis*, *Herpes virus simple*, *Mycoplasma* y *Gardnerella vaginalis*. Se comenta el valor diagnóstico del hallazgo de **Condiloma acumulado** y **Lichen escleroso**.

Se apunta una nueva forma de maltrato que atenta al derecho a la vida, seguridad y la socialización: el **SIDAP**. Aproximadamente el 30% de niños recién nacidos de madres HIV (I) desarrollarán la infección HIV, siendo el período de incubación mucho más corto que en el adulto y las manifestaciones mucho más precoces. La complicación pulmonar más frecuente consiste en la hiperplasia pulmonar linfoidea y la neumonía por *Pneumocystis carinii*. La historia clínica con posible antecedente de abuso sexual en niños/as, la exploración, las manifestaciones pulmonares en el lactante obligarán en la actualidad a los médicos pediatras a considerar esta nueva forma de maltrato, quizás la más grave.

Se resume el papel fundamental de los médicos pediatras, centrado en una serie de aspectos que deberían considerarse en profundidad en nuestro medio y en el futuro: definición legal, epidemiológica, evaluación, problemas psicológicos, técnicas de interrogatorio, examen físico, enfermedades de transmisión sexual, manejo de resultados, responsabilidad legal de declarar casos sospechosos, y testimonio judicial de los niños/as.

³ ADAMS, J.A.; WELLS, R. Normal versus abnormal genital findings in children: how well do examiners agree? *Child Abuse and Neglect* 1993, vol. 17, n° 5, p. 663-675.

Las nuevas técnicas de imagen en el diagnóstico del maltrato infantil: (ecografía, tomografía computerizada y resonancia magnética)

Antonio M^a López Barrio

Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Verdaderamente estas técnicas deberían de empezar a no ser consideradas nuevas, ya que se vienen empleando con gran profusión desde hace dos décadas. Lo que si nos gusta es agruparlas ya que en el estudio, principalmente, del cerebro ocupan un lugar escalonado en el desarrollo del algoritmo diagnóstico de la **lesión intracraneal** tan importante de detectar en los malos tratos infantiles.

El daño cerebral está reconocido como la causa de mayor mortalidad y morbilidad en el Síndrome del Niño Maltratado⁴.

La observación de una lesión intracraneal en un lactante, en ausencia de antecedentes de un traumatismo importante, constituye una base suficiente para una investigación oficial de posibles malos tratos al niño⁵.

Para Saulsbury⁶ si al sangrado intracraneal (hematoma subdural) en el que se descartan anomalías vasculares y diátesis hemorrágicas se añade la existencia de una fractura, esto confirma el diagnóstico de niño maltratado.

La caída accidental provoca excepcionalmente lesiones intracraneales^{7,8}. Parece claro que sólo los accidentes de tráfico pueden producir lesiones similares a las descritas en el Síndrome del Niño Maltratado.

Las lesiones cerebrales que se pueden encontrar en el maltrato infantil las describe Merten en dos grupos, ya sean agudas o crónicas. Dentro de las agudas hay que distinguir aquellas de localización extracerebral como son: la **hemorragia subdural** (la más frecuente), la **hemorragia subaracnoidea** y la **hemorragia epidural**. Dentro del cerebro podemos encontrarnos con un **edema difuso** o con un **hematoma parenquimatoso** y dentro del sistema ventricular se puede producir una hemorragia dentro del mismo, ya sea aislada o asociada a los diversos tipos referidos previamente.

Cuando la lesión intracraneal es de evolución crónica nos podemos encontrar con un **higroma subdural**, una **encefalomalacia focal**, una **atrofia cerebral generalizada**, una **ventriculomegalia** o una **porencefalia**.

Analicemos ahora que papel tienen la **ecografía**, la **tomografía computerizada** y la

⁴ MERTEN, D.F., *et al.* Craniocerebral trauma in the child abuse syndrome: radiological observations. *Pediatric Radiology* 1994, nº 14, p. 272-277.

⁵ BILLMIRE, M.E.; MYERS, P.A. Traumatismo craneal grave en lactantes. ¿Accidente o malos tratos? *Pediatrics* (ed. española) 1985, nº 19, p. 117-119.

⁶ SAULSBURY, F.T.; ALFORD, B.A. Intracranial bleeding from child abuse: the value of skull radiographs. *Pediatric Radiology* 1982, nº 12, p. 175-178.

⁷ KRAVITZ, J., *et al.* Accidental falls from elevated surfaces in infants from birth to one year of age. *Pediatrics* 1969, nº 44, p. 869-872.

⁸ HELFER, R.E.; SLOVIS, T.L.; BLACK, M. Injuries resulting when small children fall out of bed. *Pediatrics* 1977, nº 60, p. 533-535.

resonancia magnética en el diagnóstico de las lesiones intracraneales.

Como regla general, se admite que en todo niño con fontanela abierta la primera exploración a realizar, ante la más leve sospecha de lesión intracraneal, es una ecografía cerebral; ahora bien en el caso concreto del maltrato infantil esta exploración solo nos puede servir como método de desbrozamiento al que debe de seguir lo antes posible una exploración con Tomografía computerizada y, si se dispone, de una exploración con resonancia magnética.⁹

Aunque Jaspán¹⁰ aporta datos sobre la gran utilidad de la **ecografía de alta resolución** en el diagnóstico de las lesiones intracraneales secundarias al maltrato, y aunque sabemos que la **Eco-Doppler**¹¹ es bastante fiable en el diagnóstico de los trastornos vasculares cerebrales, insistimos en que el diagnóstico de precisión de las lesiones intracraneales del maltrato infantil, hoy día, son patrimonio de la tomografía computerizada y de la resonancia magnética.

Está bien establecido que la tomografía computerizada solo es superior a la resonancia magnética en la detección de la hemorragia subaracnoidea y en la valoración de las lesiones de la bóveda craneal, siempre que estas no tengan una disposición axial. A pesar de esto en la fase aguda del proceso siempre es más rápida y operativa, a la vez que más disponible, la exploración con tomografía computerizada. Una vez superada la fase aguda siempre se deberá hacer una exploración con resonancia magnética¹².

Para el estudio de la **lesión torácica y abdominal** inicialmente se deben de aplicar protocolos diagnósticos similares a los utilizados para una lesión de tipo accidental. Deben de realizarse siempre las radiografías simples de tórax y abdomen, considerando las limitaciones diagnósticas de este tipo de exploraciones.

Teniendo en cuenta que las lesiones torácico-abdominales son especialmente graves en el maltrato del niño preescolar y escolar, una vez realizadas las exploraciones radiográficas simples debe de procederse a la realización de una tomografía computerizada que nos puede poner de manifiesto los siguientes hallazgos: un hematoma duodenal intramural, un pseudoquiste de páncreas o una pancreatitis hemorrágica, una ruptura gástrica, duodenal, yeyunal, ileal o cólica, un hematoma yeyunal, ileal o retroperitoneal, un desgarramiento mesentérico y/o hepático, una ruptura del colédoco, una estenosis ileal, un hemoperitoneo o una ascitis quílosa postraumática, una contusión esplénica y/o renal (rara), una contusión o un hematoma pulmonar, un hemotórax, un neumotórax o un quilotórax (raro), y fracturas de costillas, clavículas, esternón, acromion y escápula.

La ecografía en este tipo de lesiones es igualmente un método de estudio inicial para desbrozar diagnósticos en aquellos casos en que la clínica no sea muy concluyente, especialmente en niños menores de un año.

Para terminar, queremos insistir en la gran importancia del diagnóstico por las técnicas de imagen en el maltrato infantil, pero valorando estas tres, y dentro del contexto, de una historia clínica social y exploración física muy cuidadosas y exhaustivas.

⁹ AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. SECTION ON RADIOLOGY. Diagnóstico por la imagen de los malos tratos infantiles. *Pediatrics* (ed. española) 1991, nº 31, p. 115-117.

¹⁰ JASPAN, T., et al. Cerebral contusion tears as a marker of child abuse-detection by cranial sonography. *Pediatric Radiology* 1992, nº 22, p. 237-245.

¹¹ LÓPEZ BARRIO, A.M. La ecografía Doppler Duplex como método incruento de valoración del flujo sanguíneo cerebral en los neonatos. *Radiología* 1989, nº 31, p. 161-179.

¹² ALEXANDER, R.C.; SCHOR, D.P.; SMITH, W.L. Magnetic resonance imaging of intracranial injuries from child abuse. *Journal of Pediatrics* 1986, nº 109, p. 975-979.

COORDINACIÓN ENTRE SECTORES. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

Margarita Sánchez Salas

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

En el abordaje a los malos tratos a la infancia, es imprescindible el equipo interdisciplinario, ya sea el básico, formado por médicos, enfermería, maestros, trabajadores sociales, psicólogos, etc., como el especializado que en principio cuenta con los mismos profesionales pero en otros niveles de actuación y por tanto dependientes de otras instituciones. Entre ellos se encuentran figuras tan insustituibles como forenses, fiscales, letrados, policía, ..., más los representantes y responsables de instituciones de infancia, educativas, comunitarias, de salud mental, justicia, más todas aquellas personas que en un momento determinado pueden colaborar al bienestar del niño.

Si preceptivo es el equipo, no cabe duda de que la coordinación de sus pautas, los protocolos de actuación, son absolutamente necesarios. Para consensuar unas líneas maestras nos encontramos hoy en este taller y contamos con dos representantes básicos en esta problemática. Nuestro deseo hubiera sido contar con representantes de todos los estamentos que integran el equipo interdisciplinario, pero esperamos que ésto sea subsanado por la participación de todos los componentes de este taller.

Para la realización de los Protocolos de Actuación, debemos situarnos en los distintos niveles que existen, así como observar los diversos factores que pueden modificar la actuación y que podemos resumir en las claves de : quién, dónde y qué hacer, basándonos en el "who, where, what", del periodismo anglosajón.

Ateniéndonos a estas consideraciones, debemos tener en cuenta por tanto:

1.- Lugar donde se realiza la detección: guarderías, escuelas, colegios, domicilio del afectado, vía pública, centros de salud en un sentido amplio, etc.

2.- Persona que realiza la detección. Debemos considerar dos posibilidades:

- . Que sea un profesional perteneciente a cualquier institución.
- . Que se trate de un familiar del niño, o una persona ajena a éste, como un vecino, etc.

3.- Medidas inmediatas a tomar, qué hacer ante los hechos.

Acuerdo con esta premisa ante la situación podemos distinguir diversos niveles que pasamos a explicitar:

1.- **Nivel comunitario** en sentido amplio. Existe la posibilidad, como hemos expuesto, que se produzca la detección por parte de no profesionales, es decir, personas ajenas al niño pero sensibilizadas por el problema del maltrato, pero que sean remisos a acudir a comisarías y/o juzgados e incluso hospitales. Es interesante como recurso en estos casos, los implantados por otras comunidades autónomas, como el Teléfono del Niño, o el Teléfono del Adulto de la Comunidad de Madrid. Este teléfono de contacto, con indicaciones precisas, incluso utilizando contestador automático y conservando el denunciante el anonimato, no cabe duda, que puede ser muy eficaz.

2.- **Nivel profesional** del lugar donde se ha efectuado la detección. Su actuación estaría en función de la tipología y gravedad de los malos tratos, situación familiar, existencia o no de figuras parentales sustitutorias, si es un caso que presenta actuación de urgencia, etc.

Cuando hablamos de los profesionales donde se ha efectuado la detección, nos queremos referir fundamentalmente a la comunidad por un lado, y en segundo lugar a una institución cerrada de salud, como el hospital.

En este segundo nivel proponemos como **protocolo de actuación**, los siguientes pasos:

- 1.- Aproximación a una primera valoración de los malos tratos a realizar por médicos, médicos forenses, trabajadores sociales, psicólogos, maestros.
- 2.- Obtención de posibles pruebas: reconocimientos, fotografías, tests.
- 3.- Determinación del lugar donde puede ser remitido el niño.
- 4.- Formulación de los primeros informes encaminados a solicitar las medidas oportunas, como desamparo del niño.
- 5.- Petición de estas medidas al organismo competente.
- 6.- Inicio de la investigación de la dinámica familiar, antecedentes, trayectoria y problemática, con contactos con familia nuclear y otros familiares, posibles figuras parentales sustitutas.
- 7.- Coordinación de profesionales e instituciones implicadas.
- 8.- Remodelación de hipótesis de trabajo de forma dinámica, durante todo el proceso.

Como se deduce de lo expuesto, no es posible realizar las debidas actuaciones y tratamientos si no existe una total coordinación e intercambio de todas las instituciones implicadas, entre las que, desde nuestro punto de vista, son básicas las comunitarias, ya que representan el entorno familiar y son, por tanto, las que tienen la última palabra en la formulación de antecedentes familiares.

Cuando aludimos a instituciones de la comunidad nos estamos refiriendo a:

- Servicios Sociales Comunitarios.
- Centros de Salud, consultorios y ambulatorios.
- Guarderías, escuelas e instituciones de enseñanzas.
- Otros profesionales e instituciones.

No obstante, entendemos que en los hospitales y algunas otras instituciones de Salud, pueden existir equipos que por la experiencia en atender malos tratos, hayan alcanzado un buen nivel de especialización y que pueden ser fundamentales a la hora de determinar si existen o no malos tratos.

Resumiendo, podemos decir que lo referido a antecedentes y trayectoria familiar, puede ser función de los profesionales comunitarios y la valoración de los malos tratos, puede correr a cargo de los profesionales de la salud entre otros intervinientes.

3.- **Nivel de expertos:** estaría constituido por los peritajes de los diversos especialistas que pueden intervenir: forenses, psicólogos, fiscales de menores, letrados, trabajadores sociales que presentarían sus últimas pruebas e informes a las instituciones competentes.

4.- **Nivel decisorio:** es el nivel donde se toman las decisiones a corto/medio y largo plazo respecto al niño y su familia y que debe de ser asumido fundamentalmente por los Servicios Provinciales de Atención al Niño, jueces de jurisdicción ordinaria, etc., todos asistidos por el nivel anterior de expertos.

Debemos afirmar, frente a la problemática de los malos tratos, que es nuestra actitud, evitar en la medida de lo posible la judicialización de los casos, siendo partidarios del intercambio, derivación e interconexión interprofesional e interinstitucional que constituya como un flujo y reflujo donde se clarifiquen:

- Valoración tanto de los malos tratos, como de la familia y el entorno.
- Objetivos a conseguir.
- Medios y recurso a utilizar.

- Implantación del preceptivo tratamiento familiar, que, según exponemos en nuestro baremo, pueden ir desde la orientación hasta la retirada temporal o definitiva del niño.

En cuanto a la valoración, transcribimos la que figura en nuestro trabajo *Tratamiento psicosocial de los malos tratos a la infancia* del que somos autoras Ana V. Jiménez Girón y esta presentadora.

VALORACIÓN DE LOS MALOS TRATOS

En cuanto a evaluar la gravedad de los malos tratos, hay que delimitar en el niño estos factores:

- Edad.
- Experiencias anteriores.
- Frecuencia a la personalidad del sujeto (cuando ésto sea posible).
- Características familiares, especialmente si existen o no figuras compensatorias para el niño.
- Que los malos tratos se den o no, dentro de las relaciones paterno-filiales.

Una vez diagnosticado el caso por el equipo, atendiendo a: situación familiar, antecedentes, circunstancias y características de los malos tratos, tipología según área, agente, modalidad de la conducta, frecuencia e intensidad o gravedad, estableceremos finalmente una valoración en grados, ajustándonos al baremo siguiente:

- **Primer grado:** serán aquellos malos tratos casuales, esporádicos, bien activos o pasivos, en familias que puedan declararse como funcionales, donde existan figuras compensatorias, aunque fueran unos malos tratos físicos con cierta especularidad y en niños de corta edad.

Estas familias serían subsidiarias de orientación familiar.

- **Segundo grado:** serán aquellos malos tratos que cubran las necesidades básicas referidas a las tres áreas, bien por desinformación, negligencia, carencia de medios o crisis más o menos pasajeras.

Se beneficiarían de tratamiento psicosocial iniciado en el hospital y continuado en su zona básica.

- **Tercer grado:** serán aquellos malos tratos propios de un ambiente familiar desestructurado, disfuncional y con problemáticas o situaciones preocupantes y severas donde aún exista, al menos, una figura compensatoria, pero la situación esté cronificada y se den malos tratos tanto activos como pasivos, que por sus características causen severas secuelas.

Podrían ser subsidiarios de tratamiento familiar interdisciplinario.

- **Cuarto grado:** serán aquellos malos tratos graves, reiterados y crónicos con familias muy conflictivas, desestructuradas y sin figuras compensatorias.

Familias manifiestamente irrecuperables y donde la integridad del niño corra un alto peligro, tanto física como psicológicamente. Son las situaciones donde se contempla la posibilidad de acogimiento familiar o adopción.

No entramos en este taller en la preceptiva coordinación e integración de los miembros de los diferentes equipos interdisciplinarios entre sí, por ser objetivo, desde nuestro punto de vista, de otro taller, y por tener observado a través de nuestra experiencia, que esta interrelación existe.

EL TELÉFONO DEL NIÑO

Natividad Cerrato Guzmán

PRODENI

En el año 1987 se llevó a cabo un trabajo de investigación sobre los derechos del niño, en ocho colegios, en una barriada marginal de Málaga, para comprobar el grado de cumplimiento de los mismos. Aquel estudio puso de relieve la notable deficiencia y carencia de los derechos fundamentales (alimento, ropa, protección,...) recogidos en la Convención de los Derechos del Niño. Ello constituye la base para la creación de PRODENI cuyo objetivo más importante, e indiscutible, es la defensa integral de los Derechos del Niño y de la Niña.

PRODENI inauguró el Teléfono del Niño en mayo de 1988. En un principio es de ámbito provincial, ampliándose dos años más tarde. Se trata de una experiencia pionera en nuestro país. Los objetivos de este teléfono son:

- 1.- Recoger de los niños sus problemas y tratar de ayudarles.
- 2.- Servir de cauce de información para los adultos que denuncian situaciones de malos tratos.
- 3.- Remitir informes a las Instituciones Públicas correspondientes que tengan competencia para dar soluciones a cada caso concreto que se plantee a través del Teléfono.

Durante cinco años este servicio ha funcionado con línea convencional, siendo en septiembre de 1993 cuando se inaugura el Teléfono del Niño con la línea 900. Los tres primeros meses ha estado atendiendo llamadas de la provincia de Málaga, y en diciembre se amplía la cobertura a toda la comunidad andaluza. Esta propuesta está tomada de la experiencia italiana de un Teléfono similar (1987) y su idea es mantener un servicio permanente de información, valoración, asesoramiento y seguimiento especializado en infancia. La gran novedad que aporta la Línea 900 es la gratuidad de la llamada, lo que posibilita y facilita que los niños sean quienes cuenten sus propios problemas e inquietudes. El apoyo económico a través de subvenciones por parte de la Junta de Andalucía permite la gratuidad del servicio.

Para la atención a las llamadas contamos con la colaboración de personal voluntario. Durante dos meses se impartió un curso de formación a un grupo de personas interesadas en esta iniciativa. Se facilitaron conocimientos teóricos (legislación, servicios sociales, recursos, etc.) y prácticos. El grupo de voluntarios es de 15 personas, cinco en reserva y el resto atiende las llamadas en turnos de mañana y tarde.

La difusión del Teléfono del Niño se realiza a través de la prensa, radio y TV. El paso de llamada de pago a gratuita supuso el aumento de casos informados por los propios niños, al utilizar cabinas públicas, lejos del control y observación de los mayores, sin descontar el aumento de colaboración y participación de la población en general.

Cada llamada es registrada en un documento denominado **ficha de casos o ficha de respuesta inmediata**. En estos dos documentos se recoge información básica referida a los datos de identificación, población desde donde realiza la llamada, relación con el afectado..., entre otros. En la ficha de casos, como su nombre indica, se detalla la demanda o problema denunciado tanto si la llamada es realizada por el menor o por un adulto, requiriendo en todo caso una posterior gestión. La ficha de respuesta inmediata registra las llamadas en las que la demanda se refiere a información sobre recursos sociales, acerca del

Teléfono del Niño, o bien se trata de una llamada de algún medio de comunicación, así como las bromas.

Algunos de los casos que se plantean en el Teléfono del Niño obtienen una respuesta en el momento. Son situaciones en las que los niños nos plantean sus problemas que pueden venir referidos a los estudios, relaciones conflictivas con sus padres, amigos o hermanos, preocupaciones en torno al colegio, etc. Se le facilita un consejo procurando, en todo momento, escuchar su problema y permitirle que lo exprese tal como lo siente, así como favorecer el diálogo del niño con personas cercanas a él (padres, profesores) que le puedan ayudar. También los adultos piden asesoramiento acerca del trámite a seguir para formular denuncia sobre malos tratos, separación de padres que afectan a los niños, abandono..., entre otros.

Diariamente la trabajadora social revisa las fichas y se abre expediente de aquellos casos que requieren posteriores intervenciones. Dependiendo de la situación que se trate se elabora un informe que se remite al organismo responsable de darle una respuesta. Se realiza un seguimiento de la denuncia hasta comprobar que se ha llevado un correcto tratamiento del problema arbitrando una solución que beneficia al menor.

A veces nos vemos obligados a denunciar públicamente determinados casos que la Administración por uno u otro motivo desatiende (desprotección institucional). Este sistema se adopta una vez agotadas las vías posibles de entendimiento.

El número de llamadas podría ser indudablemente mayor si PRODENI contara con un incremento en la colaboración económica de la Junta o si ésta hiciese publicidad de la existencia del servicio, pues se trata del Teléfono del Niño de la Comunidad y debería tener un trato preferente. Al no ser así, tenemos que limitarnos a nuestros propios recursos. De este modo, allí donde no existe un PRODENI y el conocimiento de la Asociación es menor también lo es el del conocimiento del Teléfono y, consiguientemente, se reciben menos llamadas. Ejemplo: en el año 1994 desde Málaga se realiza el 74% de las llamadas, desde Cádiz el 10%, Córdoba el 2%, ... Consiguientemente, por ello, sectores importantes de la infancia andaluza, en la práctica, no disponen de este servicio por desconocerlo.

Los datos estadísticos relativos al pasado año vienen a señalar los malos tratos como la problemática que se presenta con mayor frecuencia. Este apartado recoge el maltrato físico, psicológico, abusos sexuales, explotación laboral y mendicidad infantil. Por regla general esta tipología de maltrato suele denunciarla algún adulto (vecino, familiar, profesional) y es a partir de los 12 años cuando la llamada es realizada por el menor. Cuando las circunstancias lo requieren nos entrevistamos personalmente con los menores incluso nos desplazamos hasta el Centro Escolar con objeto de tener la información más completa.

La conflictividad en torno a las relaciones familiares tienen amplio eco en el Teléfono del Niño. Las separaciones de los padres, llevadas de forma traumática, producen graves efectos en los hijos (agresividad, problemas de relación, escolares, ...). La demanda es fiel reflejo del descontento de las resoluciones judiciales que, en no pocas ocasiones, agravan aún más enfrentamientos existentes.

Coincidiendo con época de exámenes y entrega de las notas se eleva considerablemente las llamadas de chicos y chicas realmente preocupados por este asunto. Necesitan apoyo para afrontar el fracaso de cara a sus padres. Ellos mismos nos cuentan que el esfuerzo no ha sido suficiente pero no se atreven a admitirlo abiertamente.

Curiosamente suele variar el tipo de demanda en función de la época del año. Así, durante el verano los problemas vienen derivados de la falta de espacio de recreo (presiones de algunos vecinos que amenazan a los chicos con llamar a la Policía pues molestan con su juego...), en tanto que los comienzos del curso escolar son causa de conflictos por motivos

diversos por citar alguno de ellos, falta de un profesor sin que se ponga sustituto, deficiencias en cuanto a las instalaciones del centro,...

El Teléfono del Niño despierta interés y curiosidad entre los pequeños, que prueban a utilizarlo para ver qué sucede cuando exponen algún problema inventado. Alguna que otra vez nos hemos desplazado hasta el Colegio para hablar personalmente con el chico comprobando que se trataba de una broma.

Una de las mayores dificultades la encontramos es la falta de respuesta de la Administración ante las denuncias presentadas. Por los motivos que sean, nos vemos obligados a tener que estar continuamente preguntando y pidiendo información acerca de los informes presentados ante diferentes organismos (Delegación de Salud, de Educación, Justicia, ...).

En la medida que este servicio contara con más apoyo de la Junta de Andalucía, como anteriormente apuntaba, se podría llegar a un amplio sector de población que, en estos momentos, no tiene medios para atender a la diversidad de la problemática de la infancia.

Tuvimos oportunidad de asistir, en calidad de invitados, a la Conferencia Internacional sobre Teléfonos de Ayuda de los Niños y Jóvenes celebrada en Venecia, durante los días 24-26 de noviembre del pasado año. En grupos de trabajo pudimos compartir experiencias y vivencias muy necesarias para nuestra labor.

MINUSVALÍAS Y MALTRATO

Miguel A. Verdugo Alonso, Belén Gutiérrez Bermejo
Universidad de Salamanca

A lo largo de la historia, determinadas características de los niños han tenido un importante impacto sobre el valor otorgado al niño como individuo. Niños con retraso mental, hándicaps físicos, prematuros, gemelos, concebidos fuera del matrimonio o, en algunos casos, nacidos en una familia pobre, se han encontrado, en el transcurso de los años, especialmente amenazados. Considerados como una carga económica, como endemoniados o como resultado del pecado, estos niños, cuando se les ha permitido vivir, con frecuencia han sido tratados con crueldad (Gracia y Musitu, 1993). En culturas como la griega, romana, china o india, los niños débiles, prematuros, deformes o retrasados, eran declarados habitualmente como no aptos para vivir. Despeñarlos, ahogarlos, o asfixiarlos, constituían las formas más crueles de infanticidio (Murillo, 1993). Además del infanticidio, eran frecuente mutilarlos por principios religiosos o para atraer la atención de las gentes y suscitar su caridad.

Ciertamente, las personas con retraso mental han constituido, en el transcurso de la historia, un colectivo especialmente vulnerable a las prácticas de malos tratos, sin embargo, esta especial vulnerabilidad no se ha visto reflejada en el número de investigaciones realizadas al respecto. Los escasos estudios con los que contamos son poco esclarecedores e incurrir en ciertas contradicciones.

A partir de una revisión de la literatura publicada sobre el tema y de nuestro propio acercamiento a través de la investigación que hemos llevado a cabo (Verdugo, Bermejo y Fuertes, 1993), proponemos una serie de cuestiones para llevar a cabo una reflexión y un posterior debate de cara a poder alcanzar alguna conclusión, que unida a las aportaciones de los distintos trabajos nos oriente de cara a poner en marcha medidas de prevención y tratamiento en un problema real que involucra a un buen número de personas con discapacidad.

Ante el estado actual del tema nos planteamos:

1.- ¿Es la discapacidad una causa que precipita los episodios de malos tratos o es en realidad una consecuencia de actos brutales sobre el niño? ¿Con que evidencias contamos de uno y otro punto de vista? ¿La realización de qué tipo de estudios podrían ayudar a esclarecer el tema?

2.- ¿Por qué se elige concretamente a la persona con discapacidad para convertirla en blanco del maltrato? ¿Qué factores de vulnerabilidad pueden estar rodeando a la condición de discapacidad? ¿Constituyen los padres con retraso mental un factor de riesgo?

3.- ¿Qué relación existe entre el grado de discapacidad y el maltrato?

4.- ¿Desciende la vulnerabilidad de la persona con retraso mental a ser víctima de malos tratos a medida que se hace mayor?

5.- ¿Cuales son los ámbitos de riesgo que rodean a la persona con discapacidad? ¿Existe mayor proclividad al maltrato en uno que otro?

A pesar del número tan escaso de estudios sobre esta población, la literatura existente, al igual que en el caso del maltrato infantil en general, se ha centrado en algunos aspectos muy concretos, tal es el caso del abuso sexual. El abuso sexual de los adultos con retraso

mental es un tema complejo. Supone tener en cuenta los derechos de la persona a expresar su sexualidad, así como su capacidad para dar consentimiento ante una expresión sexual. Muchas personas, incluidos los padres, el personal que dirige servicios, los profesionales y el público en general, mantienen todavía viejos mitos respecto a la sexualidad de los individuos con retraso mental (Cole, 1984-1986; Gardner, 1986; Haavick y Menninger, 1981; Kempton y Gochros, 1986; Tharinger, Horton y Millea, 1990). Algunos creen que las personas con retraso mental están obsesionadas con el sexo y en constante búsqueda de satisfacción sexual, otros piensan que se trata de individuos asexuados. De hecho, nada de esto es cierto (Furey, 1994).

Diversos estudios muestran que el abuso sexual en la población con retraso mental parece ser más elevado que en la población carente de tal retraso (Aiello, 1984-1986; Berkman, 1984-1986; Boyle, Rioux, Ticoll y Felske, 1988; Cole, 1984-1986; Corin, 1984-1986; Kempton y Gochros, 1986). Por otro lado, entre los casos reales que se producen, la denuncia de abuso sexual sobre personas con retraso mental parece ser significativamente inferior a las denuncias realizadas sobre poblaciones sin retraso mental (James, 1988; citado por Tharinger y otros, 1990).

Frente a este tema nos planteamos las siguientes cuestiones:

- ¿Qué razones parecen estar sobre la base de esta mayor vulnerabilidad?
- ¿Cuál es la identidad del perpetrador?
- ¿En que ámbitos se produce con mayor frecuencia?

La revisión de la literatura existente sobre el maltrato en personas con discapacidad coincide en destacar la condición especial de vulnerabilidad de esta población, debido tanto a las exigencias y características intrínsecas como a la percepción y vivencia de la misma en las personas que rodean a la víctima.

De los resultados obtenidos se deriva la necesidad de realizar estudios complementarios, así como poner en marcha medidas de prevención e intervención en las situaciones detectadas, tanto a nivel familiar como institucional. El primer paso es generar la conciencia del problema en los profesionales de atención directa. Es preciso que todos los profesionales tengan conocimiento de los derechos de las personas con retraso mental a una protección legal especial, así como a intervenciones en salud mental efectivas y apropiadas. El reto para los profesionales y educadores está en proteger a las personas retrasadas del maltrato, proporcionar intervenciones psicoterapéuticas cuando se produzca, respetar sus derechos a un conocimiento apropiado acerca de la sexualidad y el abuso sexual, y tener en cuenta la satisfacción de su propia sexualidad.

CASOS CLÍNICOS DE MALTRATO INFANTIL: CONTRATO Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN. EL SENTIMIENTO DE IMPOTENCIA TERAPEÚTICA Y LA NECESIDAD DE LA RED SOCIAL

Miguel Garrido Fernández, Mercedes Gayán Guardiola, Ángeles Delgado Rodríguez,
María Teresa Pérez-Minayo Pastor, Ana Martínez Rubio
Universidad de Sevilla; Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN: ASPECTOS TEÓRICOS

Las primeras experiencias en el encuentro con casos de maltrato infantil suelen producir un gran impacto en los profesionales relacionados con los ámbitos de la salud y la educación. El impacto contiene una mezcla de interés, solidaridad, impresión y en muchas ocasiones, desesperanza, indignación y rabia. También es frecuente, que las situaciones de abandono, violencia y negligencia, remuevan situaciones anteriores vividas con estos signos. Estos sentimientos no son nada agradables y la contratransferencia que nos despierta es una importante señal de que nos permitimos "entrar en el mundo negado de los sentimientos de los demás". Ahora bien, los problemas pueden surgir, cuando los profesionales no soportamos los sentimientos que suelen venir al ser observadores participantes en el sistema que produce violencia o abandono.

A través de una breve exposición de cuatro casos extraídos de contextos cotidianos: **atención extrahospitalaria, intrahospitalaria, centro de orientación y terapia familiar** y desde el **marco judicial y del trabajo social**, pretendemos, en primer, lugar especificar los rasgos distintivos de algunos casos de maltrato y abandono en la infancia. El trabajo con los genogramas familiares nos permitirá hacer un intenso recorrido por los rasgos diferenciales y similitudes de diversas situaciones. Posteriormente, trabajaremos durante la segunda parte del taller sobre la grabación de un caso de maltrato infantil.

Concluiremos el trabajo práctico con la construcción de programas diferenciales de intervención en función de los diversos contextos y la dinámica familiar específica.

BREVE EXPOSICIÓN DE CASOS CLÍNICOS: ANÁLISIS Y PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Contexto de atención intrahospitalaria

El primer caso que presentaremos fue atendido en un gran hospital de una ciudad andaluza y el estudio parte del ingreso de un hijo afectado por diabetes mellitus, debido a una descompensación. El chico, de unos 12 años tiene otra hermana de 9 y viven actualmente con su madre de 34 años, separada y que trabaja en la limpieza por horas durante todo el día. El padre de 37 años, según la madre, alcohólico desde hace 9 años, se encuentra con frecuencia en situación de desempleo.

La demanda fue motivada por la preocupación de la madre por el futuro de su hijo y

por su dificultad para hacerse cargo de él. En este caso trabajaremos con las desventajas e inconvenientes de la institucionalización y con la necesidad de la intervención familiar para evitar las continuas recaídas del chico y la falta de control de su enfermedad en el período adolescente.

Contexto legal y de trabajo social en zona urbana

El segundo caso, proviene del ámbito del trabajo social en un Ayuntamiento de una gran ciudad. Es un caso de grave maltrato físico, violencia psicológica al cónyuge y abandono de los tres hijos de la pareja. El primer contacto con el caso provino de los servicios de urgencia del hospital debido al ingreso del marido. éste había recibido una puñalada como consecuencia de una pelea conyugal, en la que se involucró a las dos hijas de la pareja.

Ella había estado internada en un centro de menores desde los cinco años, aunque mantuvo relaciones con sus hermanos y vivía temporadas en la casa de su madre. Cuando ocurrieron los hechos tenía 22 años.

El marido, de 31 años de edad, es oligofrénico de grado medio y tiene graves problemas de conducta. Consume alcohol, fármacos y heroína. Nunca ha trabajado y es receptor de una ayuda asistencial de Estado.

En este caso encontramos signos de lo que suele denominarse "Familias Multiproblemáticas" (Cancrini 1992; Aramberri 1995). La existencia de toxicomanías, similitud de contextos socioeconómicos y culturales (pobreza), infidelidades maternas reconocidas, hijos de relaciones extraconyugales, elevado número de miembros en las familias de origen, institucionalización temprana, malos tratos en ambas familias, emparejamientos a edad temprana, entre otros.

Discutiremos las actuaciones institucionales realizadas para aportar nuevas visiones ante situaciones tan alarmantes.

Contexto de pediatría extrahospitalaria

El tercer caso, proviene de un contexto rural y es analizado desde el trabajo de pediatría extrahospitalaria. Las situaciones de negligencia son frecuentemente detectadas en la consulta de revisión pediátrica. sin embargo, la valoración contextual supone salir del marco estricto de la consulta médica. En estos casos la colaboración del médico y del trabajador social es muy necesaria. Presentamos un caso en el que una niña de cinco años ha sufrido varios accidentes domésticos debido a la situación de falta de atención por las figuras materna y paterna. También, hace aproximadamente un año, padeció un accidente de tráfico, mostrando claramente la situación de indefensión en la que normalmente vive.

La madre tiene cuatro hijos, dos de un primer matrimonio, que actualmente están en instituciones, y dos de un nuevo emparejamiento, la chica, y un hermano de un año. El hijo pequeño también presenta ciertas alteraciones en la alimentación.

La madre ha sido tratada en los centros de salud mental y actualmente toma medicación antipsicótica. Ella tiene dos hermanas que son bordeline.

En este caso mencionamos una serie de estrategias para recoger más información de la extensión de la negligencia del núcleo familiar. Asimismo, revisamos el papel de los ayuntamientos y los servicios sociales en la detección, evaluación y tratamiento de las situaciones de riesgo.

Centro de orientación y terapia familiar

Por último, recogemos el caso de dos chicos de 12 y 9 años, que vienen al Centro de Orientación y Terapia Familiar de Sevilla, acompañados por su madre y derivados desde la medicina general.

Este caso nos servirá para describir la dinámica familiar y las conductas reforzantes que se crean en las situaciones de intensa y larga violencia familiar. Las conductas disfuncionales y alarmantes de los chicos, así como las explicaciones de la madre, servirán para ejemplificar un caso, que además de dramático parece cotidiano, al menos en contextos propios de los círculos de pobreza. Este caso nos ayudará a entender los posibles sentimientos transferenciales que despierta el trabajo con estas familias. La dificultad para entender todos los elementos contextuales, la violencia y el dolor contenido a lo largo de varias generaciones, hace que el trabajo con estos casos requiera un especial entrenamiento.

El padre de estos chicos había estado sometido a tratamiento psiquiátrico y había sido denunciado en varias ocasiones por maltrato a su mujer y al hijo mayor. Los chicos habían estado en varias instituciones, pero la situación era muy conflictiva y estaban ya, desde bien pronto, especializados en la red asistencial.

Este caso nos servirá para discutir las necesidades profesionales en estos casos y poder hablar sobre los elementos técnicos más relevantes para la intervención psicoterapéutica.

A partir de secuencias grabadas de la primera y segunda entrevista, observaremos como los chicos repiten secuencias largamente aprendidas y reforzadas desde la familia y las instituciones. Por otro lado, trabajaremos con el papel de la madre, como foco de la defensa de los hijos y a la vez como "mantenedora de la situación de violación de sus derechos propios y del de sus hijos".

SIMILITUDES Y DIFERENCIAS CONTEXTUALES. DISCUSIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN Y POSIBILIDADES FORMATIVAS

Concluiremos en el taller con un cuadro resumen de las similitudes y diferencias de los diversos contextos. Dedicaremos un espacio a las futuras líneas de actuación y, sobre todo, a los requisitos formativos para el tratamiento de los casos de maltrato y abandono en la infancia.

APLICACIONES E INTERPRETACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL INVENTARIO DE POTENCIAL DE MALTRATO INFANTIL

Joaquín de Paúl Ochotorena
Universidad del País Vasco, San Sebastián

El inventario CAP es un instrumento diseñado para evaluar el riesgo potencial que presenta un determinado sujeto para perpetrar acciones de maltrato físico infantil. Pretende ser un instrumento que ayude a los profesionales de los Servicios de Protección a la Infancia en la toma de decisión con los casos de maltrato infantil. Sus aplicaciones, según su autor (Milner, 1986), pueden ser varias:

- Detección, entre la población general y de los servicios sociales, de sujetos "alto-riesgo" para cometer actos de maltrato físico infantil.
- Detección, en un grupo ya definido como de riesgo, de sujetos con mayor potencial para desarrollar este tipo de acciones.
- Confirmación de que un sujeto/s definido/s previamente como de alto riesgo en base a otros criterios lo es/son en realidad.
- Evaluación y seguimiento (mediante evaluaciones pre- y post-) de la eficacia de programas de tratamiento y/o prevención con este tipo de población.
- Realización de investigaciones preliminares con grupos experimentales de sujetos definidos en base a sus puntuaciones en el Inventario CAP (no con maltratadores físicos reales).

DESARROLLO DEL INVENTARIO CAP

Los 334 ítemes que formaron la versión inicial del Inventario CAP fueron elaborados a partir de la revisión por parte del autor y colaboradores, de la literatura existente sobre factores asociados al maltrato físico infantil. Se incluyeron en esta versión variables psicológicas, de historia personal, interpersonales y psicosociales. Tras diferentes revisiones por parte de profesionales de los Servicios de Protección a la Infancia de Estados Unidos y correcciones posteriores, esta versión inicial fue sometida a dos estudios de validación (Milner & Wimberley 1979, 1980), seleccionándose finalmente los 77 ítemes que mostraron capacidad para discriminar grupos de sujetos maltratadores físicos y control en la población estadounidense. Estos 77 ítemes son los que en la actualidad componen la denominada Escala de Abuso (*Abuse Scale*) del inventario CAP en su versión original.

DESCRIPCIÓN DE LA VERSIÓN ORIGINAL INVENTARIO CAP

La versión actual del Inventario CAP (Milner, 1986) consta de 160 ítemes, a los cuales el sujeto debe responder eligiendo una de dos opciones: De acuerdo/En desacuerdo. Los ítemes se agrupan en diferentes escalas:

- Escala de Abuso o *Abuse Scale* (77 ítemes) (Milner y Wimberley, 1979, 1980).

- Escala de Sinceridad o *Lie Scale* (18 ítems) (Milner, 1982).
- Escala de Respuestas al Azar o *Random Response Scale* (18 ítems) (Milner y Robertson, 1985).
- Escala de Inconsistencia o *Inconsistency Scale* (20 pares de ítems) (Robertson y Milner, 1987).

Los restantes son ítems en investigación. Se han desarrollado otras dos escalas: la Escala de Fuerza del Yo (Milner, 1988) y la Escala de Soledad (Mazzucco, Gordon y Milner, 1989). Los análisis factoriales realizados con la Escala de Abuso han mostrado que los ítems que la forman se agrupan en torno a seis factores denominados: malestar psíquico, rigidez, infelicidad, problemas con el niño y consigo mismo, problemas con la familia y problemas con otras personas (Milner, 1986). Todo ellos se refieren a características que numerosas investigaciones han constatado que se encuentran asociadas al fenómeno del maltrato físico infantil. Las restantes escalas (Deseabilidad Social, Respuesta al Azar y Escala de Inconsistencia) fueron elaboradas con el objetivo de detectar diferentes tipos de distorsiones en las respuestas de los sujetos. En base a ellas se obtienen tres índices que permiten identificar si existe o no distorsión y, en caso de existir, determinar cuál es su naturaleza:

- **Índice de Simulación Positiva:** identifica sujetos que intentan dar una imagen positiva de sí mismos. Aparece cuando existe una puntuación elevada en la Escala de Deseabilidad Social y normal en la Escala de Respuestas al Azar.

- **Índice de Simulación Negativa:** identifica sujetos que intentan dar una imagen negativa de sí mismos. Aparece cuando se da una puntuación elevada en la Escala de Respuestas al Azar y normal en la Escala de Inconsistencia.

- **Índice de Respuestas al Azar:** identifica sujetos que han contestado los ítems sin tener en cuenta su contenido. Aparece cuando hay una puntuación elevada en la Escala de Respuestas al Azar y en la Escala de Inconsistencia.

Durante los años 1993 a 1995 se ha llevado a cabo la validación de la versión en castellano para su utilización por parte de los profesionales de la protección infantil del Estado español. Para ello se ha aplicado el Inventario a un total de 920 sujetos, de los cuales, 462 pertenecían a la población general, 146 eran clientes de los servicios sociales sin ninguna relación conocida con el maltrato infantil y el resto (312) eran sujetos responsables de situaciones de maltrato infantil. De este último grupo, 215 eran considerados como maltratadores físicos.

En el presente taller se procede a la presentación de esta versión española. Se trata de una presentación preparada para profesionales interesados en la utilización de instrumentos estandarizados que puedan servir de apoyo en el trabajo con sujetos y familias maltratantes. No obstante, en la primera parte del Taller se expondrá de forma muy breve el procedimiento a través del cual se ha llevado a cabo dicha validación, de forma que los profesionales puedan conocer las razones por las que en la versión española determinados ítems de las escalas estudiadas son diferentes a los de la versión original estadounidense.

En la segunda parte del taller se procederá a explicar la forma de aplicación, corrección e interpretación del Inventario. Para ello se utilizará el Manual de Aplicación e Interpretación correspondiente y se hará una demostración del programa de corrección automatizada elaborado al efecto. Se procederá a explicar la forma de corrección e interpretación de las escalas de validación (respuesta al azar y deseabilidad social) y de la escala de abuso, así como la significación de cada una de las dimensiones de la versión española. En esta presentación se hará especial énfasis en la especificidad de cada una de las aplicaciones del Inventario y en las limitaciones del mismo. De manera especial, se tratará de explicar la significación del concepto de predicción y de sujetos alto-riesgo en el ámbito de la prevención

en protección infantil.

BIBLIOGRAFÍA

- MAZZUCCO, M.; GORDON, R.A.; MILNER, J.S. Development of a loneliness scale from the Child Abuse Potential Inventory. *Meeting of the Southeastern Psychological Association* 1989, Washington.
- MILNER, J.S. Development of a lie scale for the Child Abuse Potential Inventory. *Psychological Reports* 1982, nº 50, p. 871-4.
- MILNER, J.S. *Child Abuse Potential Inventory: manual* (2nd ed.). Webster NC: Psytec Corporation, 1986.
- MILNER, J.S. An ego-strength scale for the Child Abuse Potential Inventory. *Journal of Family Violence* 1988, vol. 3, nº 2, p. 151-62
- MILNER, J.S.; ROBERTSON, K.R. Development of a random response scale for the Child Abuse Potential Inventory. *Journal of Clinical Psychology* 1985, vol. 41, nº 5, p. 639-43.
- MILNER, J.S.; WIMBERLEY, R.C. An inventory for the identification of child abusers. *Journal of Clinical Psychology* 1979, nº 35, p. 95-100.
- MILNER, J.S.; WIMBERLEY, R.C. Prediction and explanation of child abuse. *Journal of Clinical Psychology* 1980, nº 36, p. 875-84.
- ROBERTSON, K.R.; MILNER, J.S. An inconsistency scale for the Child Abuse Potential Inventory. *Psychological Reports* 1987, nº 60, p. 699-703.

PROFESIONALES DE ENFERMERÍA Y MALTRATO INFANTIL

Ámbitos de actuación de la enfermería ante el maltrato infantil

José Antonio Ponce Blandón

Dirección General de Salud Pública, Junta de Andalucía

El suceso del maltrato infantil es único y, sin embargo, la visión que ofrecen los distintos sectores profesionales es diferente y complementaria. Un fenómeno multicausal, como es el que nos ocupa, precisa un planteamiento de abordaje desde una perspectiva multiprofesional, que trate de lograr la complementariedad de las acciones para dar una respuesta eficiente. Sin embargo, es importante señalar y determinar cuáles son las responsabilidades específicas de cada sector profesional. En este sentido, es posible identificar el papel más relevante que cada ámbito profesional puede jugar en la prevención, detección, intervención y seguimiento de la problemática del maltrato.

Los profesionales sanitarios tienen un especial protagonismo en la fase de **prevención**, fundamentalmente en las primeras edades, y en la de **detección**, entendida como sospecha e información y asumiendo la responsabilidad de informar de la sospecha de malos tratos y actuar coordinadamente con otros profesionales para concretar el diagnóstico. En lo referente a la **intervención y seguimiento** de los casos de malos tratos, no hay que olvidar que, si bien otros sectores son los responsables de nuclear la respuesta al problema, el ámbito sanitario tiene una gran responsabilidad también en el apoyo terapéutico de forma coordinada.

Es en la globalidad de este marco en la que se sitúa la labor de la enfermera/o como profesional que cuenta con una posición privilegiada debido a su contacto directo con los pacientes. Sin embargo, los distintos ámbitos competenciales de actuación marcan unas importantes diferencias en el quehacer del profesional de la enfermería en relación con la actuación ante los casos de malos tratos a la infancia:

LA ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

El íntimo contacto de la enfermera/o con los pacientes pediátricos y con sus progenitores en **las unidades de hospitalización infantil** posibilita una observación directa de las situaciones de maltrato y abandono. En este sentido, la participación en la elaboración de la historia clínica y social del niño, permite profundizar en la observación de rasgos inespecíficos de los padres o en los hallazgos exploratorios. La realización de la Historia de Enfermería al ingreso del niño, en la que se recogen datos de observación directa e indirecta sobre

las necesidades detectadas en el niño y su entorno familiar, ha demostrado ser eficaz en identificación de familias de riesgo y la fundamentación de una sospecha de maltrato y/o abandono. El contacto continuado de la enfermera/o con el niño en estas unidades permite consolidar las sospechas de malos tratos, por lo que la detección y diagnóstico del maltrato puede ser el cometido más adecuado de este profesional en el hospital. En este sentido, la colaboración en las investigaciones que procedan para la confirmación del caso (exploración, interrogación, ...), se convierte en otra de las funciones importantes de la enfermera en la detección y diagnóstico del problema.

En **los servicios de urgencia**, la capacidad del profesional de enfermería para identificar los casos de malos tratos debe ser aún mayor, puesto que el período de contacto del niño con los servicios puede ser más corto y no sólo deben ser diagnosticados los casos graves de malos tratos (agresiones físicas evidentes), sino que la enfermera debe estar alerta ante signos e indicadores de tipologías de maltrato más "sutiles" (abandono, maltrato emocional, síndrome de Munchausen,, ...).

Sin embargo, la enfermera en el hospital, no debe limitar su labor a la detección y la participación en el diagnóstico del maltrato infantil. De hecho, también debe desarrollar una importante **labor preventiva**, especialmente en lo que se refiere a la evitación del maltrato institucional en el que, en demasiadas ocasiones, incurre el medio hospitalario. El fomento de la crianza positiva de los niños y su repercusión en la atención a necesidades básicas como la alimentación, la higiene o las necesidades emocionales, desde las unidades de atención perinatal, también contribuyen a favorecer la prevención del maltrato infantil desde el hospital.

En lo referente a la **intervención**, el profesional de enfermería del hospital debe tomar parte activa en el seguimiento de los casos de malos tratos, lo que exige una máxima coordinación con el resto de los miembros del equipo de trabajo, con otros sectores profesionales y con los profesionales de otros niveles asistenciales (atención primaria y hospitalaria)

LA ENFERMERÍA COMUNITARIA

El papel actual de la enfermera/o comunitaria/o del equipo de Atención Primaria de Salud es capital, especialmente en la **prevención y detección** de los casos de malos tratos, por su contacto permanente con la familia a través del control del crecimiento y desarrollo del niño y las actividades preventivas habituales (vacunaciones, exámenes de salud, ...). Pero también destaca la privilegiada situación de la enfermería comunitaria que posibilita su **intervención** en el seguimiento de los casos o la de otros profesionales en las familias de riesgo elevado.

La prevención y detección de los malos tratos en el ámbito de la Atención Primaria es llevada a cabo por las enfermeras comunitarias del equipo a través de actividades como la **visita domiciliaria** y el **trabajo con la comunidad**, que permite una relación más directa con la familia del niño y su entorno y es más factible detectar posibles situaciones de maltrato y abandono al posibilitar la observación de determinados indicadores como la higiene, el número de personas que habitan en el domicilio, las condiciones de habitabilidad, etc. Las visitas puerperales permiten realizar una primera aproximación a la orientación de la pauta de crianza del niño, pero es en los programas de prevención y promoción de la salud en los que el niño debe ir participando para favorecer un desarrollo psico-evolutivo sano donde es más factible identificar signos de abandono y malos tratos. El abandono o la no participación en estos programas, especialmente **vacunaciones, detección de metabolo-**

patías congénitas y control de niño sano, debe ser investigado por los profesionales de enfermería, identificando sus causas y los factores de riesgo que pueden estar relacionados con una situación de maltrato por omisión. En el programa de **salud escolar**, son identificables igualmente los casos de malos tratos, sobre todo si existe una completa coordinación con el profesorado de los centros escolares.

Los aspectos preventivos deben enfocarse desde la promoción de los cuidados necesarios y el trato adecuado para cada etapa del desarrollo (prevención primaria), la modificación de factores que favorecen la aparición de malos tratos (prevención secundaria) y la actuación para impedir que se siga produciendo el maltrato y evitar la aparición de secuelas (prevención terciaria). Los programas de atención a la salud infantil mencionados e incluso los programas de **control de embarazo, educación maternal y atención puerperal**, se configuran en el marco ideal para el desarrollo de estas actividades preventivas.

La **intervención** en el ámbito de la atención primaria para la enfermería comunitaria debe plantearse desde una base de coordinación multiprofesional. El trabajador social del centro de atención primaria debe ser quien coordine la respuesta desde el equipo para realizar un seguimiento estrecho del niño, de sus padres y de sus condiciones de vida, todo ello con la finalidad de aportar a la familia el respaldo social necesario para aminorar sus tensiones internas y ayudarla a establecer sus relaciones paterno-filiales positivas. Este seguimiento implica también la participación de psicólogos y profesionales de las unidades de salud mental infantil (USMI) o de los equipos de salud mental de los distritos. Por supuesto, las evidencias o sospechas de malos tratos graves deben ser inmediatamente notificadas a los organismo competentes y deben ser derivadas al hospital si hay riesgo para la integridad física del niño, con los informes exhaustivos y con la valoración de los profesionales del centro.

LA ENFERMERÍA Y LA COORDINACIÓN MULTISECTORIAL

Tanto en la atención hospitalaria como en el ámbito comunitario, los profesionales de la enfermería necesitan poseer una gran capacidad de interrelación con otros profesionales que deben participar en la actuación multidisciplinaria que requiere el abordaje de la problemática del maltrato, el abandono y la negligencia. Esta capacidad debe empezar por el resto de los profesionales sanitarios que trabajan en nuestro centro: médicos, pediatras, especialistas, trabajadores sociales, ... La coordinación con ellos, a veces compleja, es imprescindible para garantizar la correcta resolución de los casos detectados. Pero la colaboración multiprofesional no se detiene aquí, sino que también debe ser muy estrecha especialmente con los profesionales de los Servicios Sociales, la Justicia, la Educación, la Policía y otros.

De hecho, al igual que los profesionales sanitarios -y en concreto la enfermera/o- están en una posición privilegiada para prevenir y detectar los malos tratos, otros profesionales se encuentran en mejor disposición para garantizar el seguimiento y la intervención en los casos de maltrato, sin que ello implique una ausencia de nuestra participación en este sentido.

Trabajar con estos otros sectores profesionales no es fácil y precisa, por parte del profesional de la enfermería, de una capacitación escalonada que comienza por un **cambio de actitud** planteado como el reconocimiento de la necesidad de intervención de otros sectores en el proceso. El **reconocimiento de los recursos** propios y del resto de los profesionales es esencial para asumir nuestras limitaciones y buscar la complementariedad del trabajo. El desarrollo de **aptitudes y habilidades** profesionales constituye el siguiente paso para

dar una respuesta conjunta, que requiere un previo **reparto equitativo de funciones** enfocadas a aprovechar mejor los recursos existentes y desarrollar la corresponsabilidad.

Las relaciones intersectoriales de la enfermera/o en la atención al maltrato infantil pueden concretarse en los contactos que obligatoriamente deben mantenerse, tras la detección de un caso de maltrato, con las **Unidades de Trabajo Social** correspondiente a nuestra área de trabajo. Con ella se colaborará en el diagnóstico y valoración global, y a través de ellas se contactará con las delegaciones provinciales de Asuntos Sociales y Fiscalías de Menores. Las relaciones con los **juzgados** se concretan en la participación de la enfermera en la elaboración de los sucesivos **informes médicos** necesarios para el desarrollo de los procesos judiciales correspondientes. El médico, responsable de este documento, debe contar con la enfermera/o para realizar la valoración de las necesidades a corto/largo plazo del problema y las repercusiones evolutivas si no se efectúa una intervención adecuada en el caso. La denuncia de los casos de sospecha a los **servicios policiales**, especialmente a los **grupos de menores (GRUME)** pertenecientes a la Policía Nacional, es una obligación como profesionales responsables de la salud de los individuos. Por último, especialmente importantes son las relaciones que se establecen con los profesionales de la **educación** (maestros, pedagogos, etc.), por lo que pueden contribuir a la detección de casos en el entorno escolar y al apoyo psicoterapéutico en el seguimiento de éstos.

Coordinación interprofesional en enfermería ante el maltrato

Josefina García Cano

Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada (AMAIM)

INTRODUCCIÓN

Comentar la experiencia que desde el año 1987 estoy realizando desde mi puesto de trabajo como enfermera de un hospital infantil, haciendo informes de niños en riesgo de maltrato y enviándolos a los equipos de enfermería de los Centros de Atención Primaria.

OBJETIVO

Entendiendo por salud su significado amplio, hacer un seguimiento activo y efectivo, entre **todos** los profesionales sanitarios, tanto desde dentro como desde fuera del hospital de forma que no se nos "pierda" ningún niño que haya sufrido maltrato o esté en riesgo.

MÉTODO QUE UTILIZAMOS

Según la gravedad del caso y de los datos que tenemos actuamos de distinta manera:

1.- Cuando se tienen datos fiables y evidentes de que un niño ingresado ha sufrido o sufre maltrato, lo comunicamos al Servicio de Trabajo Social del Hospital C.A.P. para que se notifique al Servicio de Protección al Menor o a la autoridad competente.

2.- Si lo que se ha detectado, desde el hospital, han sido factores de riesgo que predisponen al maltrato, sin que existan datos evidentes:

- . Educación sanitaria a los padres y familiares próximos, dirigida sobre los factores de riesgo de forma planificada.
- . Contacto con el equipo de enfermería del C.A.P. para comentarles lo detectado y ver el grado de conocimiento que tienen sobre esta familia y sobre el niño.
- . Con todos los datos obtenidos mientras ha durado el ingreso del niño en el hospital, se elabora un informe de alta enfermería, describiendo claramente y "aséptica" todo lo observado y tratado, para que sirva de relevo a las compañeras extrahospitalarias para conocer el problema y hacer un seguimiento y tratamiento del mismo.

PROBLEMAS

1.- Falta de sensibilidad y preparación de algunos profesionales para entender el significado amplio de maltrato dentro del ámbito sanitario.

2.- No entender este protocolo de trabajo, como uno más de los que realizamos.

3.- Miedo a no saberlo hacer bien.

4.- Falta de tiempo.

5.- Temor a las represalias.

PROPUESTAS DE SOLUCIÓN A LOS PROBLEMAS ANTERIORES

- Cursos de formación para todos los profesionales de enfermería en contacto directo con niños, que haga ver este diagnóstico como uno más de los que tratamos, con los **mis-mos riesgos** y con las mismas **satisfacciones**.

- Conocimientos de los recursos que se pueden utilizar y/o solicitar de apoyo a los niños.

- Apoyo de las Direcciones de Enfermería.

- Coordinación con el Servicio de Trabajo Social.

EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Conforme se va conociendo el sistema de trabajo, cada vez se incorporan más compañeras/os a la dinámica.

Los cursos de formación que se realizan van "enganchando" a más profesionales.

La coordinación entre los distintos sectores va mejorando.

De todos los informes enviados, solo hemos tenido problemas con unos familiares y fue por falta de una correcta coordinación.

A veces tenemos un poquito de miedo, pero... **MERECE LA PENA.**

Papel de la enfermería hospitalaria ante el maltrato infantil

Natividad Salazar Espadero, Concepción Fernández del Castillo

Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

La problemática del maltrato es muy compleja por la gran cantidad de implicaciones sociales y culturales que arrastra y la dificultad que supone determinar cuando un niño/a es objeto de maltrato por parte de sus padres o de la propia sociedad.

En la detección del maltrato, hay muchos profesionales implicados (servicios sociales, escuelas, policía, justicia, etc.) Pero la enfermería está en posición de privilegio para detectar y sobre todo prevenir una situación de riesgo de maltrato.

En muchas ocasiones, niños/as maltratados son llevados al Hospital por sus padres o familiares, falseando las circunstancias del accidente. Otras veces la llamada de atención nos la da la repetición de ingresos por procesos banales o totalmente injustificados.

El Comité Internacional Permanente sobre la Infancia Maltratada hace una clasificación que contempla:

- 1.- Maltrato en el seno de la familia.
- 2.- Maltrato Institucional.
- 3.- Maltrato en otros sectores.

Nosotros vamos a intentar exponer nuestra experiencia en lo que hace referencia al maltrato en el seno de la familia. Incluimos aquí la violencia física y sexual, el abandono y carencia de cuidados y el maltrato psicológico, así como, dentro del maltrato institucional, hablaremos sobre el posible maltrato dentro del hospital.

Casi siempre, la primera relación entre el hospital y la familia se realiza a través del servicio de urgencias, por lo tanto, el personal de enfermería está en una posición de excepción para detectar malos tratos o situaciones de riesgo. Pero es a veces, cuando el niño ingresa en la planta, en la entrevista al hacer la historia de enfermería es cuando vamos a recoger unos datos y a realizar unas observaciones que nos van a confirmar la sospecha detectada en urgencias o a conocer malos tratos o situaciones de riesgo para este niño.

La historia de enfermería tiene una serie de apartados. Unos relativos a datos identificativos, otros a parámetros antropométricos, a la valoración psíquico-física del niño así como la situación socioeconómica familiar.

Con alguna experiencia en entrevistas se puede sacar conclusiones para evaluar en un primer momento el riesgo o no de maltrato de este niño. Es lo que llamamos Historia Preventiva pudiéndose apreciar si existe una disfunción en el sistema Padres-Niños-Ambiente que nos pueda llevar a una identificación de familia de riesgo.

Se entenderá como situaciones de alto riesgo social y familiar entre otros:

- Enfermedad de los padres o tutores del menor, tales como alcoholismo, drogadicción y otras de especial gravedad que conllevan la desatención del menor.
- Graves carencias socioeconómicas.
- Ausencia de los padres tales como abandono del hogar, prisión, fallecimiento, etc.
- Desatención de los padres hacia el menor: malnutrición, desescolarización, etc.
- Explotación del menor: mendicidad, trabajo infantil, prostitución infantil, etc.
- Prostitución y/o delincuencia de los padres.

- Delincuencia y/o drogadicción del menor.

Antes estas situaciones de riesgo las situaciones de Enfermería deben ir encaminadas a prevenirlas por medio de entrevistas, charlas, educación para la salud, etc. y en caso de detectar maltrato infantil trabajar con la familia en colaboración con las Unidades de Trabajo Social, Nutrición, Estimulación Hospitalaria, etc.

EL MALTRATO DENTRO DEL HOSPITAL

Entre los seis meses y los cinco años, *“la hospitalización es la mayor catástrofe que puede ocurrirle a un niño”* (Cobos Media), pero sin embargo algunas veces es imprescindible su ingreso. Aquí es donde debe comenzar el papel del sanitario con una mayor humanización de su trabajo ya que cuando esto falle puede surgir el maltrato.

Consideramos dos grandes grupos dentro del maltrato intrahospitalario: maltrato indirecto y maltrato directo. Siendo el primero el que se produce con el protagonismo directo del niño, y el segundo el que no se produce en relación directa con éste.

La enfermería continúa estando en una situación privilegiada a la hora de prevenir el maltrato infantil hospitalario. Simplemente tenemos que poner en práctica nuestra misión principal que es **cuidar**, cuidar al niño en toda su plenitud, o sea, de forma biológica, psíquica y social.

Experiencia en atención primaria

Isabel Robledo, Regla Rodríguez, María Rivera, Carmen Vendroll, Rosario Moreno,
Esperanza Sánchez, Carmen Gutiérrez, José Luis Murga, M. Ángeles Álvarez
Centro de Salud Polígono Sur, Sevilla

INTRODUCCIÓN

El Centro de Salud Polígono Sur, está situado en la periferia de la ciudad de Sevilla.

Fue inaugurado en mayo de 1989, su zona básica comprende tres barriadas de nueva creación, todas ellas construidas por el Ministerio de Obras Públicas, originando en esa época la erradicación de zonas de chabolismo o casas ruinosas del centro de la ciudad. Puede catalogarse por tanto población de “aluvión”.

Su población es de unos 22.000 habitantes, con una pirámide de población muy joven (mujeres fértiles: 4.839, niños menores de 14 años: 4.581. Fuente: censo de 1991).

Por las características sociales y económicas que tiene nuestra población, puede definirse como “zona de riesgo social”, si bien no es homogénea en todos los sectores, debido a las procedencias tan diferentes de sus habitantes.

ACTUACIONES DE PREVENCIÓN DESDE EL CENTRO DE SALUD

Por las características demográficas, en el Centro de Salud se ha priorizado dentro de los programas, los referentes al materno infantil (planificación familiar, embarazo y educación maternal, metabolopatía, vacunaciones, niño sano, ...).

Progresivamente a lo largo de estos seis años, las actuaciones de todo el EBAP, ha sido el de introducir cada año, objetivos de ampliación de cobertura de todos estos programas.

Sin embargo, en todos ellos, si bien la captación aumenta, siempre nos encontramos con la problemática de captación y seguimiento de las familias de alto riesgo, o también llamadas desfavorecidas.

Tanto en el Programa de Vacunaciones, como el del Niño Sano los profesionales de enfermería utilizamos la Atención Domiciliaria por Sectores. Cada enfermera comunitaria tiene asignado junto con un médico una zona geográfica, lo que supone un enfoque de atención familiar y simplifica el número de profesionales sanitarios que abordan a la familia en consulta y domicilio.

Esta organización simplifica y es más eficaz el papel de detección e investigación del domicilio, en caso de sospecha de abandono en aspectos sanitarios adjudicado al profesional de enfermería, y derivado por el médico general o pediatra.

DIFICULTADES PARA LA ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA COMUNITARIA EN LAS FAMILIAS CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO

Dado que no podemos ni debemos tener la misma actuación con todas las familias de nuestros niños, creemos interesante dar a continuación los indicadores que según la experiencia adquirida, podemos definir como "familias de alto riesgo" o "desfavorecidas", donde se detectan las situaciones de:

- Padres drogadictos, con venta de papelinas o drogas en su propio domicilio.
- Niños que conviven con hermanos o parientes drogadictos.
- Padre o madre en la cárcel y en caso de los dos, con custodia no estable de algún miembro familiar.
- Niño/a con absentismo escolar injustificado, dando lugar a la presencia de forma constante en el domicilio en horas escolares.
- Vivienda con destrozos o índice de abandono en el equipamiento básico (falta de grifos, cocina, cama sin ropa o colchón, comida en el suelo, animales sin domesticar...).
- Niño/a que no acude al Centro de Salud y únicamente lo realiza en caso de enfermedad aguda o accidente.
- Niños con madres dedicadas a la prostitución y sin persona adulta que le sustituya.
- Niña menor (de 6 a 10 años) "madre-joven" que permanece en el hogar al cuidado de sus hermanos.
- Familias que no reciben ningún ingreso fijo, ni salario social viéndose abocados a la mendicidad.

Ante este tipo de familias, nuestras dificultades para las actuaciones en la etapa de intervención y seguimiento son las siguientes:

1.- El nivel socioeconómico y subcultural donde se desenvuelven la mayoría de ellas es muy distinto y desconocido para los profesionales, ya que no procedemos normalmente de estos ámbitos.

2.- La dificultad en la comunicación, su lenguaje es nuevo para la enfermera. Para for-

mular mensajes adecuados, exige un tiempo de conocimiento del medio y de sus hábitos.

3.- La lentitud que exige el abordaje a la familia, ya que con una o dos visitas no basta. es necesario una programación para conseguir introducirse y tener "autoridad real", para iniciar el seguimiento sanitario e introducción de nuevos hábitos.

4.- La falta o escasa coordinación interprofesional. Estas familias, no tienen normalmente un solo problema, sino muchos problemas. No son muchas familias, sino muchos problemas de pocas familias (paro, drogadicción, cárcel, portador de VIH-TRC, falta de planificación familiar, niño no deseado, ...).

Estas realidades y la organización de los profesionales por "áreas", hacen que en muchas de estas familias irrumpen varios profesionales (Salud, Servicios Sociales, Educación, Protección de Menores), pero con poca planificación conjunta y menos intervención coordinada.

Por tanto muchas veces vemos como crecen los niños, en medio de un sinfín de informes, derivaciones y consultas.

DISCUSIÓN Y DEBATE

"Consideramos que la mejor forma de proteger a un niño es su propia familia. Eso quiere decir que la intervención ante este tipo de casos, ha de ser siempre que sea posible, una intervención dirigida a la recuperación familiar".

En este proceso, es donde planteamos el papel de la enfermera comunitaria con los siguientes interrogantes:

- ¿Debe tener un papel denunciante?
- ¿Tiene un papel coordinador entre los profesionales o cómo debe provocar la actuación conjunta, incluyéndose?
- ¿Cómo mantener su papel educativo-sanitario, cuando estas familias carecen de recurso mínimos para ello?
- ¿Faltan recursos de profesionales o recursos operativos de intervención?

BIBLIOGRAFÍA

- ASOCIACIÓN ANDALUZA PARA LA DEFENSA DE LA INFANCIA Y LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO. *Guía de atención al maltrato infantil en Andalucía*. Sevilla: ADIMA, 1993.
- CONSEJERÍA DE SALUD. *Guía para la atención del maltrato a la infancia, para los profesionales de la salud*. Madrid: Consejería de Salud. 1993.
- CEREZO, M.A. *Programa de asistencia psicológica a familias con problemas de relación y abuso infantil*. Valencia: Generalitat, 1994.
- DE PAÚL, J.; ARRUABARRENA, M.I. Los malos tratos: cuestiones básicas para una intervención eficaz. *I Congreso Internacional Infancia y Salud*. 1989, noviembre, Madrid.
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. *Guía para la salud infantil en Atención Primaria*. Sevilla: Junta de Andalucía, 1991.
- MASSON, O. Contextos maltratantes en la infancia y la coordinación intersectorial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1987, nº 23, 531-556.
- CIRILLO, S.; DI BLASIO, P. *Niños maltratados: diagnóstico y terapia familiar*. Barcelona: Paidós, 1991.
- LLAMAS URRUTIA, C. Niños maltratados: un problema de todos. *Rol de Enfermería* 1988,

nº 115, p. 41-48.

- CALVO ROSALES, J.; CALVO FERNÁNDEZ, J.R. *El niño maltratado*. Madrid: CEA, 1986.

- RUFFA, B. Violencia familiar. Intervención de los profesionales de la salud. *Revista de Enfermería* 1993, nº 173, p. 35-39.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL: PROGRAMAS EN LA COMUNIDAD PARA LOS AGRESORES SEXUALES DE MENORES

Jayne M. Allam

University of Birmingham, Reino Unido

Las consecuencias dañinas del abuso sexual a menores están bien documentadas y, si los queremos proteger, está claro que se debe hacer provisión especial para trabajar con los agresores. Las tasas de reincidencia de los culpables no tratados son elevadas. Las cifras son: 13-40% para el abusador extra-familiar de niños; 10-20% para el abusador extra-familiar de niñas; 4-15% para el abusador intrafamiliar (Barker y Morgan, 1993).

Hoy en día no se cree que subyazca ninguna psicopatología en el comportamiento sexual desviado de la mayoría de los agresores sexuales, aceptándose como más apropiado un enfoque multifactorial (Finkelhor, 1986; Marshall y Barbare, 1990). Es probable que factores biológicos, culturales, sociales y de aprendizaje jueguen un papel preponderante en la aparición del abuso sexual. Los casos de los que se tiene conocimiento parecen indicar que ciertas creencias y actitudes son detonantes en la perpetración de este tipo de delitos. Sin embargo, hace sólo unos diez años que los estudios empíricos están analizando los factores que distinguen entre abusadores y no abusadores. Ahora tenemos un conjunto de pruebas considerables que presentan tales factores. Por ejemplo, el agresor sexual tiende a mostrar bajos niveles de empatía hacia sus víctimas, y niveles relativamente altos de distorsiones cognitivas en lo que respecta a los niños y a las mujeres (Abel, Becker, y Cunningham-Rathner, 1984; Stermac y Segal, 1989; Morrison, Erooga, y Beckett, 1994). También hay indicios que señalan déficits de: habilidades sociales y cognitivas, soledad emocional, altos niveles de excitación y fantasía sexual desviada (ej. Marshall y Barbaree, 1991).

La intervención cognitiva-conductual en grupo se ocupa del comportamiento sexual desviado intentando modificar los pensamientos y talentos que creemos responsables del mantenimiento de dicho comportamiento. Los modelos terapéuticos centrados en el cliente no se consideran apropiados para el tratamiento del agresor sexual, pues estos individuos aprovechan cualquier oportunidad para minimizar y distorsionar su conductual. Los pensamientos y comportamientos distorsionados se enfrentan y gran parte del trabajo (especialmente en las primeras fases) es de confrontación, aunque no de manera agresiva. Típicamente los objetivos de los programas son: proveer instrucción en las habilidades sociales e interpersonales; reducir las distorsiones cognitivas y la excitación sexual desviada; aumentar los niveles de empatía hacia las víctimas; proporcionar un dominio adecuado de las habilidades sociales e interpersonales necesarias para desarrollar relaciones gratificantes con adultos; enseñar cómo evitar las recaídas. Este último objetivo es cada vez más esencial, debido a que las tasas de reincidencia persistente sugieren considerar la conducta sexual desviada como una auténtica adicción (Pithers, 1991).

La terapia de grupo es el método preferido. Aparte de las ventajas prácticas, hay varios elementos relacionados con la dinámica de grupo que sugieren que puede ser éste el método más efectivo a la hora de tratar al abusador sexual. Estos elementos incluyen: la facilitación de aprendizaje, aumentar la motivación a cambiar, el desarrollo de habilidades inter-

personales, reconocimiento de culpabilidad y responsabilidad (Clark y Erooga, 1994). Además, el trabajo con iguales en un ambiente de seguridad y apoyo (pero sin condescendencias), fomenta la franqueza.

En Gran Bretaña, los programas de tratamiento en la comunidad suele llevarlos el *Probation Service*. Los empleados (*probation officers*) de esta organización estatal son asistentes sociales que trabajan con los agresores que gozan de libertad condicional (en vez de estar en prisión o después de haber pasado por ella). La provisión de tratamiento, la pericia de los empleados, la duración de los programas, etc. puede variar mucho según la autoridad regional. No obstante, West Midlands (una extensa región situada en la planicie central de Inglaterra) tiene un servicio especializado con 6 empleados y un director. Éstos se ocupan exclusivamente de abusadores sexuales (la mayoría de niños). Aparte de llevar grupos de terapia, hacen recomendaciones para ayudar a los jueces a decidir si un individuo puede permanecer libre en la comunidad o debe ser encarcelado. También dan cursillos de introducción a otros empleados que trabajan con infractores y que pueden tener agresores sexuales en sus listas de casos.

Se considera que el programa es apropiado para un cliente si el cliente mismo demuestra por lo menos algo de motivación para cambiar, si no está negando su culpabilidad, y si sus delitos no merecen normalmente más de tres años de presidio. Para los individuos que todavía no han sido condenados se suele recomendar 3 años de libertad condicional con varias condiciones (incluyendo la de asistir al programa). Normalmente, también es importante que el cliente tenga capacidad mental para participar en el tratamiento. Pero este hecho no excluye los que tienen dificultades de aprendizaje (hay grupos especiales para trabajar con estos clientes), excepto en casos de enfermedades psiquiátricas o problemas de personalidad severos. En tales casos, los clientes se remiten a hospitales especializados.

El programa entero dura aproximadamente 200 horas, las cuales incluyen un período de valoración, pero no el tiempo que unos clientes asistan a un grupo de mantenimiento cuando el tratamiento en sí haya terminado. El período de valoración empieza con una semana de tratamiento intensivo que dura 25 horas seguido por 10 sesiones semanales de 2 horas y media. Aquí es cuando los encargados y los clientes se informan sobre los delitos y los ciclos de los miembros del grupo (que será de 8 a 12 individuos). Se utiliza este período también para introducir a los clientes en los objetivos del tratamiento, para establecer las reglas del grupo (lenguaje apropiado y no discriminatorio, etc.) y para que los encargados puedan decidir si un sujeto se beneficia del programa. El tratamiento empieza poco después del período de valoración y está dividido en 6 módulos, cada uno con una duración de unas 12 sesiones semanales de 2 horas y media. Los módulos son: ciclos, habilidades sociales y reafirmación personal, empatía para con las víctimas, sexualidad, fantasía, prevención de recaídas. Los módulos no son independientes del todo, y elementos de cada uno aparecen en todas las sesiones. En cualquier caso, los encargados utilizan un manual (escrito por ellos mismos) y se concentran principalmente en el contenido del módulo prescrito. El grupo de mantenimiento sigue el tratamiento y fue establecido para los clientes que quieren apoyo continuado (en particular con respecto a la prevención de recaídas). Es un encuentro mensual y menos formal donde los clientes hablan sobre los problemas o preocupaciones que hayan encontrado en el mes pasado y donde se pueden reafirmar los objetivos del tratamiento si es necesario.

Cada encargado generalmente trabaja con 3 ó 4 grupos. Las sesiones están conducidas por un mínimo de un miembro de este servicio especializado (normalmente son 2) con ayudantes de otras agencias e instituciones. Estos ayudantes pueden ser otros empleados (no especializados) encargados de los que están en libertad condicional, asistentes sociales, psi-

cólogos, o del NSPCC (una organización para la protección de menores). En la mayoría de los casos, estos ayudantes no están especializados en el tratamiento de acusados por delitos sexuales, sino que aprenden "sobre la marcha" (tras la experiencia de participar en el tratamiento). Empiezan por la observación de los grupos y gradualmente comienzan a participar supervisados por los encargados. Siempre que es posible cada grupo tiene por lo menos un hombre y una mujer suministrando la terapia y un observador no participante. La mayoría de las sesiones se graban en vídeo. La observación y la grabación del tratamiento está considerada imprescindible para el seguimiento de la dinámica del grupo (incluyendo la manipulación o abuso de los encargados por los clientes) y para controlar la participación de los clientes. Además de eso, los vídeos son útiles en la instrucción de nuevos empleados y ayudan a los encargados actuales a modificar y desarrollar sus propios estilos de intervención.

Los programas de tratamiento en la comunidad son un fenómeno relativamente reciente en Gran Bretaña, pero su número se ha incrementado enormemente durante los últimos 5 años. El hecho de que este trabajo esté todavía en sus albores significa que se está constantemente refinando y desarrollando el tratamiento. La experiencia de los programas bien establecidos en Norteamérica nos han dado una base desde la cual podemos trabajar, y existen estudios que demuestran que el tratamiento cognitivo-conductual con el abusador sexual de menores puede ser efectivo a la hora de reducir la reincidencia (Beckett *et al.*, 1994; Marshall, Jones, y Ward, 1991; Thornton, 1992). No obstante, hay que tener en cuenta que cualquier programa de intervención tiene que ser evaluado. Se necesitan más estudios evaluativos para confirmar el impacto del tratamiento de este tipo en la reincidencia. Preferentemente la evaluación debería de ser realizada por investigadores que no estén directamente implicados en el diseño e implementación del programa. Así, no solamente podemos comprobar la teoría sobre la que se basa el tratamiento cognitivo-conductual con abusadores sexuales, sino que asimismo podemos diseñar programas, cursos profesionales, y manuales de ámbito nacional.

Finalmente, debemos recordar que el tratamiento no tiene lugar en un vacío. La mayoría de estos hombres tienen otras obligaciones que cumplir. No se permite a los acusados de cometer abusos deshonestos a menores ningún tipo de contacto no supervisado con niños, y mientras se someten al programa de trabajo normalmente viven en una residencia dedicada especialmente a los que están en libertad condicional, o solos, o en una casa sin niños. Sus propios encargados (no especializados) les ven cada semana y, particularmente en casos de abuso intrafamiliar, los Servicios Sociales o el NSPCC trabajan con la pareja, con los hermanos de la víctima y con la víctima. La cooperación de todas las agencias implicadas es esencial y siempre que sea posible todos los interesados deberían estar al tanto del tratamiento del cliente y su progreso. Sin esta cooperación y consciencia se podrían debilitar los efectos positivos del tratamiento, y a la larga se podría impedir la protección de los niños -o bien porque los servicios sociales no reconocen los cambios en el cliente o porque asumen que una vez el cliente ha atendido un programa ya no presenta ningún riesgo de recaída. Pero con esta cooperación y consciencia podemos dar un servicio integrado y adecuado que ayuda a los que más lo necesitan.

BIBLIOGRAFÍA

- ABEL, G.G.; BECKER, J.V.; CUNNINGHAM-RATHER, J. Complications, consent and cognitions in sex between children and adults. *International Journal of Law and Psychiatry* 1984, p. 89-103.

- BARKER, M.; Morgan, R. *Sex offenders: a framework for the evaluation of community-based treatment*. London: Home Office Library, 1993.
- BECKETT, R., et al. *Community-based treatment for sex offenders: an evaluation of seven treatment programmes*. London: Home Office Library, 1994.
- CLARK, T.; EROOGA, M. Groupwork with men who sexually abuse children. En: Morrison, T.; Erooga, M.; Beckett, R.C. editores. *Sexual offending against children*. Routledge, 1994.
- FINKELHOR, D. *A sourcebook on child sexual abuse*. London: Sage, 1986.
- MARSHALL, W.L., et al. Treatment outcome with sex offenders. *Clinical Psychology Review* 1991, nº 11, p. 465-85.
- MORRISON, T.; EROOGA, M.; BECKETT, editores. *Sexual offending against children*. Routledge, 1994.
- PITHERS, W.D. Relapse prevention with sexual aggressors: a method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. En: Marshall, W.L.; Laws, D.R.; Barbaree, H.E., editores. *Handbook of sexual assault: issues, theories, and treatment of the offender*. London: Plenum Press, 1991.
- STERMAC, L.E.; SEGAL, Z.V. Adult sexual contact with children: an examination of cognitive factors. *Behaviour Therapy* 1989, nº 20, p. 573-84.
- THORNTON, D. Long-term outcome of sex offender treatment. *Third European Conference on Psychology and Law*. 1992, Oxford.

EL CUESTIONARIO E-10: UN INSTRUMENTO PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO SOCIAL

Equipo del Programa de Apoyo Escolar para la Protección de la Infancia
Consejería de Educación, Comunidad de Madrid

JUSTIFICACIÓN: El derecho de los niños a la protección.

Todos los niños/as tienen derecho a ser protegidos de la crueldad, negligencia o explotación (principio noveno de la Organización de Naciones Unidas, 1959), para que puedan desarrollarse de forma saludable y normal, tanto física como mental y socialmente sus condiciones de libertad y dignidad (principio dos).

La mayoría de los niños/as encuentran en el contexto que les rodea la protección que necesitan para desarrollarse adecuadamente para aproximarse al mundo con confianza, afrontan las dificultades con eficacia adquiriendo una visión positiva de sí mismos y de los demás. Cuando el aprendizaje del niño/a en su contexto le hace que desarrolle una visión negativa del mundo y de sí mismo, le provoca unos problemas que suelen obstaculizar el resto de las relaciones que el/la niño/a establece a partir de las cuales las dificultades iniciales van en aumento hasta provocar graves inadaptaciones en la vida adulta.

El **objetivo** de este trabajo es dar a conocer el instrumento que permite detectar a estos niños/as que se encuentran en situación de riesgo social, con el fin de poder intervenir lo antes posible para favorecer la superación de los problemas detectados o evitar su empeoramiento.

DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE NIÑOS/AS EN SITUACIÓN DE RIESGO SOCIAL

El cuestionario tiene como objetivo detectar, a través de la observación del profesor a aquellos niños/as y adolescentes entre 6 y 16 años que se encuentran en una situación de riesgo social.

Esta compuesto por 80 afirmaciones que describen conductas observables para el profesor así como aspectos del entorno familiar de los alumnos, teniendo el profesor una amplitud de respuesta entre 0 y 6, siendo el cero si no corresponde en absoluto con la observación que el profesor hace de esa afirmación y 6 cuando esa conducta observada se corresponde totalmente con la de ese alumno/a.

Dimensionalidad

En la primera fase de estudio de validación se determinó la dimensionalidad de la escala, es decir, el número de dimensiones diferenciales y consistentes que mide, con objeto de establecer la validez de constructo y poder diferenciar diversas subescalas con puntuaciones separadas.

Se realizaron análisis con diversos programas sobre un total de 1512 sujetos. A partir

de la matriz de correlaciones obtenidas entre los 80 elementos definitivos se llevó a cabo un Análisis de Factores Principales, sobre la matriz factorial se aplicó una rotación varimax, de tipo ortogonal (que mantiene los factores incorrelacionados), para facilitar la interpretación de las dimensiones.

El cuestionario para la detección de niños en situación de riesgo social permite, por tanto, diferenciar claramente cuatro dimensiones:

- 1.- Maltrato activo.
- 2.- Abandono.
- 3.- Problemas emocionales de internalización.
- 4.- Conductas antisociales.

Las dos primeras reflejan situaciones familiares de riesgo que cabe identificar como maltrato activo y negligencia mientras de los otros dos incluyen problemas de conducta del niño similares a los identificados como internalización y externalización.

En la primera dimensión definida como **maltrato activo**, se pueden destacar los siguientes problemas: abuso sexual, explotación del niño/a, indicadores que reflejan un grave deterioro de la relación de los padres con el niño/a (asociados a abuso físico y emocional), manifestaciones conductuales inexistentes o de escasa frecuencia en otros niños, negligencia médica, condiciones familiares de riesgo (de maltrato activo y de maltrato en general).

En la dimensión definida como **negligencia** se agrupan tres tipos de problemas relacionados entre sí: abandono físico, abandono emocional y/o educativo y dificultades de aprendizaje y de comunicación.

En cuanto a los **problemas de internalización** hacen referencia a problemas emocionales que provocan una tendencia a la internalización del conflicto y al retraimiento.

Por último la dimensión de **conducta antisocial** recoge: los comportamientos de agresividad y antisociales, conductas autodestructivas, inestabilidad y demanda de atención negativa, riesgos perceptivos y emocionales que conducen a la violencia y rechazo de los compañeros.

Finalidad

El profesorado se encuentra en una posición privilegiada para detectar algunos de los problemas que suelen manifestar los escolares. La elaboración de este instrumento pretende:

- 1.- Recoger sistemáticamente las observaciones del profesor con el fin de poder realizar un trabajo preventivo.
- 2.- Interpretar estas observaciones teniendo en cuenta el conocimiento que sobre este tema se tiene en la actualidad y las características normativas en la población.
- 3.- Realizar una información que facilite la intervención sobre los problemas que presenta el niño/a y prevenir mayores consecuencias.

PROGRAMA DE FORMACIÓN DEL VOLUNTARIADO SOCIAL PARA LA INFANCIA

Reyes Pinna García, Maite Romero Gudino

Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato Infantil (ADIMA)

INTRODUCCIÓN

La Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato (ADIMA), organización privada no gubernamental (ONG) sin fines de lucro, tiene como objetivo primordial la promoción, atención y buen trato a la infancia, en la línea de lo suscrito en la Convención Internacional de los Derechos del Niño y la Niña.

Con motivo del desarrollo y aplicación del Decreto 45/1993, del 20 de abril de la Consejería de Asuntos Sociales, por el que se regula el voluntariado social a través de entidades colaboradoras, la Asociación pone en marcha, en diciembre de 1993, el Programa de Formación de Voluntariado Social para la Atención a la Infancia, cuya finalidad queda definida como la de *“organizar, formar y poner a disposición de la administración y otras asociaciones de atención a la infancia, un personal voluntario social que pueda atender las demandas en la población infantil de riesgo y necesitada de cuidados especiales”*.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

Se plantea la formación y organización de equipos de voluntarios, especialmente formados para complementar y cubrir tareas de ocio, apoyo escolar, compañía, habilidades sociales, juegos, etc., en diversas entidades que así lo demanden (centros de puericultura, asistenciales, hospitales, educativos, y de protección a la infancia).

Objetivos

- Generales:
 - . Beneficiar a la infancia en riesgo.
 - . Cubrir demandas de instituciones, asociaciones o entidades que lleven tareas de protección y ayuda a la infancia en riesgo.
 - . Fomento del voluntariado social.
- Específicos:
 - . Captación, formación, organización y supervisión de los grupos de apoyo (voluntariado).
 - . Apoyo a programas en marcha.
 - . Creación de un listado de entidades que en Sevilla y alrededores trabajan con la infancia, sus actividades y necesidades.

Ámbito

Sevilla capital y periferia.

Destinatarios

- Pisos, hogares, centros públicos y privados, asociaciones, hospitales, colectivos varios.
- Familiares de los menores.

Descripción de las actividades

- Programas de actividades lúdicas, de apoyo escolar y de animación sociocultural.
- Programas de estimulación específica y didácticos.
- Programas de adquisición de habilidades sociales y de uso de tiempo libre de adolescentes, etc.
- Colaboración con asociaciones y parroquias con programas específicos con los niños, minorías étnicas, etc.

Metodología

- Captación y formación del voluntariado en ADIMA a través de un curso específico.
- Evaluación de las peticiones de los distintos centros y entidades.
- Selección y asignación de las tareas a los voluntarios.
- Supervisión temporal del grupo.

Resultados

- Contribución al desarrollo del bienestar en la infancia en determinados colectivos.
- Consolidación de las actividades del voluntariado en infancia.
- Realización de un censo de entidades y organizaciones relacionadas con la infancia, sus actividades y necesidades.

Criterios de evaluación

- Análisis de las aspiraciones y expectativas de los voluntarios.
- Demandas concretas de las instituciones y entidades.
- Nivel de satisfacción del voluntariado.
- Nivel de satisfacción de las instituciones y usuarios del programa.

CENTROS ATENDIDOS

1. Hospital de Valme.

2. Hospital Universitario Virgen Macarena.
3. Servicio de Atención al Menor (S.A.M.), zona 3000 Viviendas del Sector Sur de Sevilla.
4. Confederación Andaluza de Minusválidos Físicos (C.A.M.F.).
5. Hogar "San José de la Montaña".
6. Guardería "La Sonrisa de un Niño".
7. Colegio Aljalema. Etapa Primaria.
8. Asociación Nuevo Futuro.
9. Asentamiento gitano de San Diego.
10. Área de Infancia del Departamento de Asuntos Sociales de la Diputación de Sevilla.
11. Instituto Psicopediátrico.

**COMUNICACIONES
ORALES Y POSTERS**

VALORACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO/RASGO EN NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS

María José Aguilar, G. Galdo, A. Muñoz, A. Molina, E. Vallejo, C.J. Ruiz, A. Valenzuela
Hospital Universitario, Granada

INTRODUCCIÓN

Entre los rasgos psicológicos del niño institucionalizado se define la existencia de un estado de ansiedad permanente que puede incluso ser el primer elemento que participe en el desarrollo de las consecuencias ofrecidas por estos niños. En la presente aportación evaluamos el grado de ansiedad que presentan los pequeños institucionalizados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudian 28 niños divididos en dos grupos: un grupo A (n=14), consistente en un centro de acogida diseñado sobre la existencia de un modelo de madre, y un grupo B (n=14) en el que no existe ninguna concepción familiar, se trata de una macroinstitución, ambos pertenecientes a dos instituciones de acogida, y todos ellos llevan más de cinco años y presentan los mismos antecedentes familiares de prostitución, delincuencia, cárcel, hacinamiento y marginación social.

A todos se les aplica un cuestionario que tiene como antecedentes al test STAIC, el cual está formado por dos escalas independientes de autoevaluación para medir dos aspectos diferenciados: la ansiedad-estado (A-E) y la ansiedad-rasgo (A-R). La medida A-E intenta apreciar estados transitorios de ansiedad, mientras que la A-R intenta evaluar diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad, es decir, diferencias entre los niños en su tendencia a mostrar estados de ansiedad. Las elevaciones del índice de A-E se manifiestan normalmente en niños expuestos a situaciones de tensión o frustración.

Para el análisis de los datos se emplearon tests no paramétricos (Test Exacto de Fisher, Wilcoxon y Chi-Cuadrado).

RESULTADOS

(S.R. A1: E-A=394/R-A=403) (S.R. B1=E-A=710/4-A=555) (Z:E-A=8.03/R-A=8.42) p: E-A ($p<0.001$). Las diferencias entre los grupos son muy significativas ($p<0.001$).

CONCLUSIÓN

Una correcta conclusión de los datos obtenidos permite afirmar que la ausencia de una noción o concepto familiar (modelo de acogida B) se va a traducir, no solamente en un mayor grado de ansiedad, situación que puede ser más o menos transitoria, sino que además se va a originar un estado de ansiedad de mayor significación para la normal armonía y desarrollo del niño.

VALORACIÓN DEL COMPORTAMIENTO OBSERVADO EN EL NIÑO INSTITUCIONALIZADO. CARENCIA AFECTIVA Y DESFASE INSTRUCTIVO

M.J. Aguilar, G. Galdo, A. Molina, A. Muñoz, C.J. Ruíz, A. Valenzuela, E. Vallejo
Hospital Universitario, Granada

Para cumplir los objetivos propuestos pensamos que sería importante valorar el comportamiento observado en los niños estudiados. Ha sido difícil encontrar un modelo teórico adaptable a las características de la situación analizada, para lo cual, ha sido necesario diseñar un test de evaluación, basado en parte en fundamentos teóricos, y en parte en la propia experiencia del grupo en el seno de la institución. Los ítems valorados fueron: actitud personal, desarrollo personal, comportamiento, afectividad, agresividad, autoestima, normas y convivencia social, coeducación, regulación del tiempo y el espacio y disciplina.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudia un grupo de 106 niños (64 varones y 42 hembras), en edades comprendidas entre dos y catorce años, valorados entre septiembre de 1990 y diciembre de 1993 (excepto el grupo B-86). Existen diferencias significativas en los dos centros estudiados: uno es un centro de acogida familiar con modelo de "madre", mientras que el otro se ajusta a un modelo de acogida tradicional.

RESULTADOS

Aptitud personal: aparecen desfavorecidos los miembros del grupo B2 con diferencias muy significativas.

Desarrollo personal: igualmente, el modelo de acogida de tipo B presenta diferencias desfavorables.

Comportamiento observado: sólo ofreció diferencias desfavorables el modelo de acogida tipo B ($p < 0.05$).

Autoestima: existen diferencias favorables al modelo A de acogida ($p < 0.005$).

Normas de convivencia: el modelo A ofrece una clara ventaja frente al B ($p < 0.001$).

Coeducación: los niños del modelo A presentan una mayor facilidad para jugar en conjunto ($p < 0.0001$) y para realizar cualquier actividad en equipo ($p < 0.0001$).

Regulación del tiempo y del espacio: existe una mayor adecuación en los tiempos de ocio y juego en los niños del modelo A ($p < 0.005$).

Disciplina: los niños del modelo B son más exigentes en el tema de la puntualidad, pero cuidan menos el material instructivo que los del grupo A. Sin embargo, las sanciones son más importantes y rigurosas en el grupo B de acogida ($p < 0.001$).

CONCLUSIÓN

La observación del comportamiento de los grupos observados en el análisis de cada uno de los cuatro items desarrollados sólo ofreció diferencias en cuanto a la elevación del tono de voz, en el caso desfavorable del modelo de acogida del tipo B.

LAS RESIDENCIAS INFANTILES TERRITORIALIZADAS: UNA APUESTA POR UNA ATENCIÓN DE CALIDAD

Clara Aldeamiz, Julián Flores, Isabel Martínez, Miguel Melendro Estefanía,
Gregorio Niño Vivo, Silvia Perdomo, M^a Paz Robles, José Javier Rodríguez Zarza
Instituto Madrileño de Atención a la Infancia

Desde finales de 1988 hasta el presente año, se han ido implantando en la Comunidad de Madrid una serie de residencias infantiles territorializadas. Estas residencias -seis actualmente- se encuentran ubicadas en varios municipios de la periferia metropolitana de Madrid: Getafe, Fuenlabrada, Alcorcón y Parla.

En 1994 se constituyó un grupo de trabajo que se ha venido reuniendo periódicamente desde entonces para perfilar el diseño y evaluar el funcionamiento de este tipo de centros. En concreto los temas abordados han sido:

- Características de la población atendida.
- Proyectos educativos.
- Modelo de residencia.
- Planificación conjunta de intervenciones entre la residencia y los servicios sociales.
- Ubicación en la red de recursos residenciales de la Comunidad de Madrid.
- Sistema de evaluación.

Todas estas residencias, aunque diferenciadas en el modelo de gestión, reúnen una serie de características comunes:

- Población infantil: edades comprendidas entre los 4 y los 18 años, número de residentes que oscila entre diez y veinte, población de ambos sexos.
- Grupos familiares disfuncionales y con problemática de desamparo infantil, con un pronóstico de evolución positiva a medio plazo.
- Ubicación en la zona de procedencia de los niños y adolescentes que residen en ellas, manteniendo y fomentando la relación con su entorno social.

Los objetivos comunes a este tipo de residencias son:

- Planificar y realizar intervenciones conjuntas por parte de los distintos profesionales sobre la situación familiar, para lograr la reincorporación del niño a su grupo familiar y evitar la ruptura de los vínculos que mantiene con su entorno social.
- Ofrecer un marco estable y coherente para la socialización del niño durante su período de internamiento que le ayude a construir su identidad personal, le facilite el desarrollo de su sociabilidad y promueva su autonomía e incorporación social.

La metodología utilizada se base en los siguientes principios:

- El trabajo en equipo de los diferentes profesionales, como forma de garantizar la coherencia y objetividad del trabajo educativo.
- La atención individualizada a través de la función tutorial que se plasma en la realización de proyectos educativos individuales, que contemplan el trabajo con los niños y con sus familias, en colaboración con los servicios sociales y otros profesionales del medio.
- La participación de los niños/as en determinados aspectos de la gestión del centro a través de diversos sistemas: asamblea,... etc.
- El trabajo con grupos, con criterios de edad o de hermanos.

Tras estos años de experiencia, se han podido constatar una serie de resultados importantes, como son:

- El mantenimiento de los vínculos del niño/adolescente con su grupo familiar y su entorno social.
- La mayor facilidad y eficacia en el trabajo familiar.
- La reducción del tiempo de internamiento.
- La disminución de los efectos negativos que produce la institucionalización en el niño: ansiedad, inseguridad, sentimientos de pérdida y desarraigo, etc.

ESTUDIO TRANSVERSAL DE MENORES EN ALTO RIESGO SOCIAL

Marta Argilés, M^a Angeles Balsells, Montserrat Peiretó, Montserrat Piñol
Consell Comarcal de Pla D'Urgel

En agosto de 1990 se creó el EAIA supracomarcal de Lleida zona-Sud para que asumiera las siguientes funciones respecto a los menores en alto riesgo social y sus familias, de cinco comarcas catalanas:

- Estudio de los casos de menores para hacer una propuesta de medida alternativa a la familia o de contención en el medio.

- Seguimiento de aquellos casos en los que se propone atención del menor en su propia familia.

- Seguimiento de la familia biológica y de los menores bajo una medida de guarda o tutela administrativa. En estos casos, los menores pueden estar en acogimiento simple en una institución, en acogimiento en familia extensa o ajena, en acogimiento preadoptivo o con los padres biológicos.

Después de cinco años de trabajo en estas familias se pueden sacar las primeras conclusiones de un estudio transversal de las mismas.

OBJETIVOS GENERALES

- Analizar la incidencia de la intervención de servicios sociales especializados en infancia.

- Estudiar las diferencias entre los menores que estuvieron internados en una institución y los que estuvieron atendidos en la propia familia.

METODOLOGÍA

Todos los menores que han tenido expediente abierto y atención directa del EAIA Supracomarcal de Lleida zona-Sud, y que en la actualidad ya han cumplido la mayoría de edad, son objeto de este estudio.

Mediante una encuesta se recoge información de una serie de variables relevantes de esta población: antecedentes penales, situación legal actual, estudios, situación laboral, movimientos migratorios, características de la vivienda, situación sanitaria, intervención actual de los servicios sociales, hijos bajo medida administrativa y pareja estable, institucionalizada o no.

Con los resultados se hace un estudio descriptivo, un análisis comparativo entre los menores que estuvieron institucionalizados y los que no, y un análisis relacional de las variables.

RESULTADOS

Los primeros resultados indican que sí existen diferencias significativas entre los menores institucionalizados y los que no lo estuvieron, pudiendo estar claramente relacionado con el hecho de tener hijos institucionalizados. También se han encontrado relaciones con el nivel de estudios alcanzado y con la intervención actual de los servicios sociales.

LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS Y EL MALTRATO: UN ESTUDIO REALIZADO POR NIÑAS Y NIÑOS

Asociación adin; Universidad Autónoma de Madrid

El trabajo consta de dos partes. En una primera, 60 niños entre 8 y 15 años, miembros de la Asociación **adin** presentan los datos de 400 encuestas realizadas por ellos mismos a niños de sus mismas edades, que incluyen definiciones de maltrato y su opinión sobre situaciones relacionadas con el maltrato, el castigo y el respeto al niño. En la segunda parte se presenta un análisis psicogenético de este estudio comparándolo con datos de otros trabajos sobre concepciones acerca del maltrato, así como los resultados de una investigación más amplia sobre las ideas infantiles acerca de sus derechos, en la que estos niños de **adin** han participado en calidad de submuestra de sujetos "expertos" cuyo razonamiento se compara con el de otros 90 sujetos.

La Asociación Infantil **adin** se compone de más de sesenta niños y niñas entre ocho y quince años, que se reúnen en locales cedidos por los Ayuntamientos donde residen niños y niñas de la asociación, una o dos veces a la semana para hablar de los derechos de los niños y niñas, fundamentalmente basados en la Convención de Naciones Unidas del año 89.

La Asociación nace por expreso deseo de los niños y niñas, a raíz del programa *Conoce tus Derechos*, realizado en colegios públicos por la Asociación DNI (Defensa de Niños y Niñas Internacional).

Los niños y niñas de la Asociación han sido invitados entre otros, al I Congreso Mundial de Niños Trabajadores, en mayo de 1996 y a la Conferencia del Consejo de Europa, celebrada en Madrid en diciembre de 1994 y a la próxima a celebrar en Leipzig en abril de 1996.

DELEGADA DE ATENCIÓN A LA INFANCIA: UN NUEVO MODELO DE INTERVENCIÓN CON INFANCIA EN ALTO RIESGO SOCIAL

Manuel Barroso García, Mercedes Delgado Anguisola, Susanna Gayobart Marqués,
Ruth Martínez Montardit, Ascención Moreno González, Neus Tomás Sansilvestre,
Concepción Yuste Fernández
Ajuntament de L'Hospitalet

El/la Delegado/a de Atención a la Infancia es un recurso especializado de los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia (E.A.I.A.) creado como experiencia piloto por la Dirección General de Atención a la Infancia, de la Generalitat de Catalunya hace ahora tres años.

Este recurso se enmarca en la Ley sobre Medidas de Protección de Menores Desamparados y de la Adopción (37/1991), en la cual se recoge como posible medida a adoptar, la atención de los menores en alto riesgo social en su propia familia.

El D.A.I. trabaja con el menor en alto riesgo social en su propio habitat, evitando de esta forma la separación o, en otros casos en los que ésta ha sido inevitable, facilitando el retorno del chico/a al domicilio de forma más rápida y en mejores condiciones. El abordaje global de todo núcleo familiar es la característica más destacable y al mismo tiempo diferenciadora de cualquier otro recurso de la red, tanto en atención primaria como servicios especializados.

Al analizar la experiencia de D.A.I. realizada en el municipio de L'Hospitalet de Llobregat, valoramos que la medida D.A.I. es válida para la intervención con familias multiproblemáticas con menores en alto riesgo social.

PERFILES EDUCATIVOS PATERNOS EN LAS FAMILIAS DE ALTO RIESGO SOCIAL

M^a Ángeles Balsells Bailón
Universidad de Lleida

Según la actual legislación catalana, se considera que un menor se encuentra en una situación de alto riesgo social cuando su ambiente socio-familiar incide negativamente sobre su personalidad y cuando todos los déficits sociales que concurren hacen preveer la urgencia y desarrollo de conductas asociales (Decreto 338/1986 de regulación de la atención a la infancia y la adolescencia en alto riesgo social). Es decir, cualquier menor que se encuentre en situación de desamparo, que presente signos de maltrato físico o psíquico, de abusos sexuales o de explotación, o que padezca las consecuencias de una inadecuada guarda y custodia.

A partir del trabajo con estas familias y de la necesidad de prevenir este tipo de situaciones como objetivo fundamental en las intervenciones profesionales, surge la necesidad de estudiar cual es el perfil educativo de estos padres y ver si existen características comunes en el desarrollo de su función educadora, así como variables coincidentes entre ellos. Con esta finalidad se plantea un trabajo de investigación en el año 1993, cuyas características fundamentales son las siguientes:

OBJETIVOS GENERALES

- Analizar cual es el estilo educativo predominante en las familias de alto riesgo social.
- Descubrir si existe algún tipo de relación entre las dimensiones del estilo educativo y las características personales, educativas, familiares y sociales de los progenitores y/o de los niños.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada para hacer este trabajo de investigación es eminentemente cualitativa. Los datos se recogen a través de una entrevista que se pasa a los padres de menores en alto riesgo social de tres comarcas catalanas; este instrumento reúne características de una entrevista en profundidad y una entrevista de intervención, adaptándose a las características de la población a la que va dirigida. Los resultados se categorizan y se triangulan mediante investigadores y una ficha de observación.

RESULTADOS

Los primeros resultados indican que en estas familias se da una carencia de autoridad paterna bien formulada, así como una mínima atención a las necesidades de los hijos y una tendencia a la negligencia, caracterizada por la delegación de sus obligaciones, contradicciones en su ejercicio y explosiones de ira combinadas con un alto grado de permisividad.

LA TRANSMISIÓN IMPOSIBLE

Anne Cadoret

Centre National de la Recherche Scientifique, Francia

Quisiéramos enfocar una reflexión sobre el maltrato del niño desde una perspectiva antropológica de una construcción "imposible" del lazo de parentesco, y buscar las razones profundas del maltrato en la realidad de la familia.

En la construcción del lazo de filiación y en la transformación del niño en adulto, se tienen que desarrollar las diversas funciones parentales. Todos los padres -o figuras parentales- participan en la construcción de la identidad física, social, cultural, moral, ..., aun siendo cada uno de una forma específica; y el niño, por su existencia, prolonga una parte de sus padres; él le matricula en la diacronía, en el tiempo. El niño es objeto y sujeto de transmisión.

Se puede suponer que en los maltratados, hay algo de la transmisión que no se realiza. Es, entonces, importante saber quienes son las personas que desempeñan esos papeles y saber el sitio que se les deja o no se les deja en las configuraciones familiares.

APEGO INSEGURO Y RIESGO DE MALTRATO

M^a José Cantero, M^a Ángeles Cerezo Jiménez

Universidad de Valencia

El estudio de las consecuencias socioemocionales del niño maltratado sobre la relación padres-niño durante los dos primeros años de vida, ha puesto de manifiesto una relación significativa entre maltrato infantil y desarrollo de apego inseguro evaluado a partir de la Situación Extraña de Ainsworth (Crittenden, 1985, 1988; Lyons-Ruth y col, 1987). Asimismo, se ha hipotetizado que los diferentes tipos de maltrato: abuso y abandono se asociarán con diferentes patrones de inseguridad. Los niños abusados físicamente es más probable que desarrollen un patrón de apego inseguro del tipo huidizo (patrón tipo A), mientras que los niños abandonados lo desarrollen del tipo resistente/ambivalente (patrón tipo C): diferentes historias de interacción y cuidado reflejan diferentes relaciones de apego padres-hijo. Consistente con esta línea de investigación es evidente que niños no maltratados clasificados como inseguros han experimentado un cuidado e interacción materna menos consistente y sincrónico que el proporcionado por las madres de niños que desarrollan un apego seguro.

El presente trabajo tiene como objetivo estudiar las diferencias existentes en riesgo de maltrato y patrones de interacción materna entre 10 niños clasificados como seguros, 10 niños clasificados como inseguros huidizos y 10 niños clasificados como inseguros resistentes según la Situación Extraña de Ainsworth.

LA CREACIÓN DE UN MODELO ORGANIZATIVO DE TERAPIA DE FAMILIA Y DE RED EN ENTORNOS FAMILIARES DE RIESGO DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES

Serafín Carballo García, Olga Guerra Arabolaza, Carles Panadés Nigorra,
Vicens Roselló Morell, Consuelo Vañó Piedra
Consell Insular de Mallorca

El acercamiento a la realidad de los entornos familiares deficitarios, de abandono, negligentes o maltratantes que obturan, dificultan o comprometen el desarrollo integral de los niños con el objetivo de propiciar cambios y condiciones relacionales que favorezcan su crecimiento y maduración personal, ha obligado a revisar en profundidad los instrumentos y conceptos básicos de los distintos enfoques psicoterapéuticos. En nuestro país se ha planteado muy recientemente este problema, con considerable retraso respecto a otros países, como los anglosajones, en la medida en que estas familias de transacciones caóticas han sido un campo ajeno por completo a las preocupaciones y quehaceres de los psicoterapeutas.

Conceptos tales como: demanda, voluntariedad de la intervención terapéutica, cambio, objetivos y tiempo terapéutico, *setting*, neutralidad del terapeuta, confidencialidad, etc, han tenido que ser revisados con el fin de adaptarse a esta nueva realidad de la intervención terapéutica. Por otra parte esta adaptación se vuelve más compleja aún en la medida de que se hace patente en estos momentos la no asunción por el sistema sanitario, ámbito formal en el que se ofertan las prestaciones de salud mental y entre ellas la psicoterapia según el *Catálogo de Prestaciones Sanitarias de la Seguridad Social*, de los tratamientos terapéuticos con los entornos familiares antedichos. Ante este vacío y ante la implantación de políticas sociales favorecedoras del mantenimiento del niño en su medio de origen, los servicios sociales en distintos territorios del Estado han empezado a ofertar programas y servicios terapéuticos dirigidos a estas familias y que constituyen una novedad en nuestro medio. Se hace pues necesaria la inclusión en ellos de una clara dimensión evaluativa que permita determinar el acierto y el interés de esta apuesta, en el conjunto de la organización de servicios y recursos dirigidos a este colectivo de familias.

En este trabajo se plantean algunas reflexiones sobre estos problemas a partir de la experiencia de un Servicio de Intervención Terapéutica Familiar dependiente del Área de Acción Social y Sanidad del Consell Insular de Mallorca, que, a lo largo de siete años de funcionamiento y desde una orientación sistémica de terapia de familia, ha venido operando en estos entornos familiares de medio y alto riesgo para dar el desarrollo psicomadurativo de los niños. Se abordan algunas respuestas a los interrogantes planteados desde el modelo sistémico, la metodología empleada, sistema de evaluación, características sociodemográficas de la población usuaria y algunas estrategias terapéuticas.

LA RELEVANCIA DEL MALTRATO INFANTIL EN LA PRÁCTICA HOSPITALARIA

Esther Cardo Jalón, Hecate Díaz Ojeda

Great Ormond Street Hospital, The Wolfson Centre, Londres

Ilustración de dos casos de pacientes maltratados que se presentaron de forma inusual, uno como parálisis flácida aguda y el otro con hematemesis y colapso cardíaco. Ambos en el período neonatal. La exploración física no demostró ningún signo clínico sospechoso de malos tratos.

En el caso 1 (S.S.) se realizó una Resonancia Magnética Nuclear de la cabeza y médula espinal como parte de las investigaciones de urgencias, en la que se encontró una masa que protuía entre el espacio vertebral C2-C3. Los resultados de un completo *screening* neuro-metabólico, que incluía punción lumbar y diversos marcadores tumorales, fueron negativos. Finalmente se decidió realizar una biopsia de la masa. Preoperatoriamente se realizó una radiografía de tórax que demostró fracturas bilaterales costales y de las clavículas de distintas edades, lo que levantó la sospecha de malos tratos. Subsecuentemente se realizó una gammagrafía ósea con tecnecio que reveló fracturas múltiples en diversos estados.

En el caso 2, un exprematuro sin complicaciones mayores previas, desde el momento de alta de la unidad de lactantes es llevado a urgencias en numerosas ocasiones con dificultad en la alimentación y bronquiolitis aguda. El último ingreso desde urgencias fue motivado por un cuadro de hematemesis y colapso cardiovascular que requirió ventilación en cuidados intensivos. La laringoscopia demuestra laceración de tres centímetros de longitud y cinco milímetros de profundidad en la parte posterior de la faringe con sangrado reciente. Las radiografías del mapa esquelético demostraron numerosas fracturas costales anteriores y posteriores de diferentes edades.

El abuso físico debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de cualquier patología médica, incluso cuando no haya ningún signo físico que lo sugiera y sobretodo cuando la patología es inusual.

Sería deseable que se estableciera, una estrategia bien definida y protocolos estandarizados en el ámbito hospitalario para el manejo coherente de estos casos.

¿HACE FALTA UN PROTOCOLO UNIFICADO PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE MALOS TRATOS INFANTILES?

Montserrat Carmona, Jordi Barbosa Boy y Josepa Torres Font
Hospital de Sabadell

Es fácil observar hoy en día gran número de revistas que hablan sobre el maltrato infantil. Paradójicamente, casos aparentemente evidentes, como el que describiremos a continuación, pasan desapercibidos por diversos profesionales especializados en la materia.

Caso clínico

Quique es un niño de 7 años de edad que fue acompañado por su familia a urgencias del Hospital de Sabadell por presentar herida incisa en el dorso de la nariz que requirió sutura. En la exploración física se observaron hematomas múltiples en distinto estado evolutivo, además de quemaduras en fase resolutive en palmas de ambas manos. Exploración y pruebas complementarias anodinas.

Por la incongruencia en las explicaciones de los familiares, en cuanto al mecanismo lesional y por los distintos grados evolutivos que presentaban, se ingresó al niño, bajo sospecha de maltratos.

Contexto familiar

Quique tiene una hermana de 8 años; madre de 35 años ansiosa, padrastro intolerante y rígido que vive con la familia desde hace 1 año.

El padre biológico falleció de leucemia, cuando Quique contaba 2 años de edad. Tías maternas diagnosticadas de esquizofrenia y depresión. Abuela paterna fallecida por suicidio y materna por demencia senil.

Antecedentes patológicos

A los 5 años de edad presentó encopresis diaria y conducta de aislamiento junto con demanda de información sobre su padre, por lo que se remitió al psiquiatra de zona, quien atribuyó los trastornos de conducta a la carencia paterna. Fue tratado con terapia conductual, mejorando el cuadro. Al año de seguimiento muestra nuevamente negativismo en la escuela, coincidiendo con la aparición de la imagen sustitutiva paterna (compañero de la madre).

Evolución

Después de los procedimientos legales habituales ante un niño maltratado, se decide su

ingreso en un centro de acogida para esclarecer la situación familiar, pese a la negación de los hechos por parte de los familiares. El niño acepta de buen grado esta separación familiar.

Se discuten las intervenciones de los diferentes estamentos sociales y su interacción para el diagnóstico, puesto que en la escuela presentaba absentismo y hematomas con regularidad.

Consideramos la necesidad de un protocolo único entre los diferentes estamentos sociosanitarios y jurídicos para la detección precoz de los niños maltratados.

APEGO INSEGURO Y PREVENCIÓN DE ABUSO INFANTIL: ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DEL APEGO TIPO D

M^a Ángeles Cerezo Jiménez, M^a José Cantero
Universidad de Valencia

Numerosas investigaciones han puesto de manifiesto cómo los diferentes patrones de apego reflejan diferentes historias de interacción padres-hijos. El óptimo patrón de apego, el apego seguro, es promovido por una historia de sensibilidad e interacción atenta de los padres. La teoría del apego predice que las respuestas infantiles de apego ansioso se hallarán con más frecuencia entre aquellos niños cuyas relaciones no les proporcionen el confort y la seguridad necesaria (Isabella y Belsky, 1989; Goldberg, 1991).

Hasta la fecha, la literatura ha mostrado una relación significativa entre abuso infantil y apego inseguro medido, mediante la Situación Extraña de Ainsworth (Browne y Saquí, 1988; Crittenden, 1988). Los niños maltratados han mostrado, en comparación con los no maltratados, una mayor proporción de apego inseguro de acuerdo con los criterios tradicionales de clasificación. Estos resultados pueden ser usados en el diseño de estrategias preventivas. Sin embargo, los casos registrados de niños maltratados clasificados como seguros usando los criterios tradicionales de clasificación, plantean un importante problema metodológico sobre el que se ha centrado la investigación reciente. Esta investigación, que partió de estos "falsos negativos", ha propuesto un nuevo patrón de apego inseguro: el patrón desorganizado/desorientado, patrón tipo D (Main y Solomon, 1993). Numerosos estudios han encontrado un predominio de esta nueva categoría de apego inseguro entre los grupos de niños maltratados (Crittenden, 1985; Youngblade y Belsky, 1990). El progreso en esta línea de investigación es muy relevante desde el punto de vista preventivo, ya que si somos capaces de detectar interacciones disfuncionales madre-hijo que lleven al desarrollo de uno de los tres tipos de apego inseguro en población general, se podrán adoptar algunas estrategias para prevenir su desarrollo.

El objetivo de este trabajo es doble: primero, presentar una revisión de la literatura acerca de esta importante tema metodológico, el apego inseguro tipo D, y segundo, ilustrar el proceso de codificación de este patrón de apego en dos niños cuyas pautas conductuales fueron asociados con alto riesgo de abuso. Se discutirán las implicaciones derivadas de estos hallazgos en el diseño de estrategias de prevención en programas comunitarios.

PAUTAS INTERACTIVAS MADRE-HIJO EN FAMILIAS ABUSIVAS VERSUS NO ABUSIVAS. UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

M^a Ángeles Cerezo Jiménez, Ana D'Ocón Giménez, Laura Dolz Serra
Universidad de Valencia

En los últimos años, la investigación sobre el problema del abuso infantil, y más concretamente, el estudio del tipo de interacción que caracteriza a estas familias, ha ido cambiando desde aproximaciones más descriptivas hacia enfoques del problema que señalan la importancia de la naturaleza de la interacción. Este cambio se ha visto favorecido por la cada vez mayor inclusión de estudios que utilizan una metodología de observación directa de la interacción entre padres e hijos, tanto en el ambiente natural, es decir el hogar (Burgess y Conger, 1978; Reid Taplin y Loeber, 1981; Loeber, Felton y Reid, 1984; Lahey *et al.*, 1984; Bousha y Twentyman, 1984; Reid, Kavanagh y Baldwin, 1987; Wahler, Williams y Cerezo, 1990; Whipple y Webster-Stratton, 1991; D'Ocón, 1994; Cerezo y D'Ocón, 1995), como en ambientes estructurados (Giblin Starr y Agronow, 1984; Oldershaw y Walters, 1986; Browne y Saqi, 1988; Camras *et al.*, 1990).

En general, los padres abusivos tienden a interactuar en menor medida, siendo sus tasas de conducta aversiva superiores, a la vez que dan más instrucciones, siendo también menos positivas. Los niños víctimas de abuso se caracterizan por un mayor número de comportamientos disruptivos en el hogar, que pueden establecer la ocasión para un enfrentamiento violento entre padres e hijos. Este proceso, que Patterson (1982) describe en su *teoría de la coerción*, explica cómo se puede precipitar, en el contexto de interacción familiar, escaladas de violencia que pueden culminar con episodios de abuso físico.

El presente estudio tiene como objetivo el analizar el tipo de interacción de 24 díadas madre-hijo seleccionadas de un grupo de familias con clara evidencia de abuso físico hacia el menor. Se incluye también un grupo de 24 díadas no abusivas, que, como grupo de contraste, aportarán información acerca de los patrones de interacción que diferencian a los grupos abusivo y no abusivo. Para ello se han efectuado tres análisis discriminantes, uno utilizando como variables de predicción los comportamientos infantiles, el segundo, incluyendo en el análisis únicamente las distintas conductas de la madre hacia su hijo, para finalmente, en un tercer análisis, estudiar el tipo de interacción de la díada madre-hijo como predictor de la adscripción de los sujetos al grupo abusivo o no abusivo. Los resultados de estos análisis se comentan en relación a su aportación dentro de la investigación, prevención y tratamiento del abuso físico infantil.

PROBLEMAS INFANTILES EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR VÍCTIMAS DE ABUSO

M^a Ángeles Cerezo Jiménez, Laura Dolz Serra, Ana D'Ocón Giménez
Universidad de Valencia

El hecho de que los niños en edades escolares víctimas de malos tratos, desarrollen un funcionamiento comportamental problemático se ha constatado en diferentes estudios (para una revisión ver Cerezo, 1995).

Considerando el maltrato infantil como fruto de una interrelación paterno-filial desajustada o inapropiada (Ammerman, 1990; Belsky, 1980, 1993; Cerezo 1992; Cicchetti y Rizley, 1981; Wolfe, 1987), éste propiciará el desarrollo de alteraciones infantiles, al dificultar el logro de metas evolutivas.

La investigación al respecto señala que los problemas de conducta más frecuentes que se dan en los niños maltratados son: conductas de agresividad verbal y física, hostilidad, oposición, robos, mentiras y absentismo. En trabajos recientes, también se observa el desarrollo de problemas de conducta tanto externalizantes como internalizantes en estos niños, dándose en ocasiones una combinación de ambas.

Si la información acerca del comportamiento de los niños procede de los padres mediante escalas de problemas como la de Achenbach y Edelbrock (CBCL, *Child Behavior Checklist*, 1983), es común el que califique a sus hijos como problemáticos. En estudios anteriores se ha constatado lo anteriormente expuesto observándose claras diferencias entre las puntuaciones de niños maltratados y grupo de control (Cerezo 1992).

Nuestro trabajo tiene como objetivo el determinar la existencia de diferencias entre la puntuación en la Escala de Problemas Infantiles (CBCL), obtenida a través de los padres, entre un grupo de 25 niños víctimas de abuso y 25 niños tomados como grupo de control. Se efectuará un estudio comparativo tanto entre los dos factores (externalizante e internalizante), como en las escalas incluidas en cada uno de ellos.

PROYECTO AVET

Pilar Cervelló Collado, Ángeles Soriano Lloret
Diputación Provincial de Barcelona

El Proyecto Avet es un subproyecto de nuevas formas de intervención preventiva en familias de niños de 0 a 6 años. Se dirige a familias con dificultades en la relación materno-infantil. Es realizado por los Servicios Sociales y aplicado en el marco de la escuela.

Describiremos la experiencia realizada en la Escola Bressol Avet de Barcelona con un grupo de familias de niños de 0 a 1 año, asistentes a la escuela. Valorándose, en este caso, lo preventivo de la etapa y el posible riesgo futuro debido al gran número de familias monoparentales existentes en el grupo.

Objetivos

- Ofrecer un espacio de reflexión y aprendizaje a las familias.
- Producir cambios positivos en niños de 0 a 1 año.
- Prevención y contención en las situaciones de riesgo.

Metodología

- **Equipo:** se basó en la convicción del proyecto, en la confianza de la intervención y de la capacidad de las madres de progresar y compensar los posibles déficits. Se cuidó el acoplamiento entre todos los profesionales.

- **Usuarios:** familias de niños de 0 a 1 año.

- **Recogida de datos:** antes de la experiencia A, al finalizar y al cabo de 1 año.

- **Actividades:**

. Experiencia A: espacio de grupo. 8 sesiones de 1 hora semanal con 8 madres. El grupo fue conducido por un profesional en psicología dinámica. Función:

* Ayudó a las madres a pensar, reflexionar y analizar su función materna.

* Promovió en la escuela un cambio respecto a la función educativa.

* La escuela, respecto a la experiencia A, tuvo la función de sensibilización y apoyo.

. Experiencia B: educativa. Actividad realizada por la educadora y directora del centro. Realizada quincenalmente durante 2 cursos escolares. Función:

* Ofrecer un espacio formal educativo a las familias sobre el desarrollo de los niños.

Resultados

- **Respecto a las madres:** mejoró la relación con sus hijos, permitiendo la entrada real

y/o simbólica de la figura paterna. Cambios en su expresión, cuidado personal y en la relación con otras madres. Modificaron actitudes. Generaron recursos personales distintos a los que tenían.

- **Respecto a los niños:** comparamos la observación inicial a los 3 meses y al año: en todos los niños aparecieron cambios cualitativos en su conducta, en los síntomas que presentaban y en su expresión emocional.

FACTORES DE RIESGO DEL MALTRATO PSICOLÓGICO

M^a del Rosario Cortés Arboleda
Universidad de Granada

Los estudios realizados con niños que han sufrido diferentes tipos de maltrato han demostrado que los efectos de los malos tratos psicológicos son más nocivos que los de otros tipos de abusos (Erickson *et al.*, 1989; Wolfe, 1991; Cortés, 1994). Además, dentro de la categoría general de maltrato psicológico se han observado diferentes formas, distintas tanto por su naturaleza como por sus efectos, como se ha demostrado en recientes investigaciones (Cantón, 1995; Cortés, 1995). Resulta necesario, con vistas a la prevención, conocer los orígenes o antecedentes de las formas específicas de malos tratos psicológicos que se ha comprobado que tienen unos efectos tan nocivos para el desarrollo de los niños. Antecedentes que se han investigado son las variables de riesgo de los padres y del contexto familiar-social (Belsky, 1993).

El objetivo de nuestro estudio es investigar las variables de riesgo que están asociadas a los malos tratos psicológicos, variables relativas tanto a las características de los padres como al contexto familiar-social.

Los sujetos del estudio fueron 148 niños maltratados. Las variables predictoras fueron las características de los padres (deficiencia mental, trastornos psiquiátricos, adicción a drogas y/o alcohol, etc.) y del contexto familiar-social (conflictos matrimoniales, malos tratos a la esposa, divorcio o separación, aislamiento social, etc.). Las variables dependientes fueron las cuatro formas de malos tratos psicológicos: rechazo/degradación, aterrorizar, aislamiento y corrupción. La evaluación de las variables predictoras y dependientes se realizó mediante cuestionarios elaborados al efecto.

Los efectos específicos de las distintas variables predictoras sobre los malos tratos se determinaron mediante un Análisis de Regresión Múltiple.

Los resultados de nuestra investigación ponen de manifiesto la existencia de unas variables de riesgo parentales claramente asociadas a los malos tratos, como son los trastornos psiquiátricos o enfermedad mental (predice todas las formas de maltrato psicológico), la deficiencia mental (predice el aislamiento y la corrupción) y la adicción a drogas y/o alcohol (aterrorizar). Por lo que respecta al contexto familiar, son variables predictoras los malos tratos a la esposa (rechazo/degradación y aterrorizar), los conflictos matrimoniales (aislamiento), la muerte de un progenitor y la prostitución (aterrorizar) y el aislamiento de la familia de origen y el aislamiento de vecinos (corrupción).

LAS CONDUCTAS ADICTIVAS Y/O DELICTIVAS DE LOS PADRES Y SU INFLUENCIA EN CONDUCTAS SIMILARES EN ADOLESCENTES

Encarnación Cuenca Burgos, Filo Gómez Tevar

Juzgado de Menores de Murcia; Centro de Prevención y Atención de las Drogodependencias ACAD, Orihuela, Alicante

La familia puede ser considerada el primer grupo social en que un niño se desenvuelve. Es en la unidad familiar donde asimila principios fundamentales para su desenvolvimiento en sociedad como son el respeto a los demás, la comprensión de los sentimientos y necesidades del otro, el apoyo y confianza en los demás, etc. Por otro lado, la asimilación normativa tiene su base también en los estilos normativos y métodos punitivos empleados por los padres o cuidadores del niño

Si el entorno familiar se ve mediatizado por la presencia de conductas delictivas en los padres, todo el proceso de introyección normativa se verá influenciado. De igual manera, los patrones de consumo de drogas de los padres explican una parte muy importante de la prevalencia de consumo de los hijos.

Trataremos de analizar la importancia que tiene la presencia de dichas conductas en los padres, contemplando así mismo (aunque de modo somero) la adecuación/inadecuación de sus estilos normativos y métodos punitivos, para luego reflexionar sobre su influencia en conductas similares en el adolescente.

Con ello intentamos llamar la atención sobre otra forma de maltrato infantil que, partiendo del propio medio familiar, consistiría en el fomento de un desajuste evolutivo y social en el adolescente a través de la vivencia de conductas no adecuadas en los padres.

EL TRATAMIENTO JURÍDICO-PENAL DEL ADOLESCENTE CONSUMIDOR DE DROGAS: UNA SITUACIÓN REAL DE MATRATO

Encarnación Cuenca Burgos, Filo Gómez Tevar

Juzgado de Menores de Murcia; Centro de Prevención y Atención de las Drogodependencias ACAD, Orihuela, Alicante

Los últimos datos en cuanto a consumos problemáticos de drogas en jóvenes, evidencian al menos dos circunstancias a tener en cuenta: la disminución de la edad de inicio en el consumo y la modificación de los patrones de uso de las sustancias, asociándose cada vez más a estilos y formas de ocio favorecedoras de ese consumo.

Por otro lado, la adolescencia es la etapa evolutiva donde afloran una serie de comportamientos de experimentación, a veces tremendamente llamativos pero que en muchas ocasiones no llegan a consolidarse en la edad adulta.

Entendiendo como realidades cualitativamente distintas el uso abusivo de drogas y la adicción, ambas son susceptibles de ser valoradas como un elemento de vital importancia dentro del contexto personal del menor-joven infractor, así como de las circunstancias concretas de la infracción y por supuesto de las alternativas procesales a aplicar en cada caso.

El tratamiento que hasta el momento ha recibido esta problemática y la promulgación de la nueva Ley Penal Juvenil y del Menor, nos servirán de punto de partida para analizar los aspectos psico-evolutivos del uso y abuso de drogas que deberían tenerse en cuenta tanto en la legislación penal como en las actuaciones derivadas de ella.

DERECHO PENAL DE JÓVENES Y MENORES: ¿MALTRATO LEGAL?

Encarnación Cuenca Burgos, Filo Gómez Tevar

*Juzgado de Menores de Murcia; Centro de Prevención y Atención de las Drogodependencias ACAD,
Orihuela, Alicante*

Ante la promulgación de la nueva Ley Penal Juvenil y del Menor, se plantean una serie de cuestiones que habrían de tenerse en cuenta con el fin de preservar uno de los derechos fundamentales de todos los niños: su protección.

Al incluir a los jóvenes y menores infractores en un proceso penal "puro y duro" pasa a considerarseles imputables, responsables, culpables, olvidando con ello un aspecto fundamental: son seres en proceso de evolución y maduración. Este proceso penal, por tanto, si no contempla, en primer lugar, fines educativos, podría ciertamente trastornar su desarrollo madurativo al primar el castigo por encima de la educación.

La protección en la legislación penal de menores, pasaría por la adecuación de las medidas a adoptar a las características concretas de cada menor y por ende a sus necesidades reales, valorando ambas por encima del delito cometido.

Realizaremos una revisión de la legislación de menores en materia de reforma en nuestro país, con el fin de detectar las carencias educativas (y también los logros, si los hay) que dicha legislación presenta. Se tendrá en cuenta tanto el procedimiento en sí como las posibles medidas a adoptar con el menor-joven infractor, para finalizar con un estudio somero de los recursos con que habría de contrarse para que la ejecución de las medidas sea realmente eficaz (entendiendo esta eficacia en el sentido de que se pueda adoptar con cada menor aquella medida que realmente se adecúe a sus características y circunstancias personales).

Para terminar, se propondrán los rasgos fundamentales que consideramos debería incluir toda legislación de menores y jóvenes infractores para evitar, o al menos minimizar, el **maltrato legal**.

PATRONES DE INTERACCIÓN FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL: UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE CASOS DE ABUSO Y DE ABANDONO

Ana D'Ocón Giménez, Laura Dolz Serra, Gemma Pons Salvador
Universidad de Valencia

El maltrato infantil es, sin duda, la consecuencia más desafortunada de las interacciones familiares desadaptadas. Sin embargo, no constituye un fenómeno unitario, sino que tiene manifestaciones diversas; abuso físico, emocional, sexual o abandono, con sus características diferenciales. Una de las críticas a los trabajos sobre maltrato infantil es precisamente, la no diferenciación de las muestras en función del tipo; apareciendo mezclados, o bien reflejando solamente uno de los subtipos de maltrato mencionados. Son más numerosos los trabajos que comparan el tipo de interacción de familias con problemas de abuso, en general, con familias que se caracterizan por la negligencia o abandono de los progenitores, ofreciendo resultados, a menudo, contradictorios. Sin embargo, no es tan sencillo encontrar estudios que comparen las características de la interacción de los distintos subtipos de abuso.

El presente trabajo se plantea como primer objetivo el análisis de los patrones de interacción en el hogar de 20 díadas madre-hijo clasificadas en tres grupos: maltrato en general, niños con problemas de conducta donde no hay evidencia de malos tratos, y un grupo de comparación no clínico. En segundo lugar se analizarán de un modo pormenorizado los distintos subgrupos de maltrato que componen nuestro grupo: abuso físico, emocional y abandono. Las variables, medidas a través del sistema observacional SOC III (Cerezo *et al.*, 1986; Cerezo, 1991) se refieren tanto a las conductas infantiles, por un lado, y de la madre, por otro, como a la interacción entre ambos.

APROXIMACIÓN EPIDEMIOLOGICA AL MALTRATO INFANTIL DESDE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL

C. de la Rosa, C. de Manuel, P. Manrique, I. Leónzegui

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Servicio Andaluz de Salud, Cádiz

Presentamos los datos recogidos de las historias clínicas de nuestra Unidad desde su apertura en el año 1990 hasta diciembre de 1994.

Se analizaron las historias con un diagnóstico de *stress psicossocial* referido al Eje IV de la *Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales* y evaluados con la Escala de Niños y Adolescentes.

De un total de 918 historias, recogemos 51 niños que reúnen el diagnóstico referido.

La unidad atiende a niños de 0 a 16 años y asiste a una población del Área Sanitaria de Cádiz con población rural y urbana. Se aportan los datos referidos a los niños que cumplen el diagnóstico a través de: edad, sexo, clase social, situación actual, etc.

Pretendemos como objetivo dar a conocer estos datos para un mejor conocimiento de la población que asistimos desde las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y poner en conocimiento la utilidad de la Escala para valoración del maltrato en la infancia.

LA COHERENCIA ENTRE SISTEMAS EN EL PROCESO DE ESTUDIOS Y DIAGNÓSTICO DE UN MENOR: COOPERACIÓN-COORDINACIÓN ENTRE EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL NIÑO Y EL CENTRO DE PRIMERA ACOGIDA DE MENORES ABRIL

Delegación Provincial de Trabajo y Asuntos Sociales de Cádiz; Centro de Primera Acogida de Menores Abril, Estación de San Roque, Cádiz

A partir de mayo de 1992 se establece un Convenio de Colaboración entre la Delegación Provincial de Asuntos Sociales en Cádiz y la Coordinadora para la Prevención de las Drogodependencias Abril, naciendo el Centro de Primera Acogida de Menores Abril.

Con el paso de los años, el Centro Abril ha pasado a convertirse no sólo en un recurso de atención a niños en dificultad social, sino también en una alternativa terapéutica para familias en crisis.

Desde el momento en que se produce el ingreso de un menor en el Centro, se establece una coordinación sistemática entre ambos equipos que continúa durante todo el proceso de estudio y diagnóstico del caso. Por un lado, el Departamento de Recepción de Casos del Servicio de Atención al Niño establece el necesario contexto de control con la familia del niño (generalmente la biológica), cuyas actuaciones, realizadas durante todo el proceso, llevan a asegurar la protección continuada del menor, por otro, el Equipo de Intervención Terapéutica del Centro Abril establece el contexto terapéutico con el menor y, generalmente, su familia de origen.

Ambas actuaciones se diseñan y coordinan en las reuniones periódicas que se mantienen entre ambos equipos. Así cuando el Centro Abril elabora su propuesta definitiva para el menor, ésta es aceptada, ya que no es más que el resultado final de la actuación coordinada de ambos equipos durante todo el proceso diagnóstico.

En los casos en los que, debido a la imposibilidad de retorno del menor con su familia de origen, se propone un acogimiento con una familia sustituta, se establece una coordinación sistemática entre el Departamento de Acogimiento Familiar y Adopción del S.A.N. y el Centro Abril antes, durante y después del proceso de acoplamiento del menor con su nueva familia. Esta coordinación se traduce principalmente en:

- **Información y asesoramiento** al Equipo Técnico del Departamento de Acogimiento por parte del Equipo Terapéutico del Centro Abril, de los aspectos más relevantes del diagnóstico educativo, psicológico y socio-familiar del caso.

- **Reflexión y elaboración conjunta** de las características que definen el perfil familiar concreto que más se adecua a las necesidades del menor. En función de este perfil y de las características psico-educativas del menor, el Departamento de Acogimiento llevará a cabo la selección y asignación de la familia.

- Ejecución, a cargo del Equipo Terapéutico del Centro Abril, del **proceso de integración** del menor con la familia acogedora (orientación familiar e individual, valoración de los encuentros de acoplamiento, etc.).

- **Aporte de información sistémica** por parte del Centro Abril al Departamento de

Acogimiento de los datos más relevantes de cada encuentro, así como de los resultados de las sesiones familiares mantenidas durante el acoplamiento.

- **Valoración conjunta** de todo el proceso de integración del menor con la familia acogedora y toma de decisión final.

OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MALOS TRATOS

Hecate Díaz Ojeda, Esther Jalón Cardo
Great Ormond Street Hospital, The Wolfson Centre, Londres

Ilustración de dos casos clínicos, que se presentaron por vez primera a la atención médica a la edad de 10 meses con fracturas de fémur. Ambos fueron diagnosticados de malos tratos y separados del ambiente familiar. Los dos casos fueron diagnosticados de Osteogénesis Imperfecta (OI) posteriormente. Sorprendentemente en el caso 1 fue necesario que el niño tuviera dos fracturas subsecuentes, una con los padres adoptivos y la segunda con los abuelos paternos, antes de que el diagnóstico de OI se estableciera firmemente. Es bastante alarmante que en los dos casos hubiera antecedentes familiares bien establecidos de OI en el momento del diagnóstico de malos tratos: en el primer caso existía un primo hermano que sufría de OI de tipo 3; el segundo caso era un claro ejemplo de OI hereditario, con un patrón autosómico dominante y esclera azulada.

Las consecuencias del diagnóstico erróneo fueron devastadoras en las dos familias. La madre del caso 2 tuvo dos intentos de suicidio después del incidente. Los padres del caso 1, de origen pakistaní y poco dominio del inglés, decidieron interrumpir voluntariamente dos embarazos ante el terror de poder ser acusados.

Deben evitarse a toda costa fallos o negligencias como éstas. Un diagnóstico equivocado en estos casos puede llevar a daños irreparables en la familia. Por ello, obtener una historia completa y una buena exploración clínica es de importancia primordial. La confrontación prematura de los padres con la posibilidad de malos tratos puede destruir la oportunidad de recoger una historia adecuada.

Cierto número de enfermedades del sistema óseo en la infancia pueden estar asociadas con fracturas de explicación cuanto menos dudosa. Entre ellas la OI es la más importante por ser la más común, porque el sistema óseo puede tener una apariencia radiológica normal, y porque pueden producirse hematomas espontáneos después de traumatismos mínimos.

Si queremos tener algún éxito en el manejo de los malos tratos es fundamental poner el énfasis en la prevención, manteniendo una actitud vigilante pero sin precipitar conclusiones.

PERCEPCIÓN DE COMPETENCIA PARENTAL Y POTENCIAL DE ABUSO COMO INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL EN LA PRIMERA INFANCIA

Laura Dolz Serra, M^a Soledad Alhambra, Luisa Ortega, Rosa Trenado
Universidad de Valencia

En los años 80, diferentes trabajos acerca de la paternidad (Milner 1980; 1993; Johnson y Mash, 1989; Cerezo *et al.*, 1995) han dado un énfasis especial a las cogniciones paternas en sus estudios

Los factores cognitivos que se asocian con el comportamiento abusivo (la infelicidad de los padres, la rigidez en la crianza, y la estres parental, etc.) tienen una especial relación con la percepción que los padres tienen de su eficacia ante la resolución de los problemas de crianza de sus hijos.

En este sentido será de gran interés progresar en los conocimientos de los indicadores de riesgo de las prácticas abusivas en las que pueden incurrir los padres dadas determinadas condiciones. El tema adquiere vital importancia en el ámbito de los bebés por su vulnerabilidad y la demanda que supone para los padres su cuidado.

En el ámbito de los autoinformes, el PSOC (*Parental Sense of Competence*, Gibaud-Wallston y Wandersman; 1978) y el CAP (*Child Abuse Potential*; Milner, 1980; 1986) representan dos instrumentos orientados a la evaluación de estas variables.

El propósito de este trabajo fue determinar la relación existente entre la percepción de competencia de los padres en sus facetas de satisfacción y de eficacia, y el potencial de abuso.

La muestra está formada por 100 madres con niños de 0 a 18 meses de varias poblaciones de la Comunidad Valenciana las cuales cumplimentaron los instrumentos anteriormente mencionados. Los resultados muestran relaciones en la línea de lo esperado, cuyas implicaciones son objeto de discusión en este trabajo.

LA COORDINACIÓN. UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN

Equipo del Programa de Apoyo Escolar para la Protección de la Infancia
Consejería de Educación, Comunidad de Madrid

Hablar de coordinación desde el ámbito de nuestro Programa de Apoyo Escolar para la Protección de la Infancia, nos remite a nuestra experiencia de trabajo en el campo escolar.

Desde el planteamiento de los derechos del niño/a a recibir una educación global, integral y de calidad, parece exigirse para su realización y consecución un trabajo cooperativo, interdisciplinar y coordinado.

Cualquier decisión desde la organización escolar que compete al derecho a la educación de los niños/as, surge de las interrelaciones organizativas y del trabajo en equipo y de ello depende el éxito en la consecución del desarrollo integral y armónico de los niños/as.

Los problemas actuales, en general desde todos los campos, y en especial el de la infancia son complejos y están constituidos por una serie de variables y de elementos sociales, económicos, etc., a los que la escuela por si sola no puede dar respuesta, por lo que deben ser abordados de forma conjunta con un enfoque multidisciplinar. Siendo los problemas que surgen multicasuales, la atención, la respuesta, la intervención tiene que ser integrada para contemplar esas múltiples variables.

La coordinación entre los equipos de atención a la infancia: educación, salud, servicios sociales, facilita el poder abordar la problemática desde la participación, cooperación e interdisciplinariedad.

Ya en 1979 (Año Internacional del Niño), el Comité de Ministros del Consejo de Europa dirige a los estados miembros algunas recomendaciones: una prevención e intervención eficaz, necesitan de una coordinación y cooperación total entre los servicios.

Últimamente éstas y otras recomendaciones al respecto, han sido plasmadas en la Ley de Garantía de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid (Ley 6/1995 de 28 de marzo), que recoge la creación de las coordinadoras de atención a la infancia como instrumento inexcusable de coordinación interadministrativa que propicie condiciones de mayor eficacia, evitando duplicidades en las actuaciones y procurando el mejor y mayor rendimiento de los recursos públicos invertidos.

El Programa de Apoyo Escolar para la Protección de la Infancia que el Ministerio de Educación y Ciencia y la Consejería de Educación suscriben en Convenio, lleva a cabo desde el año 1989 un trabajo en la Comunidad de Madrid en la línea apuntada.

El programa informa a los profesionales de la escuela sobre los aspectos relacionados con las situaciones de riesgo social de los niños/as, y como poder trabajar desde la escuela¹.

La colaboración de los profesores permite la identificación e información de las sospechas de los problemas que pueden tener determinados alumnos/as en el campo del desamparo².

¹ CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN. *Guía para la escuela: la protección de los niños/as en situación de riesgo social*. Madrid: Consejería de Educación, 1989.

² CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN. *Cuestionarios E-10: Programa de Apoyo Escolar para la Protección de la Infancia*. Madrid: Consejería de Educación.

El trabajo en el campo de prevención se inicia a través de la información y sensibilización a toda la comunidad educativa de cada uno de los centros escolares.

Para realizar una intervención eficaz debe producirse una coordinación entre los equipos de atención directa a la infancia en cada una de las zonas, y así poder continuar el proceso con los siguientes pasos:

- 1.- Identificación e informe de sospechas.
- 2.- Investigación de caso.
- 3.- Evaluación y planificación de la intervención.
- 4.- Desarrollo del plan de intervención individual.

Es pues clara la necesidad de la coordinación desde el campo de la escuela con el resto de servicios o agencias que tienen como objetivo la atención a la infancia. Por lo tanto, desde este Programa, hemos establecido una estrategia de trabajo consistente en mantener una coordinación con los servicios de atención a la infancia de un sector concreto, con la certeza de que el trabajo abordado en equipo y en el medio de los niños/as asegura una intervención más rápida sobre las causas que producen los desajustes y permite resolver los problemas sin añadir conflictos nuevos.

La metodología seguida por el Equipo de Apoyo Escolar para la Protección de la Infancia no es única, tiene diversos matices según las zonas, los recursos, las necesidades, el grado de implicación de las instituciones y personas.

Desde su inicio ha ido adecuándose y modificándose, tanto en sus funciones como en los aspectos organizativos; según el clima relacional, el desempeño de funciones y responsabilidades.

En la actualidad, las Comisiones de coordinación, mantienen un esquema de trabajo similar al que se presenta a continuación:

Esquema de trabajo de la Comisión de Coordinación

Escuela: a partir de las informaciones aportadas desde la escuela por el cuestionario E-10, el Equipo del Programa de Apoyo Escolar Para la Protección de la Infancia elabora un informe sobre los datos del cuestionario que se transmite a las Comisiones.

Comisión de Coordinación:

- Ampliación de la información por otros servicios (investigación si no se conoce el caso por parte de los servicios).
- Valoración interdisciplinaria del caso.
- Planificación de las intervenciones.
- Toma de decisiones sobre los servicios que deben realizar las intervenciones:
 - . Centradas en el niño.
 - . Centradas en el entorno familiar.
 - . Centradas en el medio social.
- Información en la escuela sobre la atención al niño y explicitación de su colaboración.
- Seguimiento del caso desde la Comisión:
 - . Ajuste de las actuaciones.
 - . Posible cambio en la intervención.

LOS MOMENTOS DEL INTERNAMIENTO: SU REPERCUSIÓN EN EL PROCESO DE DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS INSTITUCIONALIZADOS

Equipo Técnico Talita-Kum

Residencia Infanto-Juvenil Talita-Kum, Alcalá de Guadaíra, Sevilla

En esta comunicación se pretende resaltar dentro del proceso educativo en el que se enmarca la intervención con los niños/as institucionalizados y con medidas protectoras en la Residencia Talita-Kum, tres momentos diacrónicos en el tiempo y sincrónico desde la perspectiva de lo que se quiere conseguir: favorecer la adaptación del menor a la dinámica del Centro, con el fin de que acepte la oferta educativa que desde este contexto institucional se le brinda.

Desde el punto de vista de la práctica son tres momentos claves para el mejor conocimiento del menor, ajustar los objetivos en función de las necesidades del menor, reorientar la metodología y evaluar los resultados.

Los tres momentos son:

- La entrada.
- La adaptación a la dinámica institucional.
- El momento de la salida.

De cada uno de estos momentos, se hace una descripción formal que, como si fuese una fotografía, trate de ver al niño y su relación con ese momento.

Así por ejemplo, en la entrada, el niño o niña llega acompañado por un familiar o un funcionario, llora, se resiste a entrar o está abierto y es charlatán.

Cómo se encuentra el niño/a, qué necesita y cómo se organiza la institución en aspectos como distribución espacial, agrupamiento de los grupos, distribución horaria, roles del educador, ... Son los tres aspectos que se van analizando en los tres momentos del proceso de intervención.

Esta perspectiva temporal, no tendría sentido sino estuviera incardinado en un marco de referencia amplio de actuación, que es en este caso el Proyecto Educativo del Centro. A partir de este marco, trasciende toda la intervención con los niños/as. Por lo que a grandes rasgos, se analizará el Proyecto Educativo del Centro, en cuanto a su estructura, subproyectos que lo componen, principios que lo orientan, modelo educativo que lo constituye, instrumentos técnicos y modelo de evaluación.

El Proyecto Educativo del Centro, surge y tiene sentido también dentro de una retrospectiva histórica de la propia institución y se encuadra dentro de la legalidad vigente en materia de menores de protección, tanto nacionales como internacionales, planteándose como Proyecto Alternativo a la Institucionalización.

¿Por qué alternativo? Porque toda la intervención con el menor va orientada desde el primer momento a preparar a éstos para su salida, proponiendo y orientando en el menor tiempo posible a aquellas otras alternativas existentes que puedan garantizar con mayor rigor la normalización y proceso de socialización del niño/a.

Queda caracterizado el Proyecto Educativo por una orientación de la infancia que considera a los niños/as sujetos de derechos, en cuanto a que son personas. Los principios que

sustentan el Proyecto Educativo conforman a su vez el modelo de intervención, los objetivos y la metodología.

La consideración de los niños/as como protagonistas de sus vidas es el primer principio en que se sustenta la dinámica de vida cotidiana. Otros son el mantenimiento de un espíritu democrático, de convivencia, la igualdad entre los sexos, su articulación social y la individualización del tratamiento educativo, sustentado en un instrumento básico de trabajo: el Proyecto Educativo Individualizado. Este instrumento es importante y orientador del proceso educativo en que está inserto el menor. En él se va plasmando de forma interdisciplinar todas aquellas intervenciones que hay que abordar para favorecer el desarrollo evolutivo del niño/a.

Así pues, la entrada, la adaptación y la salida, son estratégicamente diseñados, como momentos virtualmente significativos en una intervención de ayuda, que dependiendo de unos y otros objetivos y actuaciones, llevará a la meta propuesta de que la institución sea un contexto educativo, dinámico y transitorio en la vida del niño o niña.

ANÁLISIS DE ADOPCIONES DE NIÑOS CON UNA HISTORIA PREVIA DE ABANDONO Y/O MALTRATO, DÉSDÉ LA EXPERIENCIA DE LOS ADOPTANTES

Patricia Ferrò Coll
Universitat de les Illes Balears

Los cambios que durante las últimas décadas han tenido lugar en el campo de la adopción, así como en el campo más amplio de la protección de menores, nos sitúan ante realidades socio-familiares y personales de complejidad reciente. Dos factores básicos han confluído en el aumento de la adopción de niños con necesidades especiales, y entre estos, de niños que fueron en el pasado víctimas de malos tratos y abandono: por una parte, factores sociales como el control de natalidad, el aborto, la mayor aceptación social y recursos para las madres solteras, etc., han provocado un descenso de los niños recién nacidos y sanos en disposición de ser adoptados, por otra, el aumento de la sensibilidad y preocupación por la infancia en riesgo a nivel nacional e internacional ha llevado a los profesionales a buscar nuevos recursos para los niños en esta situación, siendo un nuevo contexto familiar reestructurador una de las opciones mejor consideradas.

En la presente comunicación pretendo aportar algunas ideas, reflexiones y vivencias de un pequeño grupo de padres adoptivos que acogieron, y adoptaron posteriormente, a uno o varios niños con necesidades especiales, en concreto, niños que habían vivido una situación previa de abandono y/o malos tratos. La información fue recogida a partir de una entrevista personal con ambos padres de una media de 2 horas de duración, en el marco de una investigación más amplia sobre adopción llevada a cabo desde la Universidad de las Islas Baleares.

El objetivo principal de esta comunicación es el de compartir las observaciones e información recogida, así como las conclusiones provisionales que podemos extraer de éstas, con el fin de posibilitar la contrastación de estos resultados con muestras más grandes de padres que realizan adopciones de características similares. Ello nos permitiría obtener conocimientos de incalculable valor de cara a la mejora de estos procesos adoptivos, siempre en busca del mayor bienestar del menor, e indirectamente, de su nuevo entorno familiar.

EL APOYO SOCIAL COMO MODERADOR DE LA HISTORIA DE ABUSO FÍSICO INFANTIL EN LAS RELACIONES ADULTAS

Sarah C. Floyd

Universidad de Valencia

El abuso físico es la categoría de abuso infantil más frecuente; alrededor de 300.000 niños son víctimas de abuso físico cada año en los Estados Unidos (Ammerman y Hersen, 1992). El abuso físico tiene numerosos efectos negativos, tanto a corto como a largo plazo, tales como baja autoestima, depresión, desconfianza, conductas cada vez más agresivas y hostiles, baja calidad en las relaciones adultas, además de una cada vez más alta probabilidad de efectuar conductas abusivas (Kaufman, 1991; Milner, Robertson y Rogers, 1990; Cerezo y Frías, 1994; Cerezo y D'Ocón, 1995). Grist, Kowalski y Minor (1995) encontraron que el apoyo social modera los efectos del abuso, actuando como un amortiguador del estrés, reduciendo así el potencial de abuso e incrementando la calidad de las relaciones adultas. El estudio que se presenta es una replica parcial del trabajo de Grist, Kowalski y Minor (1995), y mide los efectos del apoyo social sobre la calidad de las relaciones adultas y el potencial de abuso en adultos con una historia de abuso físico en su infancia. 396 sujetos cumplieron el Cuestionario de Historia Infantil, *Childhood History Questionnaire* (CHQ), el Cuestionario de Apoyo Social *Social Support Questionnaire-Revised* (SSQ-6), el Test de Potencial de Abuso Infantil *Child Abuse Potential Inventory* (CAP), y el Test de Calidad de las Relaciones *Quality of Relationships Inventory* (QRI).

Los análisis de regresión múltiple efectuados mostraron efectos principales tanto en la variable apoyo social como en la variable historia de abuso para el potencial de abuso y para la calidad de la relación con la madre, el padre y el mejor amigo. Por ejemplo, los sujetos que presentaron una historia de abuso obtuvieron una puntuación más alta en el CAP que aquellos que no informaron de historia de abuso, y los sujetos con mayores niveles de apoyo social informaron de una relación más intensa con sus madres. Los análisis revelaron un efecto de interacción entre historia de abuso, apoyo social y calidad de las relaciones con los adultos, en la dirección de que aquellos sujetos con historia de abuso y bajo apoyo social informaron de un mayor conflicto con su mejor amigo que los sujetos con historia de abuso pero con alto apoyo social.

ANÁLISIS E INTERVENCIÓN EN EL PROCESO DE ADAPTACIÓN ENTRE EL NIÑO Y LA FAMILIA ACOGEDORA DURANTE EL PERÍODO DE ACOGIMIENTO FAMILIAR

**M^a Jesús Fuentes Rebollo, Antonia M. González Cuenca, M^a José Linero Zamorano,
Carmen Barajas Esteban, M^a Luisa de la Morena, Inmaculada Quintana García,
M^a Ángeles Goicoechea, M^a Dolores Díaz, Milagros Fernández Molina,
Montserrat Clos Fabuel**
Universidad de Málaga

La presente comunicación plantea el trabajo de investigación que se está llevando a cabo desde la Universidad de Málaga en colaboración con el Centro de Atención al Menor. El objetivo general de este trabajo consiste en analizar el proceso de adaptación que se produce durante el período de acogimiento familiar entre las familias acogedoras y los niños/as acogidos/as hasta que se produce la adopción definitiva. En concreto, se pretende identificar las ideas previas de los padres acogedores, evaluar las características del desarrollo infantil, analizar los conflictos más frecuentes durante el período de acogimiento y estudiar las posibles diferencias en el proceso de acogimiento de familias que tuvieron asesoramiento durante el período de acogimiento y las que no lo tuvieron.

A nivel de intervención, se pretende diseñar programas de formación para padres acogedores, preparar a las parejas y a los niños/as para favorecer el proceso de acogimiento familiar y elaborar una guía de asesoramiento a padres que recoja las principales estrategias para afrontar y resolver los conflictos más frecuentes que tienen con los hijos/as durante el período de acogimiento.

Los sujetos son niños y niñas de edades comprendidas entre los cuatro y catorce años que, habiéndose encontrado viviendo en centros de acogida, pasan a un régimen de acogimiento familiar; también forman parte de la muestra los padres acogedores. La muestra está compuesta aproximadamente por cuarenta niños de la provincia de Málaga y sus padres adoptivos. Además hay un grupo de control formado por 15 familias que ya han consolidado el acogimiento sin haber recibido el apoyo y seguimiento planteados en este trabajo.

Se trata de un estudio longitudinal en el cual se evalúan distintas dimensiones del desarrollo infantil, las concepciones de los padres adoptivos y las relaciones afectivas y sociales durante el proceso del acogimiento entre los padres y los niños desde el período anterior al acogimiento hasta que el acogimiento familiar se convierta en adopción.

INFLUENCIA DEL MALTRATO Y DEL STATUS SOCIOMÉTRICO SOBRE VARIABLES SOCIOAFECTIVAS AUTO-HETEROINFORMADAS

José Antonio Gallardo Cruz, Manuel Jiménez Hernández
Universidad de Málaga

En este trabajo se ponen en relación dos condiciones, maltrato y ser rechazado por los compañeros, consideradas de alto riesgo para presentar psicopatología, tanto en el presente como en el futuro. Se examina su efecto sobre variables autoinformadas (Asertividad, Locus de control, Pensamiento Alternativo e Inteligencia), sociométrico e informadas por los profesores (CBCL-TRF).

Se ha trabajado con 138 niños (67 chicos y 71 chicas), de 9 a 14 años de edad. De ellos, 60 han sido considerados como maltratados, según los expedientes de las instituciones de acogida, tras su confirmación mediante una entrevista; 34 han sido considerados como de violencia familiar, al tener constancia de que presenciaron malos tratos, pero ellos no fueron nunca objeto directo de los mismos; y 44 fueron considerados como niños no maltratados, al no existir constancia ni indicio alguno de la existencia de maltrato. Por otro lado, a través del sociométrico fueron obtenidos tres grupos: **preferidos** (n=56), **rechazados** (n=51) y **no clasificados** (n=31).

En la serie de análisis multivariados (Status X Maltrato) ninguna de las interacciones apareció significativa ($p < 0,05$). Los niños maltratados, seguido de los de violencia familiar, son los que presentan menor adaptación general, y más sintomatología depresiva y problemas de conducta, desde la perspectiva de los profesores; son los menos nominados por sus compañeros para trabajar; y se describen a sí mismos con una menor asertividad positiva con los compañeros y una elevada asertividad agresiva con los adultos.

Por último, un resultado especialmente significativo es que el maltrato no es el factor que más diferencias arroja entre los grupos ni el que mayor explicación aporta a las diferencias encontradas en las variables medidas. Por el contrario, es el status sociométrico el que más diferencias aporta: ser rechazado por los compañeros se presenta como un factor de mayor riesgo que el hecho de haber sido maltratado en el pasado.

PREPARACIÓN DEL NIÑO PARA SU INTEGRACIÓN EN UNA NUEVA FAMILIA Y PROCESO DE INTEGRACIÓN PROGRESIVO: DERECHOS DEL MENOR QUE VA A SER ACOGIDO

María Angel García Cardenas

Delegación Provincial de Trabajo y Asuntos Sociales, Cádiz

Cuando un menor en desamparo va a ser acogido por una familia nueva y desconocida para él, debido a la irrecuperabilidad de la problemática de su núcleo familiar de procedencia, ha de recibir la ayuda técnica necesaria para prepararse ante los nuevos cambios. Los técnicos responsables del menor hemos de entender que esta preparación ha de realizarse desde el respeto al menor y a sus derechos en cuanto a:

- Conocer y reconocer su propia historia.
- Modificar su mundo interior en función de los cambios externos.
- Tener sus propios tiempos de reacción, sin presiones.
- Recibir información clara y concisa sobre las decisiones que se toman respecto a él.
- Intervenir en el proyecto de su propio futuro.

El menor que va a ser acogido ha debido sufrir y superar su duelo ante la separación de los suyos, de lo contrario se sentirá encadenado afectivamente a su familia de origen y la creación de nuevos lazos filiales será dificultosa o imposible.

Establecer vínculos afectivos con personas desconocidas es un proceso que requiere:

- La predisposición positiva de todos los sujetos que intervienen en la relación.
- Tiempo para:
 - . Conocerse y darse a conocer.
 - . Aceptar y ser aceptado.
 - . Desarrollar emociones positivas respecto al otro.
 - . Acomodarse a los cambios externos (nueva situación relacional, nuevo espacio físico, ...).

Por todo ello, es preciso entender que un niño no puede identificar de manera automática a dos personas que acaba de conocer como padres. Además, cada niño posee un ritmo propio de vivenciación y elaboración de sus experiencias.

Por lo tanto el proceso de integración ha de ser progresivo, y ha de respetar el ritmo del niño y la superación de las fases de la integración. Debe ser programado en función del menor. Y han de realizarse evaluaciones continuadas tras los encuentros, las cuales nos indicarán la pertinencia o no de continuar con el proyecto previo.

CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y SOCIALES DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS POR PROBLEMA SOCIAL

M. García López, R. Corberá March, M. Sánchez Palomares, C. Abadía Rodríguez
Centro de Salud Salvador Allende, Valencia; Hospital de Sagunt; Hospital Infantil La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los términos “problema social” y “hospitalización social” se utilizan para designar el motivo de ingreso o diagnóstico al alta hospitalaria de una serie de niños con una problemática social compleja. Son términos inexactos que recogen como cajón de sastre a niños con gran diversidad de cuadros clínicos y con una variabilidad en las condiciones etiológicas que determinan la existencia de patología médico-social y/o situación de abandono y maltrato. Creemos por ello necesario conocer las características psicosociales en los niños que representan este diagnóstico al ingreso hospitalario.

METODOLOGÍA

Realizamos un estudio descriptivo-retrospectivo de los pacientes, en los que consta como diagnóstico al alta el término “problema social”, “hospitalización social”, o el código V61.2 de la ICD de la OMS.

RESULTADOS

Durante un período de cinco años, 84 pacientes presentan este diagnóstico, 48 niños y 36 niñas. La edad media es de 16,7 meses, con un predominio de lactantes, el 51% tiene 3 meses o menos.

Se detecta patología en los padres de los pacientes en 58 casos, destacando la presencia de etilismo (13), ETS (16), y retraso psíquico (10). En cuanto a los antecedentes fisiológicos, las gestaciones no fueron controladas (41,6%), nacieron con bajo peso al nacimiento (23,8%) y fueron prematuros (13%). El 52% de los niños tiene un peso inferior o igual al P₃ en el momento del ingreso.

En los niños hospitalizados se detectan diversas patologías: desnutrición y trastornos carenciales (24%), afecciones dermatológicas (8%), lesiones traumáticas o secuelas (3,5%), y trastornos del comportamiento por privación psicoafectiva (10,7%). Los cuadros clínicos referidos se asocian clásicamente como estigmas de maltrato.

En cuanto a la presencia de patologías crónicas, destacan las enfermedades neurológicas con déficits motores o intelectuales (15%).

CONCLUSIONES

Desde el terreno médico-social, es necesaria una intervención precoz. El reto para los

pediatras consiste en la detección pronta de las situaciones de riesgo, agilizando el trabajo conjunto con otros profesionales y niveles asistenciales. De este modo podríamos aminorar uno de los problemas más dolorosos de la pediatría social.

CARACTERÍSTICAS DE LA HOSPITALIZACIÓN POR PROBLEMA SOCIAL: UN RETO PARA LOS PEDIATRAS

M. García López, R. Corberá March, M. Sánchez Palomares, C. Abadía Rodríguez
Centro de Salud Salvador Allende, Valencia; Hospital de Sagunt; Hospital Infantil La Fe, Valencia

En el conocimiento de los niños sometidos a una situación de riesgo social es difícil precisar la frecuencia exacta, aunque sabemos que los hechos conocidos están muy por debajo de la realidad.

METODOLOGÍA

Realizamos un estudio retrospectivo clínico-descriptivo, analizando en cinco años los ingresos con los diagnósticos de hospitalización social, problema social, o el código V61.2 de la ICD de la OMS.

RESULTADOS

Encontramos 84 pacientes con este diagnóstico, 48 niños y 36 niñas. La edad media es de 16,7 meses, 51,1% tienen una edad igual o menor a 3 meses.

72,6% presentan reingreso hospitalario. En total se producen 275 ingresos, 213 de estos motivados por diversas patologías médicas, la estancia media en este caso es de 15,5 días. Las patologías más frecuentemente detectadas son desnutrición y trastornos carenciales (24%) y enfermedades neurológicas (15,4%). En 60 ocasiones el ingreso hospitalario de un progenitor, actuando el hospital infantil como residencia. En otros 8 casos el menor se encuentra en situación de desamparo legal, y, mientras jueces y servicios sociales aclaran su situación, permanece retenido en el hospital.

En 36 de los ingresos motivados por patología médica, el problema social prolonga la hospitalización con una demora alta de 19 días. Los responsables de la demora son los servicios sociales (7 ocasiones), las disposiciones judiciales (8), y el desinterés de las familias (21). Al analizar la evolución de los niños ingresados por problema social o la de aquellos en los que el alta hospitalaria se prolonga por este motivo, encontramos patología nosocomial en 23 ocasiones, con 9 casos de diarrea, 7 procesos respiratorios y 4 enfermedades exantemáticas entre otros.

CONCLUSIONES

Parece necesario que tanto desde el hospital como desde los servicios sociales y jurídicos, la intervención sea precoz, coordinada y conjunta entre los profesionales implicados para eliminar o reducir cualquier forma de maltrato institucional. Sería deseable la creación de equipamientos sociales alternativos que evitarían en muchos niños la hospitalización y los riesgos que de ella se derivan.

NO NOS ENGAÑEMOS

Montserrat García Martínez

Escuela Universitaria de Enfermería Verge de la Cinta, Tortosa

La pobreza y sus consecuencias son los denominadores comunes de muchos de los males que aquejan a la población del planeta. Sobretudo, a la población infantil que crece y diezma casi a la misma velocidad. Pero no nos engañemos, acostumbrados como estamos en nuestra sociedad "desarrollada" a ver de lejos el hambre, la enfermedad, la explotación y toda la serie de desgracias que acaecen a los niños del mal llamado "tercer mundo". Desafortunadamente, los niños pertenecientes a nuestra sociedad padecen además otras formas ocultas de daño a su integridad y de privación del derecho a crecer libres, sanos y protegidos. Y por ello, porque son ocultas, casi nunca se reconocen o es la sociedad misma la que la ve pasar y no reflexiona ante sus consecuencias.

Se efectúa una revisión de noticias aparecidas en la televisión y en la prensa diaria y que pasan semidesapercibidas ya que sólo el observador crítico puede detectar la manipulación de la infancia en su trasfondo.

El objetivo es hacer reflexionar sobre situaciones cotidianas que enseñan una sociedad que, a la larga, se convierte en depredadora de unos individuos que crecieron inmersos en el consumo, la competitividad o la inconsciencia de sus mayores.

En trazos generales se habla de la "formación" de genios, el entrenamiento deportivo para competición, los niños artistas, el consumo infantil de productos por el "premio" que dan, el aumento de ideas racistas entre los niños, la utilización de niños en campañas políticas y otras situaciones de manipulación con múltiples fines de la infancia.

Vivimos en una sociedad agresiva, nuestros hijos crecen en ella ¿a qué vienen tantos espavientos ante el comportamiento de nuestros niños, jóvenes y adultos?

LA TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DEL MALTRATO FÍSICO A TRAVÉS DE LOS MODELOS DE APEGO

Eva Gómez Pérez
Universidad de Cantabria

El objetivo que guía nuestro trabajo es analizar la situación en que se encuentra en la actualidad el tema de la transmisión del maltrato físico infantil a través de las generaciones.

A pesar de que durante bastante tiempo ha existido cierta polémica respecto al rol que juega una historia infantil caracterizada por los malos tratos físicos y el rechazo afectivo en las personas, actualmente parece existir cierto consenso respecto al hecho de que en un cierto número de casos los sujetos con una historia de malos tratos infantiles van a repetir el maltrato con sus hijos.

Los mecanismos a través de los cuales se produce la transmisión del maltrato físico infantil de una generación a otra han sido estudiados tanto desde la teoría del aprendizaje social como desde la teoría del apego. Será en esta última perspectiva en la que nos situemos para llevar a cabo el presente análisis y la investigación que se presenta.

Desde la teoría del apego se supone que la relación afectiva que en la infancia se establece con los cuidadores proporciona el prototipo de las relaciones afectivas en etapas posteriores a través de los modelos de apego. Los modelos de apego contienen una serie de representaciones mentales que los niños van formando y que incluyen tanto los recuerdos de la relación, el concepto de la figura de apego y de sí mismos y las expectativas sobre la propia relación. Estas representaciones mentales han sido denominadas por Bowlby "modelos internos de trabajo" (WM). Estos una vez consolidados ofrecen una fuerte resistencia al cambio, rechazando o reelaborando las interpretaciones que son contradictorias con el mismo. Los WM operan automáticamente en las relaciones del individuo y así cualquier persona con la que se pueda formar un lazo afectivo como puede ser un compañero amoroso o un hijo es asimilado dentro del modelo existente, esperando ser tratado y percibido por éstos de acuerdo a la imagen de sí mismo que incluye su modelo.

El trabajo que presentamos intenta confirmar la hipótesis de la transmisión intergeneracional del maltrato físico infantil a través de los modelos de apego. Así como analizar cómo influyen los WM en las distorsiones que se producen dentro de las fases de procesamiento de la información que los padres maltratantes llevan a cabo ante las conductas infantiles y que pueden explicar en parte las conductas de malos tratos.

DIGNIDAD PARA TODOS, INFANCIA ROTA : CAMPAÑA DE LA INFANCIA MALTRATADA

Rosa Griso Valls
Cruz Roja de Cataluña

OBJETIVOS DE LA CAMPAÑA

- 1.- Sensibilizar a la sociedad sobre este grave problema.
- 2.- Luchar contra el sentimiento de propiedad absoluta que, en muchas ocasiones, tiene los padres sobre sus hijos, así como contra cualquier tipo de explotación.
- 3.- Ofrecer una vía alternativa de denuncia de estos casos sin identificación personal del denunciante. La vía era que las personas que detectaran que un niño/a fuera maltratado o sufriera abandono por parte de sus padres o aquellos que tuvieran su guardia-custodia o patria potestad nos lo comunicaran por teléfono o por escrito, sin necesidad de indentificarse; sólo pedíamos el nombre y la dirección del niño/a maltratado/a y quienes eran los que lo maltrataban, abusaban de ellos o los tenían semiabandonados.

ESTRATEGIA DE LA CAMPAÑA

- 1.- Difusión de la misma a través de anuncios en la prensa y radio.
- 2.- Confección de una hoja de denuncias.
- 3.- Trámite de la denuncia: antes de las 24 horas siguientes a la recepción de cada denuncia, el caso se pone en conocimiento de:
 - . Fiscal Jefe del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña.
 - . Sindic de Greuges.
 - . Dirección General de Policía (Grupo de Menores).
 - . Comisario de Menores de Mossos de Escuadra.
 - . Dirección General de Atención al Niño de la Generalitat.

A cada una de estas instituciones se solicitaba acuse de recibo.

- 4.- Apertura de un expediente de cada caso denunciado.

En siete años de experiencia constatamos la falta de coordinación que existió los dos primeros años de la campaña, entre servicios sociales y la Conselleria de Justicia del Gobierno de la Generalitat dificultó la acción que tenía que emprender la Administración para resolver las denuncias que recibía.

RESULTADOS OBTENIDOS

El Gobierno de la Generalitat ha cambiado últimamente su política respondiendo a nuestras constantes peticiones y a las de otras Asociaciones, creando dentro del Departamento de Bienestar Social la Dirección General de Atención a la Infancia, que coordina el tema de la infancia maltratada, mendicidad infantil, etc.

Esta Dirección General inauguró un Teléfono de la Infancia dos años después que el Gabinete iniciara su campaña con teléfono y denuncias que podían ser anónimas.

EL PRONÓSTICO, UNA PREMISA NECESARIA EN EL ESTUDIO DEL MALTRATO INFANTIL

Peré Güell Rovira, M. Clara Garreta Sanz
Ayuntamiento de Barcelona

En los últimos años ha aumentado la preocupación social por la infancia maltratada. Se han promulgado nuevas leyes y se han ampliado los recursos destinados a garantizar los derechos de los menores.

Uno de los aspectos que ha tomado relevancia ha sido la consideración de que, previamente a la adopción de medidas de protección, es importante que se realice un estudio interdisciplinar de la situación personal, familiar y social del menor objeto de malos tratos. Dicho estudio tendría una doble finalidad: por una parte facilitar que la Administración y/o el Juez puedan emitir las resoluciones más adecuadas y, por otra parte, que los técnicos puedan llevar a cabo las actuaciones idóneas que permitan modificar el contexto en el que se ha producido el maltrato.

Generalmente son los equipos de atención y protección a la infancia, integrados por profesionales procedentes de diferentes disciplinas, los encargados de llevar a cabo dicho estudio. En Cataluña esta función corresponde a los Equipos d'Atenció a la Infancia i Adolescència.

La metodología utilizada por los distintos equipos de protección a la infancia para realizar el estudio tiene diversos matices, y los instrumentos empleados también son variados. Sin embargo, podemos hablar de objetivos comunes:

- Obtener un diagnóstico social del maltrato.
- Determinar la probabilidad de que éste persista, aumente o se repita en un futuro (pronóstico).
- Efectuar propuestas de protección.
- Elaborar un plan de intervención para el menor y su entorno sociofamiliar.

Con esta comunicación se pretende **reflexionar sobre el pronóstico de cambio en las familias en las que hay menores que sufren algún tipo de maltrato** desde la perspectiva de la praxis de un equipo de atención y protección a la infancia.

También se quiere resaltar la importancia de que los equipos con este encargo tengan presente en su intervención este aspecto a fin de que las propuestas de protección se ajusten al máximo a las necesidades del menor.

Que se realice un buen pronóstico es importante para la toma de decisiones del futuro del menor. En función de que sea o no favorable se considerará idóneo un tratamiento u otro, comportando en algunos casos la separación temporal y/o definitiva de su medio natural.

PROGRAMA DE ABUSOS SEXUALES: UNA EXPERIENCIA CONCRETA

Olga Guerra Arabolaza
Consell Insular de Mallorca

Un gran número de casos de abusos sexuales, por no decir la gran mayoría, que se cometen a menores, nunca llegan a ser conocidos. Los que llegan a conocer la luz pública son aquellos que cursan por la vía legal al haber sido denunciados quedando los menores a la espera del juicio, en el mejor de los casos.

En muy pocas ocasiones, en nuestra comunidad, estos casos son posteriormente derivados a los correspondientes centros de salud y/o servicios públicos para la subsiguiente evaluación y seguimiento de los menores, así como para tratamientos psicoterapéuticos en caso de que fueran necesarios para paliar las posibles secuelas traumáticas que de esto pueda derivarse.

La reciente sensibilidad de los profesionales hacia estos temas específicos, ha hecho que, poco a poco, se haya tomado conciencia de la gravedad y por primera vez se trate de arbitrar medidas paliativas que contemplen la complejidad del problema en sí.

Es quizás precisamente, por la gran complejidad que requiere la intervención en estos casos, por lo que se ha retrasado la puesta en marcha de programas específicos que aborden en su globalidad esta problemática.

Quisiera añadir que el papel de los profesionales ante el descubrimiento de abusos sexuales a menores no es homogéneo, y en la mayoría de los casos -cuando sólo existen indicios- es bastante desalentador por la confusión que produce.

En nuestra comunidad, estamos tratando de llegar a criterios consensuados entre los distintos profesionales y las distintas administraciones que conformamos la red (Ministerio de Justicia, red sanitaria, Servicios Sociales de Atención Primaria, Equipos Psicopedagógicos del MEC) para la derivación al Ministerio Fiscal y al Servicio de Protección de Menores, cuando un caso de estas características es detectado.

En resumen, mi comunicación versará sobre la puesta en marcha de un programa específico sobre abusos sexuales que se está desarrollando en nuestra comunidad con la colaboración de otros servicios, así como la exposición de protocolos que se empiezan a utilizar para la derivación al Ministerio Fiscal y Protección de Menores.

EL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN EN LA PEDIATRÍA ESPAÑOLA. UN TIPO ESPECIAL DE MALOS TRATOS EN LA INFANCIA

J.L. Jiménez y J.L. Figuerido-Poulain

Hospital de las Cruces, Baracaldo; Hospital Santiago Apostol, Vitoria

RESUMEN

El término *Munchausen* se refiere a pacientes que presentan historias clínicas espectaculares, llenas de mentiras e invenciones, en un presumible intento de conseguir atención médica. En el Síndrome de Munchausen por Poderes, *"el paciente pediátrico es víctima de la patología psiquiátrica de sus padres; quienes, pese a la apariencia de normalidad que, muchas veces tienen, suelen estar realmente enfermos y necesitados de un tratamiento psiquiátrico urgente"*.

Se presenta una revisión bibliográfica del *MEDLINE*, para identificar la casuística publicada en nuestro idioma del Síndrome de Munchausen pediátrico (pacientes menores de 15 años), analizando después las características de los casos objeto de la búsqueda.

Hasta la fecha, hemos encontrado 26 casos publicados, que afectan a 20 familias. Siete pacientes padecían un Síndrome de Munchausen; mientras que los 19 restantes eran víctimas de un Síndrome de Munchausen por Poderes, cuya mayor parte (14 casos: 73,7%) eran intoxicaciones o envenenamientos no accidentales, provocados directamente por la madre.

Referiremos, por último, que 2 pacientes fallecieron, a consecuencia de las graves complicaciones que la enfermedad, muchas veces, tiene.

CONCLUSIÓN

Las estadísticas recogen una casuística inferior a la real. Ello es explicable por las dificultades que tiene la identificación de los Síndromes de Munchausen en edades pediátricas; y por lo contradictorio y enrevesado que resulta ver un caso así para el pensamiento médico. La patología refleja que siempre son malos tratos de tipo físico, y que debe prevenirse la continuidad del abuso lo antes posible, para evitar en la medida de lo posible secuelas posteriores del síndrome, tanto a nivel individual como familiar.

INCIDENCIA Y CARACTERIZACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL EN ESPAÑA

Jesús Jiménez Morago, David Saldaña Sage, Alfredo Oliva Delgado
Universidad de Sevilla

Hoy por hoy, es un hecho que los servicios de protección de menores en nuestro país tienen conocimiento de miles de casos de niños y niñas víctimas de malos tratos. Con el objetivo de aproximarnos a su cuantificación, a la incidencia de los distintos tipos, a su distribución en las diferentes Comunidades Autónomas y al análisis de las medidas y recursos de protección más comúnmente empleados con estos menores, se puso en marcha un estudio en 1993, fruto de un convenio entre el Centro de Estudios del Menor y la Familia del Ministerio de Asuntos Sociales y el Área de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla.

En dicho estudio, llevado a cabo en la totalidad de las delegaciones provinciales de los servicios de protección en España, se revisaron y codificaron, de acuerdo con unas categorías previamente definidas, un total de 32.483 expedientes correspondientes a los casos abiertos en los años 1991 y 1992.

En ellos, se halló información que evidenciaba que 8.565 menores habían sido objeto de malos tratos, lo que supone un 0,44 por mil de incidencia media anual sobre la población española menor de 18 años. Los tipos de maltrato más frecuentes fueron la negligencia (79,1%), el maltrato emocional (42,5%) y el maltrato físico (30,1%).

Las situaciones de maltrato afectaban a niños en el 52,3% de los casos y a niñas en el 47,7%. Destaca el elevado porcentaje de menores maltratados detectados por debajo de una año de edad (9,2%) y el progresivo descenso en la detección a partir de los 14 años. Mientras que La Rioja, junto a Ceuta y Melilla, fueron las Comunidades con mayor incidencia de casos de maltrato, Extremadura y Cataluña mostraron la incidencia más baja. La medida de protección más frecuente fue la declaración de desamparo con la consiguiente tutela automática (32,2%); por su parte, el recurso más utilizado fue el ingreso del menor en un centro (51,5%).

El presente estudio aporta los primeros datos sobre maltrato infantil a nivel estatal en nuestro país y ofrece nuevas perspectivas tanto para su interpretación como para investigaciones o intervenciones futuras.

ACTITUDES Y OPINIONES DE LOS ESPAÑOLES ANTE EL MALTRATO INFANTIL DENTRO DEL ÁMBITO FAMILIAR: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y AVANCE DE RESULTADOS DEL ESTUDIO PILOTO

M^º Gracia Juste Ortega, José Manuel Morales González, Miguel Costa Cabanillas
Centro de Estudios del Menor y la Familia, Ministerio de Asuntos Sociales

OBJETIVOS

Las actitudes y opiniones que la población general declara ante el fenómeno del maltrato infantil se construyen sobre la base cultural en la que se asientan muchas de las manifestaciones del buen/mal trato a la infancia. Existen importantes lagunas en el estudio de las creencias y actitudes que indaguen acerca de las transformaciones que se han producido en la esfera del complejo mundo de las relaciones padres/hijos, de lo que hoy día se acepta y se rechaza. El profundizar en este campo de estudio suscita cada vez más interés a la hora de establecer una visión global del estado en el que se encuentra nuestra sociedad.

OBJETIVOS

Manteniendo como hipótesis de trabajo que el maltrato infantil presenta una dimensión continua dentro de una disfunción en la interacción de los padres con los hijos, nos planteamos como principal objetivo el estudio de las opiniones y actitudes de la población general sobre:

- 1.- La resolución de conflictos en la relación de los padres con los hijos.
- 2.- Las expectativas y pautas de crianza que están más presentes en nuestra cultura.
- 3.- Las situaciones que pueden ser identificadas como de maltrato infantil dentro del ámbito familiar.

METODOLOGÍA

Constaría de cuatro fases. La primera sería la realización de un estudio cualitativo a partir del cual pasaríamos a una segunda fase de elaboración de un cuestionario. En una tercera fase se procedería al pilotaje de la encuesta para su validación externa. Finalmente, se aplicaría el cuestionario a una muestra representativa de 2.500 entrevistas a población general, con un procedimiento de muestreo polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de unidades primarias de muestreo (municipios) de forma aleatoria proporcional, de las unidades secundarias (secciones) de forma aleatoria simple y de las unidades últimas (individuos) por rutas aleatorias y cuotas por sexo y edad. Estratos formados por el cruce de 17 regiones autonómicas con el tamaño de hábitat, dividido éste en 7 categorías: menos de 2.000 habitantes, de 2.001 a 10.000, de 10.001 a 50.000, de 50.001 a 100.000, de 100.001 a 400.000, de 400.001 a 1.000.000 y más de 1.000.000 de habitantes.

El campo se llevaría a cabo por el Centro de Investigaciones Sociológicas, con una periodicidad de cuatro años para poder disponer de series temporales.

RESULTADOS

En la actualidad nos encontramos en la fase de diseño del cuestionario definitivo a partir de los resultados obtenidos del estudio cualitativo, permitiendo la ejecución del pilotaje en los próximos meses y el análisis de los resultados preliminares.

BIBLIOGRAFÍA

- FLYN, C.P. Regional differences in attitudes toward corporal punishment. *Journal of Marriage and the Family*, vol. 56, nº 2, p. 314-324.
- GABINET D'ESTUDIS SOCIALS. *Representación social de la infancia y de los malos tratos sufridos por ella*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1992. Documento no publicado.
- JUSTE, M.G.; RAMIREZ, A.; BARBADILLO, P. *Actitudes y opiniones de los españoles ante la infancia*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1991.
- STRAUS, M.A.; MATHUR, A.K. Social change and trends in approval of corporal punishment by parents from 1968 to 1994. *International Symposium on Violence in Childhood and Adolescence*.

¿LOS INFORMES Y EL TRABAJO TERAPÉUTICO CON LA INFANCIA SON COMPATIBLES?, O LA TERNURA EN LA PALABRA ESCRITA

Carlos Lamas Peris, María Rosell Fores, Adela Anglés Aguade,
Carmen Ramírez Rivero, María Albert Castellví
Centro de Acogimientos Familiares de Sant Josep, Tarragona

Los autores de esta comunicación conforman el equipo del centro de Acogimientos Familiares "San Josep" de Tarragona, fundación privada conveniada con la Dirección General de Atención a la Infancia de la Generalitat de Catalunya. Asimismo los tres primeros firmantes trabajan en el Centro de Terapia Relacional y Familiar de Tarragona, entidad privada.

Este comunicado pretende conjugar la faceta psioterapéutica y burocrática de los profesionales que trabajan con menores. Estos profesionales suelen diferenciar radicalmente las dos facetas. A la primera, la psicoterapia y psicopedagogía, con los pequeños clientes y sus familias (naturales, de acogida y de adopción), así como la coordinación técnica con otros equipos, los profesionales suelen acompañarla de emociones como: ternura, esperanza, ilusión, rabia, comprensión, empatía, incertidumbres, angustia, etc.

Si en cambio, oímos a los mismos profesionales hablar de su faceta "burocrática" (informes, oficios, comparencias y demás), percibiremos emociones como: aburrimiento, pesadez, fastidio, monotonía, deslealtad, ..., y llegaremos a la conclusión que todo ese papeleo es vivido como una pérdida de tiempo.

La presente comunicación intenta aunar estos dos aspectos tan diferenciados de la actividad profesional, con la pretensión de reconducir la parafernalia escrita en un instrumento terapéutico eficaz y teñido de ternura.

Presentaremos tres modalidades de escritos que intentamos utilizar de esta forma: los certificados, los informes y las cartas.

1.- La utilización de los **certificados** se basa en el diferente valor que en nuestra cultura se le otorga a la palabra escrita y hablada. "*Las palabras se las lleva el viento*", mientras que lo escrito permanece indeleble. También nos inspiramos directamente en el trabajo de M.White y D.Epston.

Utilizamos los certificados para marcar ritos de pasaje. Por ejemplo, al concluir el primer año de convivencia entre familia de adopción o de acogida con los menores, se les otorga el certificado de forma ritualizada: el certificado enmarcado se entrega a todos, con la indicación que los adultos lo lean en voz alta y expliquen su significado a los menores. La reacción que acompaña a esta pequeña ceremonia suele ser de profundo agradecimiento y emoción contenida (no faltan las lágrimas de los padres y, en ocasión, se les suman las lágrimas de los propios profesionales).

2.- Los **informes** que el Centro de Acogimiento Familiar debe enviar a la institución competente, dando cuenta del estado actual de la familia de acogida y de los menores, sigue la línea desarrollada por A.Gracia en el *Informe al 50%*.

La idea es compleja, pero simplificándola viene a decir lo siguiente: todo informe sobre alguien debe ser conocido por esa persona y pactado con la misma. En la práctica se con-

forma como sigue: los técnicos que han elaborado el informe le dan una copia del mismo a los clientes y lo leen en voz alta. Se anima a los clientes a que expongan sus correcciones, añadidos, puntualizaciones y demás, que serán incorporados al informe. El objetivo es consolidar la relación profesional-cliente, ahuyentando al fantasma de la conspiración de los profesionales y promocionando la responsabilización del cliente.

Lo anterior no significa trabajar de forma obligada y de forma consensuada, ya que si el cliente y el profesional tiene puntos de vista diferentes u opuestos sobre algún tema, se reflejan ambos en el informe y la firma es por todas las partes.

3.- Y por último las **cartas**. Seguimos en la línea enormemente fértil de J.L.Linares en este tema. Las cartas pueden ir dirigidas a miembros ausentes de la reunión, pueden servir para enfatizar ciertos aspectos de la reunión, pueden ser la parte central de un ritual a desarrollar en casa, ...

Este tema es amplísimo, tan sólo quisieramos resaltar que las cartas dirigidas a menores deben estar escritas en un lenguaje adecuado. Lo que se traduce por un sencillo vocabulario y sintaxis, así como, una estructura narrativa similar a los cuentos. Solemos acompañarlas de dibujos.

LA DESINFORMACIÓN: UN MALTRATO EN EL NIÑO VISTO DESDE LA JURISDICCIÓN DE MENORES DE REFORMA

M^a Francisca Lillo Pedreño, María Rosa López Medina
Juzgado de Menores, Murcia

La información es el pilar básico durante la vida de un individuo, y se empieza siendo niño/a. Por esto es, sobre todo, importante en un niño inmerso en un proceso evolutivo e integrador.

Se puede observar una falta de información desde núcleos tan fundamentales y socializadores como son: la familia, centros escolares, asociaciones e incluso en ocasiones instituciones como juzgados y fiscalías de menores, etc.

¿Se puede considerar la desinformación como causa de "no delito"?

Y si fuera así, ¿estamos ante un caso de maltrato por omisión de información? ya que el niño, quizás, no sepa que su conducta tiene unas consecuencias jurídicas.

Y si lo sabe, ¿lo sabe todo?

Y si lo sabe todo, ¿las consecuencias jurídicas son proporcionales a la conducta del niño?

PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS: MODELO BASADO EN INTERVENCIÓN DOMICILIARIA Y ENTRENAMIENTO GRUPAL DE PADRES

Miguel Ángel López Martín, Ramón Dengrá Molina, Ana Lorente Martínez
Diputación Provincial de Granada

El Programa de Prevención Secundaria del Maltrato Infantil en la Infancia, tiene como objetivo la prevención de éste en sus múltiples facetas, de manera que las familias y grupos de riesgo adquieran los comportamientos y habilidades necesarias para que éste no se produzca, además de un cambio actitudinal en éstas y en la población general para evitar la implementación de paradigmas de castigo (Martínez-Arias y Díaz-Aguado, 1993; Roig y Ochotorena 1993; Gracia y Musitu 1993; ADIMA, 1993; Jiménez, *et al.*, 1993; Inglés, 1991; Arruabarrena y De Paúl, 1994).

El presente programa se desarrollará en todos y cada uno de los municipios de la provincia de Granada, a través de los Servicios Sociales Comunitarios de la Diputación Provincial, en total 163 municipios; será tutelado por el Departamento de Psicología Básica de la Universidad de Valencia, a través de la Unidad de Investigación "Agresión y Familia" y colaborarán en el mismo la Junta de Andalucía (Dirección General de Atención al Niño), el Ministerio de Asuntos Sociales (Dirección General de Atención al Menor y la Familia) y la Escuela Andaluza de Salud Pública.

El núcleo del programa de intervención consiste, desde modelos ecológicos-comportamentales, en el entrenamiento a padres y/o tutores en las denominadas H.P.P.P. (Habilidades Propias del Papel de Padres) y posterior seguimiento de las interacciones padres-hijos en el propio hogar (Bronfenbrenner, 1979; Bandura y Ribes, 1984; Belsky, 1980; Lutzker, 1984; Wolfe, 1991; Cerezo, 1993-95; Hayes *et al.*, 1989; Palmer, 1991; Wolfe *et al.*, 1980; Wolfe *et al.*, 1991; Olds *et al.*, 1986; etc.). Los profesionales pertenecientes a los equipos interdisciplinarios de los Servicios Sociales Comunitarios (psicólogos, educadores y trabajadores sociales) serán formados específicamente para ello.

Los resultados del programa permitirán que alrededor del 65-75% de las familias seleccionadas, mediante las pruebas de *screening* más adecuadas, sigan el programa completo; eliminándose prácticas educativas y de crianza no adecuadas, disminuir la prevalencia e incidencia de los malos tratos a la infancia y la institucionalización de menores.

SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DEL NIÑO SANO EN UN GRUPO DE FAMILIAS CON RIESGO TEÓRICO DE MALTRATO INFANTIL

M^ª Nieves Martín Espíldora, M^ª Pilar López Lahoz, M^ª Isabel Lostal Gracia,
Ernestina Lucea García, M^ª Ángeles Monente Calvo
Centro de Salud Actur Surs, Zaragoza

Algunos estudios han señalado que los esfuerzo por identificar a los niños con riesgo de sufrir malos tratos pueden conducir a la identificación errónea de un elevado porcentaje de casos, con los inconvenientes éticos y técnicos que conlleva su seguimiento. Sugieren, por tanto, que las medidas preventivas deben ser aplicadas a todos los padres, promoviendo mejores relaciones con sus hijos en las primeras etapas de la vida postnatal.

En nuestro medio, un instrumento importante para alcanzar este fin puede ser la aplicación del Programa del Niño Sano, que permite a los profesionales (pediatras, enfermeras y, en su caso, trabajadores sociales) el seguimiento adecuado del niño y su familia. La atención médica continuada del lactante y, en periodos más prolongados, del niño mayorcito, permite reforzar las relaciones entre padres e hijos, y estar alerta ante posibles indicadores de maltrato. Ahora bien, la cuestión que planteamos es si estas visitas periódicas llegan a la población que más lo necesita, o si se dedican a niños con buen ambiente familiar y sin problemas relevantes, de forma casi exclusiva.

En nuestra Zona Básica de Salud atendemos en pediatría a 3.715 niños <12 años (con historia clínica abierta en el Centro), de los cuales un 95% siguieron el Programa del Lactante durante el último año. En esta comunicación se analiza el cumplimiento de algunos parámetros de ese programa, por parte de la población infantil de un grupo de viviendas sociales que, por sus peculiares características, podrían considerarse con riesgo teórico de sufrir malos tratos. De estos 173 niños, se compara una muestra (73) con el mismo número de casos extraídos aleatoriamente de la población pediátrica total.

Se trata de evaluar el uso de los servicios básicos de salud infantil entre la población que más lo precisa en su aspectos preventivos, por la mayor exposición a sufrir enfermedades, carencias y malos tratos en la infancia. Se plantea una reflexión sobre el acercamiento del Programa del Niño Sano a estas familias, con las que quizás sea preciso cambiar la sistemática de captación seguida habitualmente.

VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA ABREVIADA DEL CHILD ABUSE POTENTIAL INVENTORY (CAPI) EN LA DETECCIÓN POBLACIONAL DEL MALTRATO FÍSICO

Alicia Martín-Plaza, J.M. Morales, Rafael Pedruelo, M^º Cruz Elvar
Centro de Estudios del Menor y la Familia, Ministerio de Asuntos Sociales

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales retos en la prevención del maltrato infantil es la obtención de instrumentos estandarizados con alta capacidad de detección del maltrato para su aplicación a nivel poblacional³. En nuestro medio se ha realizado la validación de una adaptación española del *Child Abuse Potential Inventory*⁴.

OBJETIVO

Analizar la validez de criterio de la adaptación española abreviada del CAPI en la detección poblacional del maltrato físico

METODOLOGÍA

Estudio de validación de criterio aplicando el CAPI a las madres de una muestra representativa de niños residentes en un distrito de Madrid (España). El criterio de validez ha sido diagnóstico de maltrato físico, realizado por un equipo de pediatras utilizando criterios estandarizados⁵. Además, se ha cumplimentado un cuestionario sobre datos sociodemográficos, incluyendo variables de estructura familiar.

RESULTADOS

La muestra ha estado formada por 100 niños/as pertenecientes a una zona de alto riesgo con una prevalencia estimada de maltrato infantil de 30,6%, teniendo sus madres una edad media de 32,6+-6,9 años con un número medio de 2,4+-1,3 hijos. La validez del CAPI para la detección del maltrato físico ha obtenido una sensibilidad (S) de 0,63 y una especificidad (E) de 0,75.

³ BROWNE, K.; SAQI, S. Approaches to screening for child abuse and neglect. En: Browne, K.; Davies, C.; Stratton, P., editores. *Early prediction and prevention of child abuse*. Chichester: John Wiley, 1988, p. 57-85.

⁴ LAN ETA GIZARTE SEGURANTZA SAILA. *Maltrato y abandono infantil: identificación de factores de riesgo*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurilaritzaren Argitalpen-Zerbitzu Nagusia, 1988.

⁵ COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS. AMA diagnostic and treatment guidelines concerning child abuse and neglect. *Journal of the American Medical Association* 1985, nº 254, p. 796-800.

cidad de 0,78 mostrando desigual comportamiento para el abuso físico (S=0,75 y E=0,57), abandono físico (S=0,73 y E=0,78), y el abuso asociado al abandono físico (S=0,73 y E=0,63).

CONCLUSIONES

Aunque la versión española del CAPI tiene aceptable validez en sujetos con riesgo potencial de maltrato⁶, su capacidad de detección en nuestras poblaciones es baja, obteniendo una mejor validez ante el abandono físico. Estos resultados apuntarían hacia la necesidad de incorporar en la aplicación de dicho instrumento un previo análisis discriminativo de la existencia de factores de riesgo⁷

⁶ DE PAÚL, J.; ARRUBARRENA, M.I.; MILNER, J.S. Validación de una versión española del Child Abuse Potential Inventory para su uso en España. *Child Abuse and Neglect* 1991, nº 15, p. 495-504.

⁷ ALTEIMER, W.A., et al. Prediction of child abuse: a prospective study of feasibility. *Child Abuse and Neglect* 1984, nº 8, p. 393-400.

SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD EN RELACIÓN A LA ESTRUCTURA FAMILIAR. LA CUESTIÓN DE LA EVOLUCIÓN Y DE LA ESTABILIDAD DE LAS DISTINTAS FORMAS DE PARENTESCO

Rosalía Martínez, Anne Cadoret

Universidad de Sevilla; Centre National de la Recherche Scientifique, Francia

A partir de los años 70 aproximadamente se viene observando un cambio que afecta a las funciones del modelo familiar clásico. La estructura familiar como institución basada en las relaciones de afinidad y filiación se quiebra: aumento de hijos naturales, padres divorciados, reconocimiento de la adopción y procreaciones médicas, entre otras cosas, dan lugar a una evolución del ambiente del parentesco que plantea los siguientes temas de reflexión:

1.- El tema del parentesco biológico: por causas jurídicas acaba planteándose la "contestación" al casamiento (alianza) como base de la filiación. Se legaliza la "verdad" biológica de la concepción. Por otra parte se marca el carácter voluntario de la filiación por tener que reconocer como suyo al niño (incluso más que un niño nacido antes del matrimonio).

2.- El tema del parentesco social: el divorcio da lugar a una reestructuración de las familias -biparental, monoparental- reconstituida, de forma que surge el planteamiento del parentesco social. Lo jurídico y lo social se desligan de lo biológico; padres/madres no consanguíneos reemplazan a los progenitores de origen.

La madre (divorciada) consanguínea puede seguir unida a su hijo (pese a la ruptura de la alianza), el cual ya tiene madrastra, la cual a tomado el rol propio del parentesco (por costumbre o por educación). Este es un parentesco social, aunque perviva el biológico. Un parentesco social puro es el que se da en las familias acogedoras, donde no hay lazos biológicos ni jurídicos de parentesco. Estos modelos de familia son un laboratorio para estudiar e investigar el parentesco social y la plasmación del constructo social mujer/madre.

En las familias adoptivas se borra la filiación biológica del niño, pero se reconoce su valor simbólico, sin que el papel social ni jurídico del parentesco adoptivo sea amenazado. El papel primordial lo tiene el parentesco social, pues el parentesco biológico es imitado.

3.- El tema del parentesco biológico indeterminado, producto del desarrollo de la procreación por asistencia medicalizada. Aquí se da un doble problema en la definición del parentesco: de quién es el niño por sangre y posibilidad de una concepción asexual y solitaria. Ya la reproducción física no tiene que llevar al intercambio social fundamental en la sociedad; ya no hace falta un encuentro. La autonomía y el poder femenino sobre la reproducción, la no dependencia del varón, se hace cada día mas evidente.

EL ROL DEL VOLUNTARIO COMO RECURSO COMUNITARIO

María del Pilar Masalle, Silvina Rosana Martínez
Hospital Zonal Especializado Dr. Noel H. Sbarra de La Plata, Buenos Aires

El problema de la niñez abandonada aparece como un hecho socialmente negativo, por su estatuto de indeseado, de agresión a quien no puede defenderse; las causas, los motivos y las razones que determinan el abandono de un niño son numerosas y variadas.

Cuando la sociedad no se puede hacer cargo de la pobreza y marginalidad que ella misma genera, las instituciones surgen como respuesta posible ante el producto social no contenido: **el niño**.

La institucionalización es una forma de ruptura del vínculo madre-hijo, niño-familia, que recorta la posibilidad de la constitución de un niño sujeto singular y con deseo propio. Ante esta situación altamente negativa, ponemos en marcha estrategias destinadas a paliar este déficit.

El Hospital Zonal Especializado Dr. Noel H. Sbarra de La Plata es una institución de mediana complejidad, que alberga a niños de 0 a 3 años, única en el país, dedicada en exclusividad a la promoción, prevención y recuperación de los daños a la salud originados en situación de violencia ejercida contra los mismos (abandono, maltrato, abuso, negligencia) o de alto riesgo social (desnutrición, SIDA, retraso del desarrollo).

Es una de sus características ofrecer un espacio de participación activa a la comunidad a través del voluntariado.

OBJETIVO

Mostrar en la experiencia hospitalaria la participación y colaboración de la comunidad en la atención del niño institucionalizado.

METODOLOGÍA

El voluntario es un recurso humano de gran importancia que participa en la atención integral del niño, interactuando con él en una relación personal, compartiendo ámbitos de juego y momentos de recreación.

La trayectoria de 25 años de voluntariado, las necesidades del niño, la dinámica institucional y la gran movilidad de voluntarios, nos han llevado a organizar y sistematizar el funcionamiento y concurrencia, confeccionando reglamentos, planes de actividad, participación en tareas específicas y capacitación personal permanente.

CONCLUSIÓN

El resultado de este accionar cotidiano se ve reflejado en los cambios significativos y

cuantitativos que se producen en el niño, en su crecimiento físico, en la posibilidad de comunicación intersubjetiva, demandando del adulto una mirada de singularización.

El voluntario, con vocación de servicio, brinda espontáneamente algunas horas de su tiempo a una causa valiosa: **el presente de un niño.**

DEL CONTROL AL APOYO, UNA INTERVENCIÓN GRUPAL CON ACOGIMIENTOS FAMILIARES

Ruth Mendoza García, Alicia Balbas Fernández, Inmaculada Collar López,
Elena Almaraz Lucas y Lourdes Fernández Quintanilla
Centro de Apoyo al Menor, Madrid

Con el desarrollo de la Ley 21/87 del 11 de noviembre se legaliza el acogimiento familiar con familia extensa para menores desprotegidos. Se encarga a los servicios sociales de cada territorio el seguimiento de estas familias, que con frecuencia presentan conflictos relacionales importantes. Haciéndose difícil el seguimiento desde una perspectiva de apoyo y no de control.

PLAN DE INTERVENCIÓN CONJUNTA CON FAMILIAS ACOGEDORAS

Va dirigido a tres distritos de Madrid (Moratalaz, Vicálvaro y Villa Vallecas), estos tres Centros de Servicios Sociales junto al Servicio Social Especializado (Centro de Apoyo al Menor) propone el siguiente plan de intervención:

Fase evaluativa o de estudio

- **Objetivo:** crear una línea común de valoración que nos permita profundizar en la realidad de la familia acogedora, su dinámica relacional, para los tres distritos.
- **Metodología:** protocolo (Instrumento de Evaluación): con la información recabada se elabora un informe social que se remite a la Comunidad Autónoma para la formalización del acogimiento.

Fase informativa

- **Objetivo:** facilitar a las familias que han solicitado el acogimiento una información básica que les ayude a manejarse en esta nueva situación.
- **Metodología:** se realizará un grupo informativo por trimestre dirigido por dos personas (una del distrito, Servicio Social General, y otra del Servicio Social Especializado).
- **Duración:** tres sesiones, en las que se tratarán los siguientes contenidos:
 - 1ª Sesión: información de la fórmula jurídica de acogimiento y el compromiso que implica.
 - 2ª Sesión: información de las diferentes etapas evolutivas de la infancia.
 - 3ª Sesión: orientación en las relaciones abuelos-padres-niño acogidos.

Fase de la intervención

- **Objetivos:**
 - . Iniciar una respuesta unificada de intervención que permita una mayor objetivación del seguimiento.
 - . Apoyo a la familia.
 - . Seguimiento de las dificultades.
 - . Investigar los resultados obtenidos con este modelo de intervención.

PROGRAMA DE FOMENTO DE LA DETECCIÓN Y MEJORA DE LA INTERVENCIÓN: UNA EXPERIENCIA PILOTO EN PALMA DE MALLORCA CON MENORES MALTRATADOS Y SUS FAMILIAS

Alicia Michelena Alberdi

Conselleria de Governación, Govern Balear

Este programa experimental parte de la necesidad de utilizar una metodología adecuada que incluya todas las fases de atención al niño maltratado y a su familia: detección y comunicación del maltrato, investigación, evaluación diagnóstica, propuesta y diseño de intervención y tratamiento. Este proceso implica a servicios y profesionales de distintos ámbitos, para ello es preciso contar con criterios comunes de trabajo dirigidos a un mismo fin: la protección del niño y la mejora del contexto familiar.

El fenómeno de la detección pasa por la formación de los profesionales que trabajan en contacto con los niños; por unificar instrumentos según sistema de indicadores. Las mejoras en la investigación y evaluación diagnóstica implica la adopción de técnicas y utilización de instrumentos específicos para llegar a establecer la gravedad del daño y al riesgo de reincidencia. El diseño de la intervención y la elección de tratamiento conlleva provisión de recursos suficientes y variados para personalizar e individualizar la atención.

Todos estos aspectos se han tenido en cuenta a la hora de diseñar y aplicar este programa experimental en dos zonas de la ciudad de Palma de Mallorca, con la colaboración de la Dirección General de Protección Jurídica del Menor y la Universidad de Valencia. Por estar en fase de aplicación, no se ofrecerán resultados concretos, aunque podemos decir que si la evaluación del programa ofrece resultados positivos, el uso de esta metodología se normalizará en el Servicio de Protección de Menores para los casos de maltrato.

CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS DE LOS PADRES/MADRES QUE ABUSAN FÍSICAMENTE DE SUS HIJOS/AS

María Paz Montes Marqués
Universidad de Santiago de Compostela

Desde que el abuso infantil fue identificado en los años 60 como un problema de suma importancia, el interés por dicha problemática ha ido dirigido hacia el estudio de las características psicológicas de los padres/madres que maltratan a sus hijos/as. Una vez que los modelos psiquiátricos -en su intento por explicar la naturaleza del abuso infantil-, fueron rechazados, todos los esfuerzos se han focalizado en la aplicación de los principios de la teoría cognitiva para tal fin.

Las primeras investigaciones realizadas en torno al rol de los factores cognitivos en el maltrato infantil han proporcionado diferencias importantes entre padres/madres maltratadores y grupos control en los siguientes aspectos:

- Percepciones negativas de los/as hijos/as: como padre maltratador, puede percibir al niño como un competidor o con una dependencia irrealística, justificación suficiente para seguir utilizando una disciplina coercitiva.
- Expectativas irrealistas e inapropiadas de las habilidades del niño/a (dar el primer paso, control de esfínteres) con respecto al estadio de desarrollo en el que se encuentra: las madres maltratadoras esperan un desarrollo más tardío de éste/a o, al contrario, más temprano.
- Evaluaciones negativas del comportamiento del niño/a: los hijos/as son evaluados por las madres maltratadoras como más irritables, demandantes, desobedientes y con acciones negativas intencionadas, en comparación con las madres controles.
- Atribuciones causales externas e inestables de las conductas positivas (v.g., completar un puzzle con éxito) y atribuciones causales internas y estables de las conductas negativas (transgresiones).

La literatura ha señalado, asimismo, que los sesgos cognitivos de estos padres/madres están asociados con esquemas preexistentes que implican creencias y valores que determinan la manera en que perciben, evalúan, integran y actúan.

A pesar del reconocimiento dado a las cogniciones parentales en el ámbito del abuso físico, no obstante, existe la necesidad de investigar las posibles interacciones entre factores cognitivos, personales y sociales que median la respuesta de abuso, en aras a conseguir intervenciones más eficaces.

ESTUDIO PILOTO DE PREVALENCIA DEL MALTRATO INFANTIL EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD DE MADRID

José Miguel Morales, Alicia Martín-Plaza, M^a Cruz Elvar, Rafael Pedruelo
Centros de Estudios del Menor y la Familia, Ministerio de Asuntos Sociales

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es uno de los fenómenos psicosociales de mayor trascendencia en el campo sociosanitario y más desconocido en cuanto su prevalencia real en la comunidad. El conocimiento de la prevalencia de un determinado problema a nivel comunitario es fundamental para desarrollar una planificación eficaz de los servicios⁸. Las cifras oficiales aportadas por los servicios de protección infantil sólo reflejan aquellas situaciones extremas que necesitan de intervención⁹.

OBJETIVO

Estimar la prevalencia del maltrato de tipo físico dentro del ámbito familiar en una muestra representativa de niños residentes en un distrito de Madrid (España).

METODOLOGÍA

El diagnóstico de maltrato físico ha sido realizado por un equipo de pediatras expertos en la detección de malos tratos, los cuales, utilizaron criterios diagnósticos estandarizados tanto para las tipologías del maltrato¹⁰, como para la determinación de su severidad¹¹. Además se ha empleado un cuestionario dirigido a las madres, el cual incluía una adaptación española abreviada del *Child Abuse Potential Inventory*¹².

⁸ DEVER GEA. *Epidemiology in health services management*. Rockville, Maryland: Aspen, 1984.

⁹ GELLES, R.J. Family violence. En: Hampton, R.L.; Gullota, T.P., editores. *Family violence. Prevention and treatment*. Newbury Park: Sage, 1993, p. 1-24.

¹⁰ COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS. AMA diagnostic and treatment guidelines concerning child abuse and neglect. *Journal of the American Medical Association* 1985, nº 254, p. 796-800.

¹¹ CLAUSEN, A.H.; CRITTENDEN, P.M. Physical and psychological maltreatment. Relations among types of maltreatment. *Child Abuse and Neglect* 1991, nº 15, p. 5-18.

¹² LAN ETA GIZARTE SSEGURANTZA SAILA. *Maltrato y abandono infantil: identificación de factores de riesgo*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen-Zerbitzu Nagusia, 1988.

RESULTADOS

La muestra consta de 100 niños/as, cuyas madres tienen una media de edad de 32,6+-6,9 y con un número medio de hijos de 2,4+-1,3. La prevalencia de maltrato físico se ha estimado en 30,6% con un intervalo de confianza al 95% (IC95%) de 21,4% a 39,7%, distribuyéndose el 4% (IC95%=0,2%, 7,9%) de abuso, un 15,3% (IC95%=8,1%, 22,4%) de abandono, y un 11,2% (IC95%=4,9%, 17,4%) de abuso físico asociado con abandono.

CONCLUSIONES

Los existentes registros oficiales del maltrato infantil sólo representan el “vértice del iceberg” de este fenómeno psicosocial. Los resultados preliminares de este estudio determinan que la zona estudiada es un área de alto riesgo de maltrato a la infancia¹³.

¹³ GARBARINO, J.; KOSTELNY, K. Child maltreatment as a community problem. *Child Abuse and Neglect* 1992, nº 18, p. 151-171.

HIJOS DE GESTANTES ALCOHÓLICAS: VÍCTIMAS DE MALTRATO PRENATAL

Belén Morales Franco, M^a Luisa de la Morena Fernández
Universidad de Málaga

El consumo, por parte de la mujer embarazada, de sustancias que, de una manera consciente o inconsciente, perjudican al feto de que es portadora se denomina maltrato prenatal. Nuestro objetivo es demostrar que el consumo de bebidas alcohólicas durante la gestación se asocia a una mayor frecuencia de complicaciones neonatales y, por tanto, supone un tipo de maltrato prenatal, que debe prevenirse.

Para ello hemos estudiado una muestra de 205 mujeres en el tercer trimestre del embarazo. A través de la entrevista exhaustiva de cada una de ellas obtuvimos información acerca de si habían consumido o no bebidas alcohólicas durante el embarazo. Posteriormente, al nacer sus hijos/as, medimos una serie de parámetros neonatales: edad gestacional, peso, puntuación del test de Apgar, presencia de complicaciones obstétricas y/o neonatales presentación de malformaciones.

De los resultados obtenidos, deducimos, en primer lugar, que los neonatos cuyas madres consumieron alcohol durante la gestación fueron, con mayor frecuencia, pretérminos y bajos pesos, y tuvieron puntuaciones bajas o intermedias en el test de Apgar. Además presentaron más complicaciones obstétricas, neonatales y malformaciones. Todas estas variables condicionan una mayor morbi-mortalidad fetal y neonatal, así como un mayor riesgo de problemas físicos y psicosociales en el futuro.

Para evitar factores de confusión en nuestro estudio que falseasen nuestros resultados, extraímos un subgrupo de gestantes que habían consumido exclusivamente bebidas alcohólicas y comparamos los datos que recogimos de sus hijos/as con los de mujeres que no habían ingerido ningún tóxico.

De esta forma, hemos constatado que los efectos nocivos que hemos atribuido al alcohol no han sido causados por otros tóxicos que ingiera la madre durante la gestación, a excepción del peso neonatal.

La utilidad de realizar estudios que aborden el tema del maltrato prenatal radica en que sólo su conocimiento exhaustivo puede concienciar a los profesionales de la importancia de su prevención.

MALTRATO PRENATAL POR CONSUMO DE DROGAS DURANTE EL EMBARAZO

M^a Luisa de la Morena Fernández, Belén Morales Franco
Universidad de Málaga

La adicción a drogas es el hábito de la futura madre que resulta más peligroso para el feto, por lo que supone un grave maltrato prenatal. El objetivo de este trabajo es constatar la relación existente, en nuestro medio, entre el consumo de drogas durante la gestación y la aparición de un mayor número de complicaciones, que conllevan un mayor riesgo para el desarrollo físico, cognitivo y socioafectivo del niño.

Hemos estudiado una muestra de 205 gestantes, obteniendo, a través de una entrevista, información acerca del consumo de drogas durante el embarazo, pudiendo distribuir la muestra en dos grupos: uno que había consumido alguna droga y otro que no. Posteriormente, recogimos una serie de índices neonatales: edad gestacional, peso, puntuación en el test de Apgar, presencia de complicaciones obstétricas y/o neonatales, y presentación de malformaciones.

Tras analizar los resultados, concluimos que los neoatos de madres drogadictas son, con más frecuencia, pretérminos y bajos pesos, presentando puntuaciones bajas e intermedias en el test de Apgar. Además mostraron más complicaciones obstétricas, neonatales y malformaciones que los recién nacidos del grupo de mujeres no drogadictas.

Finalmente, seleccionamos a las embarazadas que habían consumido, exclusivamente, drogas y ningún otro tóxico, y las comparamos con el grupo de mujeres que no había consumido ningún tóxico. En ambos grupos estudiamos los parámetros neonatales y analizamos las diferencias con el fin de poder afirmar que son debidas exclusivamente al consumo de drogas y no a la interferencia de otras variables.

Con esta nueva muestra observamos que todas las asociaciones encontradas entre el consumo de drogas y las variables neonatales se mantienen, a excepción de las malformaciones: Por tanto, podemos concluir que los efectos reseñados son atribuibles al consumo de drogas, sin que exista ningún otro tóxico ingerido por las embarazadas que sea el verdadero causante de estos efectos nocivos.

VARIABLES SOCIOAFECTIVAS RELACIONADAS CON EL MALTRATO PRENATAL

M^º Luisa de la Morena Fernández
Universidad de Málaga

Se ha realizado un estudio con 205 embarazadas a las que se ha entrevistado para obtener información sobre diversos aspectos del periodo pregestacional y del propio embarazo. Aspectos que abarcan datos personales, estudios, profesión, posible consumo de sustancias tóxicas, enfermedades, motivaciones, deseos, relaciones de pareja, etc. Asimismo, se han recogido varios índices y medidas del embarazo, el parto y el recién nacido: presencia de complicaciones obstétricas (placenta previa, rotura prematura de placenta, hemorragias, prolapso de cordón, etc.) y/o neonatales (respiratorias, neurológicas, metabólicas, muerte), puntuaciones en el test de Apgar, peso, etc.

El presente trabajo tiene como objetivo concreto el analizar las posibles relaciones entre algunas variables socioafectivas y la presentación de complicaciones obstétricas y neonatales que pueden considerarse como un signo de maltrato prenatal. Las variables seleccionadas han sido la calidad de la relación y del trato que existe entre la pareja antes y durante el embarazo; así como la motivación y el deseo de los padres por tener al/a niño/a.

Los resultados muestran, con diferencias significativas, que en las parejas con malas relaciones, conflictos, maltrato físico y poco apoyo antes y durante la gestación aparecen más complicaciones obstétricas y neonatales que en las parejas cuya relación es más positiva.

Asimismo, en las parejas que no desean tener a su hijo/a o lo desean muy poco, se ha observado una mayor cantidad de complicaciones obstétricas y neonatales, con diferencias significativas frente a las parejas que sí los desean.

Esto nos indica la necesidad de concienciar a los futuros padres sobre los posibles daños que pueden causar sus actitudes en sus hijos.

MALOS TRATOS Y AUTOCONCEPTO EN NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS

Juan Muñoz Tortosa, Julia M^ª Martínez Jiménez

Diputación Provincial de Jaén

Numerosas investigaciones han puesto de relieve las consecuencias tan negativas que los malos tratos pueden tener sobre el desarrollo evolutivo de los menores que son objeto de estas acciones por parte de los padres. Además, estos efectos difieren de acuerdo con la naturaleza de las diversas formas de tipos y subtipos del maltrato recibido (Cantón *et al.*, 1995). Dado que uno de los principales contextos en los que se desarrolla el autoconcepto del individuo es el ámbito familiar, el tipo de interacciones padres-hijos puede afectar de forma determinante a esta variable. En parte de nuestra investigación nos propusimos:

OBJETIVO

Parte de los objetivos de nuestra investigación ha sido la de comprobar la existencia de una posible relación entre los malos tratos sufridos en la familia y el nivel de autoconcepto que presentan en la actualidad una muestra de menores institucionalizados en los 10 recursos de infancia de la Excm. Diputación Provincial de Jaén, cuya guarda y/o tutela ha sido confiada por el Servicio de Atención al Niño de la Delegación de Trabajo y Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.

PROCEDIMIENTO

La investigación se llevó a cabo durante dos años (93-94), con 128 sujetos institucionalizados (71 niños y 57 niñas), a causa de los malos tratos y/o abusos recibidos.

Para la evaluación de los distintos tipos y subtipos de malos tratos se elaboró un cuestionario al efecto, que fue debidamente cumplimentado por los educadores de las 10 Residencias de Atención al Menor de la Diputación Provincial de Jaén. Para la evaluación del autoconcepto, se utilizó el cuestionario (Musitu) que evalúa cuatro tipos de autoconcepto (académico, emocional, social y familiar).

Para el análisis de los efectos, en referencia a la edad y sexo de los niños maltratados sobre el autoconcepto se determinó mediante un ANOVA. Para la asociación entre malos tratos y autoconcepto se utilizaron las correlaciones de Pearson.

RESULTADO

Los resultados de nuestra investigación, en este apartado, nos demuestran una interacción significativa del sexo en el autoconcepto total, y con la subescala del autoconcepto emocional. En ambos casos los resultados confirman unas diferencias significativas en favor de los varones. Por otra parte no encontramos ninguna interacción significativa entre edad

y autoconcepto de los sujetos.

Por lo que respecta a la relación malos tratos y autoconcepto, sólo una de las categorías de maltrato (abandono físico), se relaciona negativa y significativamente con el autoconcepto de los niños maltratados y concretamente con una de sus subescalas (autoconcepto familiar).

FAMILIAS MULTIPROBLEMÁTICAS: INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Carles Panadés Nigorra, Serafín Carballo García, Olga Guerra Arablaza,
Vicenç Rosselló Morell, Consuelo Vañó Piedra
Consell Insular de Mallorca

El Equipo de Infancia y Familia (EIF), perteneciente al Consell Insular de Mallorca, está constituido por cinco psicólogos-terapeutas familiares. Se trata de un servicio a segundo nivel, encuadrado dentro de la Red de Servicios Sociales y especializado en el tratamiento psicoterapéutico de problemáticas psicosociales infantiles y juveniles (0 a 18 años). Actualmente, y desde finales de 1994, ha centrado su intervención en cuatro programas específicos:

- Programa de Atención Terapéutica a Menores y Familias con problemas de Malos Tratos.
- Programa de Atención Terapéutica a Menores Víctimas de Abusos Sexuales y sus Familias.
- Programa de Prevención y Tratamiento de los Problemas de Conducta de Menores.
- Programa de Trabajo Psicosocial con Familias Multiproblemáticas (FMP).

La comunicación que presentamos en el IV Congreso Estatal de Infancia Maltratada pretende exponer de forma breve:

- El contexto y el marco asistencial desde el cual el EIF ha llevado a cabo su trabajo psicoterapéutico sobre la "infancia en riesgo" y sus familias en la Isla de Mallorca.
- El proceso y la evolución asistencial que ha desembocado en la creación de un programa específico de trabajo psicosocial con familias multiproblemáticas a partir de enero de 1995.
- Las reflexiones de índole clínica y asistencial que ha ido generando el equipo a partir de este trabajo específico en casos de FMP con infancia.
- Las conclusiones extraídas a partir concretamente de la intervención en forma de Red Asistencial sobre casos de FMP.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS MALOS TRATOS INFANTILES

José Antonio Pascualena Artieda, Toni Lloret, Angelina Durán, Mercè Espadaler, Neus Grau, Tere Patino, María José Gámez, Teresa Rubió, María Antonia Tomás, Montse Custodio, Enriqueta Bonilla
Centro de Acogida Hogares Mundet, Barcelona

La ausencia de verdaderas actuaciones socio educativas orientadas a la prevención de este fenómeno nos ha motivado a desarrollar una serie de programas de intervención, que tratan de dar respuesta a este tema desde una óptica preventiva, evolutiva y sistémica.

Preventiva porque tratamos de intervenir más en grandes grupos que en individualidades y en poblaciones que no hayan experimentado circunstancias que puedan ser obstáculos para su desarrollo (prevención primaria). Aún así, en su desarrollo podemos encontrarnos con situaciones que están más cercanas a otros niveles preventivos (secundario y terciario) por lo que deberemos actuar identificando y actuando sobre los factores de riesgo existentes en el primer caso, y contando con los canales de derivación existentes en los casos de malos tratos ya declarados.

En principio, nos centramos en el menor, pero progresivamente deberemos ampliar nuestras actuaciones a padres, profesores, etc. y demás fuerzas comunitarias. La labor preventiva sólo es posible desde la cooperación y el compromiso de los adultos que intervienen en este fenómeno.

Evolutiva, porque debemos ofrecer elementos que ayuden a la persona o grupo a adquirir las posibilidades necesarias para hacer frente a las exigencias del momento evolutivo en el que se encuentran; para facilitar el tránsito de una fase a otra de su desarrollo; y para que podamos adelantarnos a futuras actuaciones que pudieran ser necesarias.

Sistémica, porque debemos tener en cuenta todos y cada uno de los elementos que constituyen sistema o sistemas donde se inserta la persona, olvidando el concepto de "causalidad" y sustituyéndolo por el de "factores asociados". Deben ser actuaciones globalizadas, coordinadoras de diferentes frentes y servicios y orientadas a producir cambios no sólo en el individuo sino en el entorno donde se desenvuelve.

Modalidad de intervención. *"Sólo a través de la elaboración del programa de intervención es posible dar cabida a los principios de **prevención, desarrollo e intervención social**"* (Rodríguez S. 1989). Si enfocamos este tema desde una óptica de "servicios" corremos el riesgo de contar con un conjunto de actuaciones disgregadas en la que la nuestra sería una más.

Nuestro proyecto de prevención de los malos tratos se configura en tres programas de intervención: uno destinado los menores-jóvenes, otro a las familias y un tercero orientado a los diferentes servicios, a sus profesionales y demás fuerzas comunitarias. Cada uno de ellos a su vez, desarrolla una serie de funciones o dimensiones (formación-información, coordinación-asesoría) de las que extraemos los objetivos que forman el armazón de nuestro diseño.

La evaluación. Consideramos dos tipos de evaluación. Una externa, realizada en última instancia por los responsables político-administrativos, con la participación de especialistas ajenos a su puesta en práctica.

La **interna** está basada en **programas de evaluación** de los distintos programas de intervención y trata de averiguar hasta qué punto ha sido efectivo cada programa para que podamos decidir el mantenimiento o no de cualquier elemento incluido en su planificación. Sería realizada por todas aquellas personas implicadas en los diferentes P. de I. (desde los menores a los especialistas). Técnicas como el análisis individual o grupal, cuestionarios (dirigidos a alumnos, padres, etc.), autoevaluación de los responsables de los programas , etc., nos ayudarán a conseguir información significativa en la que basar nuestra toma de decisiones.

DESVENTAJA SOCIOECONÓMICA: FACTOR PERPETUANTE DEL MALTRATO INFANTIL

Ximena Poblete, Margaret A Lynch

Optimum Health Services, Newcomen Centre, Londres

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño provee por la protección de la salud, crecimiento y desarrollo infantil y por el tratamiento del niño maltratado. Asimismo reconoce el derecho del niño a crecer en su ambiente familiar, en cuanto sea posible, y declara que el estado debe otorgar la asistencia necesaria a la familia para facilitar que ésta cumpla sus responsabilidades con los hijos y con la comunidad.

Los principios de la Convención están siendo incorporados por muchos países en sus legislaciones. Sin embargo, la legislación en torno a la protección infantil se centra principalmente en identificar e investigar casos en los que se sospecha maltrato infantil. Menos atención se presta a las responsabilidades que tienen los gobiernos de satisfacer las necesidades del niño y su familia. Si los servicios de atención infantil no están comprometidos en ayudar a otorgar dicho apoyo a la familia, principalmente a la que vive en condiciones socioeconómicas adversas, se pone en riesgo la salud y el desarrollo infantil.

La desventaja socioeconómica está fuertemente asociada con un perjuicio del desarrollo y salud mental infantil. Los problemas de salud mental infantil constituyen un gran desafío para el servicio de salud y para los servicios sociales. Su índice de prevalencia es alto y se asocian a largo plazo con bajo rendimiento académico, delincuencia, drogadicción, abuso infantil y problemas de salud mental en el adulto. Esto hace que se perpetue la desventaja familiar y el maltrato infantil.

El camino a seguir debe ser a través del desarrollo de servicios centrados en medidas preventivas que reduzcan los factores de riesgo y fortalezcan el buen funcionamiento familiar. El Servicio de Salud del Reino Unido, en un informe reciente sobre los Servicios de Salud Mental Infantil y de la Adolescencia, reconoce la importancia fundamental de tomar los factores de riesgos como un todo; por lo tanto aboga por la planificación y entrega de atención conjunta por parte de los servicios de salud, educación y sociales. Se le tiene que dar a la comunidad los medios para trabajar en equipo con aquellos que proveen la atención y para tomar parte activa en la solución de sus propios problemas.

En el Reino Unido existen iniciativas positivas de trabajo de tipo preventivo, sin embargo su alcance a todas las familias se pone en duda debido al presente clima político y social. El acceso universal a la atención infantil a los niños y sus familias y el desarrollo de políticas sociales dirigidas a satisfacer sus necesidades sientan las bases para quebrar la continuidad de los problemas de salud mental y maltrato infantil.

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN DE MENORES Y MALTRATO EN ESPAÑA

Jesús Rodríguez, Ana Raquel Gil, Jesús Jiménez Morago
Universidad de Sevilla

Este trabajo se enmarca en un estudio sobre incidencia y caracterización del maltrato infantil en España, a través de los expedientes de menores de las Comunidades Autónomas, llevado a cabo por el Área de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla, en convenio con el Centro de Estudios del Menor y la Familia. Tras el análisis y codificación de los expedientes de menores, se realizó una valoración de algunos servicios de menores con el objetivo de hallar un perfil-tipo de funcionamiento.

Así, la mayoría de los servicios tienen organizados sus archivos en un registro centralizado (62,5%), -ordenados de forma numérica (48,9%) o alfabética (36,2%). Sin embargo, en el 75,7% funcionan divididos por secciones (Recepción y Valoración de casos, Centros o Sección de internamiento y Adopción y Acogimiento Familiar). Se encontró también que en el 84,4% de los casos conocidos, los servicios disponían de un libro de registro. En cuanto a los expedientes, lo más frecuente es abrir uno por cada menor (69,2%) y con respecto a la valoración de su contenido, en el 49% de los servicios sus expedientes fueron calificados como de calidad "suficiente" y en el 31,4% de "insuficiente". Otro aspecto muy relacionado con lo anterior es la ordenación de los documentos contenidos en el expediente, necesaria para su comprensión cronológica, encontrando que el 69,4% de los servicios considerados fueron calificados como "deficientes". Además, se hallaron relaciones de cierto interés entre las distintas variables consideradas, destacando las interacciones que se producen entre las variables "contenido" y "ordenación".

Este estudio concluye con una reflexión sobre algunos aspectos relacionados con el funcionamiento de los servicios de protección de menores que pueden contribuir a una mejor comprensión de la problemática del maltrato infantil.

LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN Y EL MALTRATO INFANTIL: ¿QUIÉN DETECTA LOS CASOS?

David Saldaña Sage, Jesús Jiménez Morago, Alfredo Oliva Delgado
Universidad de Sevilla

Los servicios de atención al niño de las distintas comunidades autónomas del Estado Español necesitan estar estrechamente coordinados con otros dispositivos para detectar e intervenir en el problema del maltrato. La presente comunicación pretende reflejar la procedencia de los distintos casos de maltrato que llegan a estos servicios, y posibles patrones de detección en cada uno de los dispositivos de derivación.

Los datos que se presentan se refieren a 8.565 menores maltratados con los que los servicios de protección intervinieron en los años 1991 y 1992.

La mayor parte de los niños y niñas maltratados que llegaron a los servicios de protección fueron derivados por los servicios sociales comunitarios o de base (56%). La segunda fuente más importante son la policía y los tribunales de justicia (13%). En un número similar de casos (12%), son los familiares los que acuden directamente a los servicios de atención al niño. Las proporciones de derivación de los demás dispositivos son inferiores: el 6% proviene de servicios sanitarios, el 4% de servicios educativos, en un 3% los propios menores llegan al servicio de atención, y en un 2% son los vecinos los que acuden.

No todos los servicios, además, detectan el maltrato del mismo modo. Pese a que los servicios sociales comunitarios son para todos los tipos de maltrato la principal fuente de derivación, la policía tiene un papel destacado en los casos de abuso sexual, corrupción, explotación laboral y mendicidad, y en edades adolescentes y preescolares. Los servicios educativos se concentran en los niños de seis a catorce años, mientras que los sanitarios los hacen en los niños de un año o menos, con una elevada detección del maltrato prenatal. Las víctimas que entran en contacto directo con los servicios son, en mayor medida, adolescentes que han sufrido abusos sexuales. Las políticas de detección del maltrato deben tener en cuenta la particular sensibilidad de cada tipo de profesional hacia el maltrato, así como las edades de menores con las que más frecuentemente entra en contacto.

PAUTAS DE DESARROLLO DE LA COMPETENCIA COMUNICATIVA EN EL NIÑO MALTRATADO: ESTUDIO DE UN CASO

Grace Shum, Ana de Haro
Universidad de Huelva

El presente estudio consiste en observar las pautas de la adquisición de las habilidades comunicativas de un niño de 2,6 a 4,6 años de edad. El sujeto estudiado ha vivido en tres contextos ambientales diferentes: fue maltrato, tanto física como psicológicamente desde la fecha de su nacimiento; a los dos años de edad fue ingresado en una institución de menores protegidos; y, posteriormente, fue adoptado.

Antes de realizar el estudio se detecta que el niño presenta serios problemas, no sólo en el lenguaje, sino que posee también una gran deficiencia en el desarrollo de la competencia comunicativa. A los dos años de edad el sujeto no sólo carece de la capacidad lingüística, sino que su expresión del lenguaje analógico también es pobre e insuficiente.

Utilizamos el sistema audiovisual; registramos los datos comunicativos en un contexto natural de interacción adulto-niño; además, analizamos todos aquellos comportamientos comunicativos infantiles, esto es, observamos no sólo la producción del lenguaje verbal, sino que también estudiamos los gestos (paralingüístico, extralingüístico) que el niño produce en el contexto comunicativo para comunicarse con su interlocutor; asimismo, estudiamos la producción lingüística del niño desde los niveles sintáctico, semántico y pragmático, estableciendo, a su vez, comparaciones de tal producción con la de niños cuyo nivel de desarrollo del lenguaje es considerado como adecuado.

Según los resultados del análisis, se puede decir que la adecuada pauta de interacción diádica temprana adulto-niño es una condición *sine qua non* para el desarrollo psicológico infantil. Si dicha condición es inadecuada, tal como suele encontrarse en los niños maltratados, presentarán graves problemas de desarrollo. Además, si el contexto interactivo resulta inadecuado, se generará, muy posiblemente, algunas deficiencias; tal deficiencia se hace especialmente evidente con la evolución del lenguaje. Además, una vez que se hayan generado los handicaps, la superación de los mismos no resulta fácil.

IMPLICACIONES DEL MALTRATO ORGANIZADO

A. Tam, M.A. Lynch, A. Mellor
Optimum Health Service, Newcomen, Londres

En un ambiente donde se descubren cada vez más maltratos organizados de niños, es imprescindible que todos los profesionales trabajando en ese campo se familiaricen con los patrones de sucesos, las características de las víctimas y perpetradores, y los efectos que las investigaciones puedan tener sobre los profesionales.

Entre las distintas interpretaciones del término **maltrato organizado**, la definición más apropiada quizá sea aquella preferida por La Fontaine (1993): *maltrato realizado por múltiples perpetradores que actúan juntos para maltratar al niño (a los niños)*. La forma más común en el Reino Unido es el *network abuse* o maltrato en cadena (Creighton, 1990), frecuentemente afectando a niños adolescentes.

Un caso local reciente ilustra muy bien muchas características de "maltrato en cadena". Fueron involucrados 5 perpetradores, 8 víctimas que revelaron los sucesos, 22 niños locales que negaron revelar sus experiencias, y un número desconocido de niños en Rumanía que posiblemente también fueron víctimas de maltrato.

La ramificación de esta cadena hacia el extranjero hace resaltar un grave fenómeno recientemente reconocido: la infiltración de paidofílicos en organizaciones de caridad y misiones humanitarias. A menudo, como ha sido nuestro caso, éstos se presentan en organización, no como profesionales dedicados al cuidado de los niños, sino como operarios de apoyo (en nuestro caso, como carpinteros montando una lavandería en un hospital).

En la investigación de casos de maltrato organizado, oficiales superiores de los servicios deben celebrar reuniones estratégicas regulares para coordinar sus planes de acción. El personal, bien entrenado y con buena experiencia en investigaciones conjuntas sobre el maltrato infantil, debe estar dispuesto a colaborar con sus colegas de otros distritos. La consideración primordial sería la seguridad y el bienestar del/de los niño/s y esto a veces justificaría la demora de una investigación.

El gran número de servicios involucrados en cada investigación (más de 13 en nuestro caso) supone una gran demanda sobre los recursos, tanto humanos como financieros, disponibles. Procedimientos locales bien establecidos son esenciales si queremos evitar confusiones y pánicos en los servicios al descubrir una cadena de maltratos. En el momento actual, la mayoría de los distritos del Reino Unido ya tienen procedimientos oficiales establecidos para investigaciones. Estos procedimientos fueron preparados y acordados por las organizaciones dedicadas a la protección de menores y deben ser seguidos por ellas.

No se debe subvalorar el impacto sobre los profesionales. No es infrecuente que un oficial superior tenga menos experiencia en maltrato organizado que los miembros de su equipo de "primera línea". El sistema debe tener incorporado en sí supervisión y apoyo moral para los trabajadores. El gran desafío para cada servicio sería, sin duda, el establecimiento de una comunicación eficaz con otros servicios, la previsión de educación para su personal, y ayudas terapéuticas tanto para los miembros del equipo como para las víctimas, sus familias y perpetradores.

EL PERSONAL COMO MEDIADOR DE LA CALIDAD Y EFICACIA DE LA ATENCIÓN: BURN-OUT EN LOS PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE BASE DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA

Bárbara Torres Gómez de Cádiz, C. Herce, C. Achúcarro, A. Rivero
Centro LAUKA de Estudios e Intervención Familiar y Comunitaria, Donostia - San Sebastián

En este trabajo se explora el denominado síndrome del *burn-out* en el colectivo de profesionales de los Servicios Sociales de Base de la Comunidad Autónoma Vasca, como factor que mediatiza la calidad de la atención que desde dichos Servicios tales trabajadores prestan a las familias con problemas de desprotección infantil. Los profesionales de los Servicios Sociales de Base o Zona juegan un papel fundamental en la intervención con los casos de malos tratos infantiles ya que, a pesar de tener que atender a otro tipo de colectivos, representan el "filtro" habitual por el que este tipo de casos acceden a los servicios y recursos que, con un carácter más especializado, se ocupan habitualmente de este tipo de problemáticas. Por ello, resulta de interés conocer los posibles factores que influyen en el bienestar de estos profesionales y, de hecho, en la última década se constata una atención creciente por este tema, de forma que el denominado síndrome del *burn-out* está surgiendo como el principal riesgo ocupacional de los profesionales de la ayuda (Courage y Williams, 1987). No obstante, en lo que se refiere a nuestro contexto sociocultural, apenas existen trabajos empíricos sobre este tema y, particularmente, sobre el queme laboral en el colectivo de trabajadores de los servicios sociales, a pesar de que existen motivos fundados para pensar en una especial vulnerabilidad de estos profesionales ante este síndrome.

Este trabajo forma parte de un estudio más amplio que se está llevando a cabo con una muestra representativa de los profesionales de los Servicios Sociales de la C.A.V. con los objetivos principales de:

- 1.- Explorar la presencia de este síndrome en este colectivo.
- 2.- Identificar factores potencialmente implicados en su aparición (clima laboral, condiciones de trabajo, variables de personalidad).
- 3.- Examinar las posibles consecuencias que este síndrome puede tener en los niveles de salud física y mental de estos profesionales.
- 4.- Explorar el posible papel mediador de determinadas variables tanto en la aparición del *burn-out* como en la intensidad y cualidad de sus efectos (p.e. estrategias de afrontamiento, apoyo social fuera del ámbito laboral).¹⁴

¹⁴ NOTA: dado que la finalización de esta investigación se producirá en octubre de 1995, no es posible, en el momento de edición de este libro, exponer los resultados de la misma.

INFLUENCIA DEL SEXO Y LA EDAD EN CARACTERÍSTICAS EXTERNAS E INTERNAS ASOCIADAS AL MALTRATO FÍSICO

María Victoria Trianes Torres, José Antonio Gallardo Cruz
Universidad de Málaga

No existe una inclinación clara en la literatura a la hora de relacionar la incidencia del maltrato con el género, debido a la aparición de datos mixtos si están presentes otros factores. En nuestro estudio intentaremos describir diferencias encontradas en la percepción de la problemática familiar, social y personal, así como en la valoración del profesor y compañeros de clase entre los dos sexos al relacionarlos con la edad, dentro de una muestra de sujetos maltratados físicamente.

La muestra estuvo compuesta por sujetos maltratados físicamente (62 varones y 57 hembras), controlados por los servicios sociales. Los grupos de edades fueron tres (9-10, 11-12 y 13-14 años). Se utilizaron como instrumentos de evaluación la entrevista que exploraba aspectos familiares y afectivos en los niños y niñas, así como las pruebas de autoinforme y cuestionarios a contestar por el maestro y el grupo de iguales.

Para llevar a cabo este estudio se usó análisis de contingencia para captar el impacto de la edad y el sexo y su interacción con las variables extraídas de la entrevista. Posteriormente desarrollamos análisis multivariados de la varianza (MANOVAs) para considerar conjuntamente el efecto de la edad y sexo. Todos estos análisis se llevaron a cabo con el SPSS-PC+.

Los resultados apuntan que el temor es mayor entre las chicas; en cambio, la fuga de la institución es más frecuente en los chicos de más edad. Respecto a los accidentes de tráfico, el grupo de edad intermedio manifestó menor autocuidado personal. En cuanto a la presencia de psicopatología y problemas internos, encontramos que el maltrato se asocia con el género femenino presentando mayores problemas internalizantes y percibiéndose a sí mismas con un autoconcepto negativo y ansiedad/depresión, así como con mayor pasividad al relacionarse con los iguales.

La edad por su parte nos señala que los sujetos mayores son los que presentan peor situación en las variables patológicas (ansiedad, aislamiento, impopularidad, obsesión e inatención) y en la preferencia de sus iguales.

ASOCIACIONES PRO-VIDA: UNA ALTERNATIVA AL MALTRATO INFANTIL

M^a Jesús Trueba, M^a del Carmen Ocaña, José Bolufer

PRO-VIDA

Uno de los tópicos más difundidos sobre el maltrato infantil es circunscribir el mismo al hecho de ser hijos no deseados, por lo que, en lógica consecuencia, se llega a plantear el aborto provocado como una alternativa más para la disminución del maltrato infantil.

La Asociación Sevillana en Defensa de la Vida, a través de su Centro de Acogida, tiene la experiencia, en los últimos siete años, de ayuda a mujeres embarazadas, con problemas más o menos graves, que hacen que su embarazo, en principio, sea no deseado. Durante este tiempo hemos atendido a 1.500 mujeres de 13 a 40 años. El 60% eran solteras y el resto con pareja estable. La distribución por edades fue: 60% de 13 a 20 años, 30% de 20 a 30 años, 10% de 30 a 40 años, exceptuando 3 casos, las demás llevaron su embarazo a término y el 99% se quedaron con su hijo, el resto lo dieron en adopción. Las que se quedaron con su hijo, se siguió en contacto con ellas, ayudándoles en la alimentación infantil y visitándolas con mayor o menor frecuencia. En ningún caso se observó la existencia de maltrato ni rechazo al niño.

De nuestra experiencia podemos concluir que la causa de la lacra del maltrato infantil no reside en el hecho de que el niño sea el resultado de un embarazo no deseado, sino más bien de otras circunstancias sociales, como alcohol, drogas, alteraciones psicológicas o patológicas, malas condiciones económicas, inestabilidad de la pareja, etc. Es en estos puntos donde creemos que deben incidir las acciones sociales tendientes a la prevención del maltrato infantil.

DIRECTORIO DE PARTICIPANTES

Abadía Rodríguez, Cristina

Centro de Salud Salvador Allende
 Conde de Lumieres 3
 46019 Valencia
 Tel: 96-366.05.04

Achúcarro Marichal, Cristina

Centro LAUKA de Estudios e Intervención
 Familiar y Comunitaria
 Avda. Buena Vista 30, 3º ofic.4 y 5
 20016 San Sebastian
 Tel: 943-47.00.03

Aguilar Cordero, Mª José

Dpto. de Pediatría y Enfermería
 Universidad de Granada
 Avda. de Madrid s/n
 18012 Granada
 Tel: 958-28.02.00

Albert Castellví, María

Psicóloga y psicoterapeuta
 Centro de Acogimientos Familiares
 Sant Josep
 Pintor Ignasi Mallol 1
 43002 Tarragona
 Tel: 977-24.15.19
 Fax: 977-24.17.51

Alhambra, Mª Soledad

Unidad de Investigación "Agresión y
 Familia"
 Dpto. de Psicología Básica
 Facultad de Psicología
 Universidad de Valencia
 Avda. Blasco Ibáñez 21
 46010 Valencia
 Tel: 96-386.44.75
 Fax: 96-386.48.22

Alday, Begoña

Agente de Absentismo Escolar
 Guardia Urbana 3-5
 08004 Barcelona
 Tel: 93-317.70.24

Aldeamiz, Clara

Coordinadora del Programa de Familia
 Concejalía de Servicios Sociales
 Ayuntamiento de Fuenlabrada
 Avda. de la Hispanidad 11
 Fuenlabrada
 28945 Madrid
 Tel: 91-690.45.44

Alier Fabregó, Ángeles

Unidad de Soporte Técnico a los Equipos de
 Atención a la Infancia y Adolescencia
 Dpto. Bienestar Social
 Generalitat Cataluña.
 Plaza Pau Vila 1
 08003 Barcelona
 Tel: 93-483.10.00
 Fax: 93-483.10.44

Allam, Jayne

238, Yardley Wood Rd.
 Mosley
 B13 9JN Birmingham
 Reino Unido
 Tel: 07-44-121-428.40.68
 Fax: 07-44-121-428.38.17

Almaraz Lucas, Elena

Centro de Apoyo al Menor
 Luis Buñuel 12
 28038 Madrid
 Tel: 91-777.18.22
 Fax: 91-380.05.63

Alonso Varea, José Manuel

EAIA del Raval
 Ayuntamiento de Barcelona
 Erasme Janer 8
 08001 Barcelona
 Tel: 93-442.54.03
 Fax: 93-441.70.43

Álvarez, Mª Ángeles

Centro de Salud Polígono Sur
 Padre José Sebastián Bandarán s/n
 41013 Sevilla
 Tel: 95-462.69.11

Álvarez González, Mercedes

Pedagoga
Servicio del Menor
Instituto de Servicios Sociales
Región de Murcia
Alonso Espejo s/n
30007 Murcia
Tel: 968-36.20.00

Amorós Martí, Peré

Dpto. Métodos de Investigación y
Diagnóstico en Educación
Facultad Pedagogía
Universidad de Barcelona
Baldiri Reixach s/n
08028 Barcelona
Tel: 93-333.34.66

Andrés Celma, Mercedes

Jefe Área Promoción de la Salud
Consejería Salud
Generalitat Valenciana
Dr. Rodríguez Fornos 4
46010 Valencia
Tel: 96-386.66.34
Fax: 96-386.66.97

Anglés Aguade, Adela

Pedagoga y psicoterapeuta
Centro de Acogimientos Familiares Sant
Josep
Pintor Ignasi Mallol 1
43002 Tarragona
Tel: 977-24.15.19
Fax: 977-24.17.51

Aranda Regules, Jose Manuel

Médico de Familia
Centro de Salud San Andrés Torcal
José Palanca s/n
29003 Málaga
Tel: 95-233.08.00

Argilés, Marta

EAlA Supracomarcal de Lleida Zona Sud
Consell Comarcal del Pla D'Urgel
Avda. Prat de la Riba 1
25230 Mollerussa
Lérida
Tel: 973-71.13.13
Fax: 973-60.04.77

Arruabarrena Madariaga, Ignacia

Asociación de Orientación y Tratamiento
Familiar ARGABE
Avda. de Madrid 21, 4º D
20011 San Sebastián
Tel: 943-46.85.06
Fax: 943-46.84.11

Asociación Adín

Mariano de Lucas 9
28224 Pozuelo de Alarcón
Madrid
Tel/fax: 91-352.25.61

Azcárate Alonso, Teresa

Presidenta Asociación de Voluntarios de
Acogimiento Familiar
General Espartero 85, entreplanta izq.
Apartado Correos 4256
03012 Alicante
Tel: 96-525.15.03

Balbas Fernández, Alicia

Centro de Apoyo al Menor
Luis Buñuel 12
28038 Madrid
Tel: 91-777.18.22
Fax: 91-380.05.63

Balda Medarde, Mª Luisa

Psicóloga
Dirección General de Bienestar Social
Comunidad Autónoma de la Rioja
Villamediana 17
26071 Logroño
Tel: 941-29.11.00
Fax: 941-23.54.29

Balsells Bailón, M^a Ángeles

Departamento de Pedagogía y Psicología
Universidad de Lleida
Complejo de Caparrella s/n
25192 Lleida
Tel: 973-70.23.00
Fax: 973-70.23.05

Baño Rodrigo, Antonio

Secretario General
UNICEF España
Mauricio Legendre 36
28080 Madrid
Tel: 91-733.33.36
Fax: 91-314.74.75

Barajas Esteban, Carmen

Dpto. de Psicología Evolutiva y de la
Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Málaga
Campus de Teatinos s/n
29071 Málaga
Tel: 95-213.13.18
Fax: 95-213.26.35

Barbosa Boy, Jordi

Médico
Servicio Especial de Urgencias
Instituto Catalán de la Salud

Barjau Capdevila, Concepción

Trabajadora Social
Centro de Acogida de Urgencias de
Infancia
Gran Vía 584
08011 Barcelona
Tel: 93-451.85.34

E.U. Trabajo Social
Córcega 409
08037 Barcelona
Tel: 93.457.23.45
Fax: 93.426.26.74

Barroso García, Manuel

Secció d'Ensenyament
Àrea de Benestar Social
Ajuntament de L'Hospitalet
Teclasala 11
08901 Hospitalet.
Barcelona
Tel: 93-338.08.14
Fax: 93-338.74.09

Barudy, Jorge

Psiquiatra y Terapeuta Familiar
Programa de Maltrato Infantil "S.O.S.
Enfants-Famille"
Clínica Universitaria de la Universidad
Católica de Lovaina

Centro Médico Psico-social para Refugiados
Políticos y Víctimas de la Tortura EXIL
Director

30 Clos Chapelle Aux Champs
1200 Bruxelles
Tel: 07-32-2-346.28.38
Fax: 07-32-2-746.53.22

Benac, Mercedes

Presidenta
Asociación de la Comunidad Valenciana
para la Promoción de los Derechos del Niño
y la Prevención del Maltrato Infantil
(APREMI)
Apartado de Correos 12270
46020 Valencia

Bertrán Cortés, M^a Teresa

Directora
Casa de la Font
Calle Om 3
08001 Barcelona
Tel: 93-441.58.42
Fax: 93-443.17.54

Bolaños Cartujo, Iñaki

Servicio de Asistencia y Orientación Social
Juzgado de Familia
Vía Layetana 8
08003 Barcelona
Tel: 93-310.73.54

Bolufer, José

PRO-VIDA
Virgen de Loreto 33, 1ºB
41011 Sevilla
Tel: 95-427.89.50

Bonilla, Enriqueta

Centro de Acogida Hogares Mundet
Diputación Provincial de Barcelona
Paseo Valle Hebrón s/n
08035 Barcelona
Tel: 93-402.22.22
Fax: 93-402.26.12

Bringiotti, Mª Inés

Directora Programa de Investigación
en Infancia Maltratada
Facultad de Filosofía y Letras
Universidad de Buenos Aires
PUAN 470, 4º piso
Buenos Aires
Argentina
Tel: 07-54-1-432.06.06
Fax: 07-54-1-432.01.21

Browne, Kevin

Senior Lecturer in Clinical Criminology
School of Psychology University of
Birmingham
Edgbaston
Birmingham B15 2TT
United Kingdom
Tel: 07-44-121-414.36.65
Fax: 07-44-121-414.48.97

Bueno Gutierrez, Mª Teresa

Psicóloga
Jefe de Sección de Infancia y Juventud
Dirección General de Bienestar Social
Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales
Ronda de Levante 11, 5ª planta
30008 Murcia
Tel: 968-36.20.00
Fax: 968-20.18.42

Caballero Palomo, Mª Dolores

Trabajadora Social
Jefa Servicios Sociales Comunitarios
Área de Asuntos Sociales
Ayuntamiento de Sevilla
San Jacinto 27, 2º planta
41010 Sevilla
Tel: 95-459.07.18
Fax: 95-459.07.19

Cadoret, Anne

Groupe de Recherche et d'Analyse du
Social et de la Sociabilité
Centre National de la Recherche
Scientifique
59 rue Pouchet
75849 Paris Cedex 17
Francia
Tel: 07-33-40.25.12.16
Fax: 07-33-40-25.20.31

Calvo Casal, José Luis

Presidente
PRODENI
Granada 62, 1º
29015 Málaga
Apto. Correos 2075
29080 Málaga
Tel: 95-260.15.53
Fax: 95-260.06.66

Calvo Fernández, J.R.

Hospital Materno Infantil
Avda. Marítima del Sur s/n
35016 Las Palmas
Tel: 928-44.46.28
Fax: 928-44.47.75

Calvo Rosales, José

Pediatra
Jefe Dpto. Pediatría
Hospital Materno Infantil
Avda. Marítima del Sur s/n
35016 Las Palmas
Tel: 928-44.46.28
Fax: 928-44.47.75

Cantero, Mª José

Unidad de Investigación "Agresión y Familia"
Dpto. de Psicología Básica
Facultad de Psicología
Universidad de Valencia
Avda. Blasco Ibáñez 21
46010 Valencia
Tel: 96-386.44.75
Fax: 96-386.48.22

Cañas Carretero, Manuel

Secretario General ADIMA
Pedagogo
Dpto. de Servicios Sociales
Diputación de Sevilla
Menéndez Pelayo 32, 2º planta
41003 Sevilla
Tel: 95-455.07.07
Fax: 95-455.07.01

Carballo García, Serafín

Psicólogo
Equipo de Infancia y Familia
Área de Acción Social
Consell Insular de Mallorca
Reina María Cristina 3, entresuelo
07004 Palma de Mallorca
Tel: 971-75.69.25
Fax: 971-75.67.13

Cardo Jalón, Esther

Pediatra
Great Ormond Street Hospital
Neurosciences Unit
The Wolfson Centre
Mecklenburgh Square
London WC1N 2AP
Reino Unido
Tel: 07-44-171-837.76.18
Fax: 07-44-171-833.94.69

Carmona Castilla, Montserrat

Responsable de Servicios Sociales
Unidad de Trabajo Social
Consorti Hospitalari del Parc Tauli
Hospital de Sabadell
Parc Tauli s/n
08208 Sabadell
Barcelona
Tel: 93-723.10.10
Fax: 93-716.06.46

Carrasco, Francisco

Jefe del Programa de Familia, Infancia y Juventud
Dirección General de de Asuntos Sociales
Generalitat Valenciana
Colón 80
46004 Valencia
Tel: 96-386.79.96
Fax: 96-386.74.40

Casa Mesa, José Luis de la

Delegado Regional
Aldeas Infantiles S.O.S.
Diego de Riaño 9
41004 Sevilla
Tel/fax: 95-441.14.10

Casado González, José María

Teniente Fiscal
Audiencia Provincial de Jaén
Arquitecto Bergés 16
23071 Jaén
Tel: 953-25.48.22
Fax: 953-26.62.61

Casas Aznar, Ferrán

Dpto. de Psicología Social
Facultad de Psicología
Universidad de Barcelona
Paseo Vall d'Hebrón, 171
08035 Barcelona
Tel: 93-402.11.00
Fax: 93-346.12.23

Castaño, Francisco

Centro de Salud San Andrés Torcal
José Palanca s/n
29003 Málaga
Tel: 95-233.08.00

Centeno Moreno, M^a Angeles

Socióloga
Dirección General de Bienestar Social
Comunidad Autónoma de la Rioja
Villamediana 17
26071 Logroño
Tel: 941-29.11.00
Fax: 941-23.54.29

**Centro de Primera Acogida de Menores
ABRIL**

Molino 41
Estación de San Roque
11368 Cádiz
Tel: 956-61.22.25
Fax: 956-61.22.25

Cerezo Jiménez, M^a Angeles

Unidad de Investigación, Agresión y Familia
Dpto. de Psicología Básica
Facultad de Psicología
Universidad de Valencia
Avda. Blasco Ibáñez 21
46010 Valencia
Tel: 96-386.44.75
Fax: 96-386.48.22

Cerrato Guzmán, Natividad

PRODENI
Granada 62, 1º
29015 Málaga
Apto. Correos 2075
29080 Málaga
Tel: 95-260.15.53
Fax: 95-260.06.66

Cervelló Collado, Pilar

Educadora
Diputación Provincial de Barcelona
Barcelona
Tel: 93-402.22.22

Clos Fabuel, Montserrat

Dpto. de Psicología Evolutiva y de la
Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Málaga
Campus de Teatinos s/n
29071 Málaga
Tel: 95-213.13.18
Fax: 95-213.26.35

Collar López, Inmaculada

Centro de Apoyo al Menor
Luis Buñuel 12
28038 Madrid
Tel: 91-777.18.22
Fax: 91-380.05.63

Corberá March, Rafael

Hospital de Sagunt
Avda. Ramón y Cajal s/n
46520 Puerto de Sagunto
Valencia
Tel: 96-265.94.00
Fax: 96-265.94.20

Cortés Arboleda, M^a del Rosario

Dpto. de Psicología Evolutiva y de la
Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Granada
Campus Universitario de Cartuja
18071 Granada
Tel: 958-28.81.09
Fax: 958-24.37.37

Costa Cabanillas, Miguel

Jefe del Área de Investigación
Centro de Estudios del Menor y la Familia
Ministerio de Asuntos Sociales
Condesa de Venadito 34
28027 Madrid
Tel: 91-347.81.27
Fax: 91-347.81.36

Coy Ferrer, Antonio

Gabinete Psicosocial
Juzgado de Familia
Ramón y Cajal s/n
Edificio Viapol portal B, 2º planta
41005 Sevilla
Tel: 95-455.89.74

Coy Ferrer, Ernesto

Profesor Titular Psicología Social
Facultad Psicología
Universidad de Murcia
Edificio Luis Vives
Campus de Espinardo
30100 Murcia
Tel: 968-36.39.74

Crespo, Isabel

Dpto. de Psicología de la Educación
Universidad Autónoma de Barcelona
Apartado 22
08193 Bellaterra
Barcelona
Tel: 93-581.14.26
Fax: 93-581.23.24

Crivillé, Albert

Psicoanalista
Director Investigación
Service Social de l'Enfance de Paris
9 bis cour des Petites Ecuries
París 75010
Tel: 07-33-1-424.71.245
Fax: 07-33-1-424.62.528

Cuenca Burgos, Encarnación

Psicóloga
Juzgado de Menores de Murcia
Batalla de las Flores 3
30008 Murcia
Tel: 968-23.22.31
Fax: 968-23.46.37

Cusó Torelló, Montserrat

Asistente Social
Unidad de Soporte Técnico a los Equipos de
Atención a la Infancia y Adolescencia
Dpto. Bienestar Social
Generalitat Cataluña
Plaza Pau Vila 1
08003 Barcelona
Tel: 93-483.10.00
Fax: 93-483.10.44

Custodio, Montserrat

Centro de Acogida Hogares Mundet
Diputación Provincial de Barcelona
Paseo Valle Hebrón s/n
08035 Barcelona
Tel: 93-402.22.22
Fax: 93-402.26.12

D'Ocón Giménez, Ana

Unidad de Investigación "Agresión y
Familia"
Dpto. de Psicología Básica
Facultad de Psicología
Universidad de Valencia
Avda. Blasco Ibáñez 21
46010 Valencia
Tel: 96-386.48.23

de Haro, Ana

Dpto. de Psicología
Facultad de Humanidades y Ciencias
de la Educación
Campus del Carmen
Tel: 959-27.08.52
21007 Huelva
Fax: 959-27.04.11

de la Morena Fernández, M^a Luisa

Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Málaga
Campus de Teatinos s/n
29071 Málaga
Tel: 95-213.13.18
Fax: 95-213.26.35

de la Rosa, Concepción

Psiquiatra
U.S. Mental Infantil-Juvenil
Servicio Andaluz de Salud
Marqués de Comillas s/n
11003 Cádiz
Tel: 956-21.44.46

de Manuel, Carmen

Psicóloga
U.S. Mental Infantil-Juvenil
Servicio Andaluz de Salud
Marqués de Comillas s/n
11003 Cádiz
Tel: 956-21.44.46

de Paúl Ochotorena, Joaquín

Profesor Titular
Dpto. Personalidad, Evaluación
y Tratamiento
Facultad de Psicología
Universidad del País Vasco
Avda. de Tolosa 70
Aptdo. Correos 1249
20080 San Sebastián
Tel: 943-31.06.00

de Vergas y Sánchez, Carmen

Dirección General de Tráfico
Avda. Comandante Jerez 46-48
37008 Salamanca
Tel: 923-21.70.65
Fax: 923-27.02.67

Delegación Provincial de Trabajo y Asuntos Sociales

Servicio de Atención al Niño
Avda. Ramón de Carranza 19
11007 Cádiz
Tel: 956-22.07.28
Fax: 956.22.81.72

Delgado Anguisola, Mercedes

Secció d'Ensenyament
Àrea de Benestar Social
Ajuntament de L'Hospitalet
Teclasala 11
08901 Hospitalet
Barcelona
Tel: 93-338.08.14
Fax: 93-338.74.09

Delgado Rodríguez, Ángeles

Hospital Universitario Virgen del Rocío
Manuel Siurot s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-424.81.81

Delgado Rubio, Alfonso

Catedrático de Pediatría y Puericultura
Hospital de Basurto
Avda. Montevideo 18
48013 Bilbao
Tel: 94-441.97.19
Fax: 94-427.66.84

Dengrá Molina, Ramón

Jefe del Programa de Servicios Sociales
Comunitarios
Área Acción Social
Diputación Provincial de Granada
Plaza Bibataubin s/n
18009 Granada
Tel: 958-24.75.00
Fax: 958-24.73.35

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación

Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de Madrid
Carretera Colmenar Viejo Km. 15,5
28049 Madrid
Tel: 91-397.52.12

Díaz, Mª Dolores

Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Málaga
Campus de Teatinos s/n
Tel: 95-213.13.18
29071 Málaga
Fax: 95-213.26.35

Díaz Moreno, Francisco José

Psicólogo
Jefe de Sección de Servicios Sociales Especializados
Ayuntamiento de Sevilla
San Jacinto 27
41010 Sevilla
Tel: 95-459.07.30

Díaz Ojeda, Hécate

Pediatra
Great Ormond Street Hospital
Neurosciences Unit
The Wolfson Centre
Mecklenburgh Square
London WC1N 2Ap
Reino Unido
Tel: 07-44-171-837.76.18
Fax: 07-44-171-833.94.69

Dolz Serra, Laura

Unidad de Investigación "Agresión y Familia"
Dpto. de Psicología Básica
Facultad de Psicología
Universidad de Valencia
Avda. Blasco Ibáñez 21
46010 Valencia
Tel: 96-386.44.75
Fax: 96-386.48.22

Domínguez Corrales, Mª Victoria

Pediatra
Centro de Salud de Dos Hermanas Segovia s/n
41700 Dos Hermanas
Sevilla
Tel: 95-472.98.11

Domingo I Salvany, Francesc

Pediatra
Centro Asistencia Primaria Balaguer
Angel Gimerá 22
25600 Balaguer
Lérida
Tel: 973-44.60.28

Durán, Angelina

Centro de Acogida Hogares Mundet
Diputación Provincial de Barcelona
Paseo Valle-Hebrón s/n
08035 Barcelona
Tel: 93-402.22.22
Fax: 93-402.26.12

Durán, Sandra

Dpto. de Psicología Social
Facultad de Psicología
Universidad de Barcelona
Paseo Vall d'Hebrón 171
08035 Barcelona
Tel: 93-402.11.00
Fax: 93-346.12.23

Elvar, Mª Cruz

Área de Investigación
Centro de Estudios del Menor y la Familia
Ministerio de Asuntos Sociales
Condesa de Venadito 34
28027 Madrid
Tel: 91-347.81.27
Fax: 91-347.81.36

Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia

Área de Bienestar Social
Secció d'Ensenyament
Ajuntament de L'Hospitalet
Tecla Sala 11
08901 Hospitalet
Barcelona
Tel: 93-338.40.54
Fax: 93-338.74.09

Equipo del Programa de Apoyo Escolar para la Protección a la Infancia

Consejería de Educación
Comunidad de Madrid
Donoso Cortés 46
28015 Madrid
Tel: 91-446.38.53
Fax: 91-447.13.43

Equipo Técnico Talita-Kum

Residencia Infanto-Juvenil Talita-Kum
Carretera de Alcalá Km. 1,5
41500 Alcalá de Guadaíra
Sevilla
Tel: 95-561.31.26

Espadaler, Mercé

Centro de Acogida Hogares Mundet
Diputación Provincial de Barcelona
Paseo Valle Hebrón s/n
08035 Barcelona
Tel: 93-402.22.22
Fax: 93-402.26.12

Esteban Arbués, Andrés

Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Sevilla
San Francisco Javier s/n
41005 Sevilla
Tel: 95-455.76.78
Fax: 95-455.76.66

Falshaw, Louise

School of Psychology University of
Birmingham
Edgbaston
Birmingham B15 2TT
United Kingdom
Tel: 07-44-121-414.36.65
Fax: 07-44-121-414.48.97

Farinati, Franklin Augusto de los Santos

Hospital Infantil
Dario Pederneiras 95/402
Porto Alegre RS
Brasil
CEP 90-630-090
Tel: 07-55-512-226.97.56

Fernández Del Valle, Jorge

Dpto: Psicología
Facultad de Psicología
Universidad de Oviedo
Aniceto Sela s/n
33005 Oviedo
Tel: 985-10.32.46
Fax: 985-10.32.16

Fernández García, Isabel

Profesora
Instituto Pradolonga
Ibiza 62
28009 Madrid

Fernández Molina, Milagros

Dpto. de Psicología Evolutiva y de la
Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Málaga
Campus de Teatinos s/n
29071 Málaga
Tel: 95-213.13.18
Fax: 95-213.26.35

Fernández Quintanilla, Lourdes

Centro de Apoyo al Menor
Luis Buñuel 12
28038 Madrid
Tel: 91-777.18.22
Fax: 91-380.05.63

Ferrà Coll, Patricia

Dpto. de Ciències de l'Educació
Universitat de les Illes Balears
Edificio Ramón Llull
Ctra. de Valldemossa km. 7,5
07071 Palma de Mallorca
Tel: 971-29.36.04
Fax: 971-17.34.73

Figuerido-Poulain, J. L.

Hospital Santiago Apostol
Olagibel 27
01004-Vitoria-Gasteiz
Tel: 945-25.36.00
Fax: 945-25.61.81

Finkelhor, David

Co-Director
Family Research Laboratory
University of New Hampshire
Durham, NH 03824-3586
New Hampshire
Tel: 07-1-603-862.27.61
Fax: 07-1-603-862.11.22

Fiscalía de Menores de Sevilla

Ramón y Cajal s/n
Edificio Viapol
41005 Sevilla
Tel: 95-459.97.00
Fax: 95-459.97.96

Flores, Julián

Servicios Sociales
Ayuntamiento de Parla
Ramón y Cajal 5 posterior
Parla
28980 Madrid
Tel: 91-698.02.61

Floyd, Sarah C.

Unidad de Investigación "Agresión y Familia"
Dpto. de Psicología Básica
Facultad de Psicología
Universidad de Valencia
Avda. Blasco Ibáñez 21
46010 Valencia
Tel: 96-386.44.75
Fax: 96-386.48.22

Frontela, Luis

Catedrático Medicina Legal
Facultad de Medicina
Avda. Sánchez Pizjuán 4
41009 Sevilla
Tel: 95-455.98.39
Fax: 95-437.26.76

Fuentes Rebollo, Mª Jesús

Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Málaga
Campus de Teatinos s/n
29071 Málaga
Tel: 95-213.13.18
Fax: 95-213.26.35

Fuertes Zurita, Jesús

Psicólogo
Jefe del Servicio de Protección y Atención a Menores
Dirección General de Servicios Sociales
Junta de Castilla y León
María de Molina 13 bis
47071 Valladolid
Tel: 983-41.38.74
Fax: 983-41.38.87

Galdó, Gabriel

Dpto. de Pediatría
Universidad de Granada
Avda. de Madrid s/n
18012 Granada
Tel: 958-28.02.00

Gallardo Cruz, José Antonio

Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Málaga
Campus de Teatinos s/n
29071 Málaga
Tel: 95-213.13.18
Fax: 95-213.26.35

Gámez, Mª José

Centro de Acogida Hogares Mundet
Diputación Provincial de Barcelona
Paseo Valle Hebrón s/n
08035 Barcelona
Tel: 93-402.22.22
Fax: 93-402.26.12

García Cano, Josefina

Enfermera
Hospital Virgen de la Arrixaca
Murcia
Tel: 968-36.96.12

García Cárdenas, M^a Ángel

Psicóloga
Dpto. de Acogimiento Familiar y Adopción
Servicio de Atención al Niño
Avda. Ramón de Carranza 19
11007 Cádiz
Tel: 956-22.07.28
Fax: 956.22.81.72

García García, Aranzazu

Dpto. Psicología
Facultad de Psicología
Universidad de Oviedo
Aniceto Sela s/n
33005 Oviedo
Tel: 985-10.32.46
Fax: 985-10.32.16

García García, Dolores

Jefa de Servicio de Infancia y Familia
Dpto. de Bienestar Social
Ayuntamiento de Vitoria
Plaza de España 1
Vitoria-Gasteiz
Tel: 945-16.13.79
Fax: 945-16.13.63

García Gómez, Elena

Jefa Sección de Adopción
Dirección General del Menor y la Familia
Ministerio Asuntos Sociales
Condesa de Venadito 34
28027 Madrid
Tel: 91-347.81.72
Fax: 91-347.81.20

García López, Mercedes

Centro de Salud Salvador Allende
Conde de Lumieres 3
46019 Valencia
Tel: 96-366.05.04

García Martínez, Montserrat

Enfermería Infantil
Escuela Universitaria de Enfermería Verge
de la Cinta
Esplanetes 44-58
43517 Tortosa
Tarragona

García Rodríguez, Angel

Presidente Mensajeros de la Paz
Puebla 6
28004 Madrid
Tel: 91-532.75.90
Tel: 91-522.95.28

García-Matres y Cortés, Begoña

Dirección General de Tráfico
Avda. Comandante Jerez 46-48
37008 Salamanca
Tel: 923-21.70.65

Garreta Sanz, M. Clara

Psicóloga
Equip d'Atenció a la Infància y
Adolescencia
Ajuntament de Barcelona
Mollerusa 61
Barcelona
Tel: 93-311.53.51
Fax: 93-311.55.54

Garrido Fernández, Miguel

Dpto. Psiquiatría, Personalidad, Evaluación
y Tratamiento Psicológico
Facultad de Psicología
Universidad de Sevilla
San Francisco Javier s/n
41005 Sevilla

Gayán Guardiola, Mercedes

Hospital Universitario Virgen del Rocío
Manuel Siurot s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-424.81.81

Gayobart Marqués, Susanna

Secció d'Ensenyament
Àrea de Benestar Social
Ajuntament de L'Hospitalet
Teclasala 11
08901 Hospitalet
Barcelona
Tel: 93-338.08.14
Fax: 93-338.74.09

Gil Arrones, Juan

Pediatra
Hospital Universitario Virgen de Valme
Carretera de Cádiz s/n
41014 Sevilla
Tel: 95-421.01.52

Gil Lavado, Ana

Psicóloga
Delegación de Educación y Ciencia
Equipo de Apoyo Externo Sevilla-Híspalis
Colegio Candelaria
San Juan de la Cruz s/n
41006 Sevilla
Tel: 95-492.02.69

Gil Miranda, Ana Raquel

Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Sevilla
San Francisco Javier s/n
41080 Sevilla
Tel: 95-455.76.78
Tel: 95-455.76.42

Gracia, Enrique

Dpto. Psicología Social
Facultad de Psicología
Universidad de Valencia
Avda. Blasco Ibañez 21
46010 Valencia
Tel: 96-386.44.20
Fax: 96-386.46.68

Goicoechea, M^a Ángeles

Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Málaga
Campus de Teatinos s/n
29071 Málaga
Tel: 95-213.13.18
Fax: 95-213.26.35

Gómez de Terreros Sánchez, Ignacio

Jefe de Servicio de Pediatra
Hospital Infantil Virgen del Rocío
Manuel Siurot s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-424.81.81

Gómez Pérez, Eva M^a

Dpto. de Educación
Área de Psicología
Universidad de Cantabria
Edificio Interfacultativo 3^a planta
Avda. de los Castros s/n
39005 Santander
Tel: 942-20.11.70
Tel: 942-20.11.73

Gómez Tevar, Filo

Centro de Prevención y Atención de la Drogodependencia ACAD
Plza. Dr. Jaime Sánchez 2
03300 Orihuela
Alicante
Fax: 96-674.24.48

González Cuenca, Antonia M^a

Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Málaga
Campus de Teatinos s/n
29071 Málaga
Tel: 95-213.13.18
Fax: 95-213.26.35

González-Meneses González-Meneses, Antonio

Jefe Servicio de Pediatría
Hospital Universitario Virgen Macarena
Dr. Fedriani s/n
41009 Sevilla
Tel: 95-455.73.53
Fax: 95-438.39.09

González Soler, Olayo Eduardo

Fiscal
Audiencia Provincial de Ciudad Real
Caballeros s/n
13001 Ciudad Real
Tel: 926-29.55.14
Fax: 926-25.32.44

Graus, Neus

Centro de Acogida Hogares Mundet
Diputación Provincial de Barcelona
Paseo Valle Hebrón s/n
08035 Barcelona
Tel: 93-402.22.22
Fax: 93-402.26.12

Grisó Valls, Rosa

Gabinete de Derechos Humanos
Cruz Roja de Cataluña
Avda. de Vallvidrera 73
08017 Barcelona
Tel: 93-205.14.14
Fax: 93-205.62.15

Güell Rovira, Pere

Psicólogo
Equip d'Atenció a la Infància i
Adolescència
Ajuntament de Barcelona
Comerç 42
08003 Barcelona
Tel: 93-310.39.00
Fax: 93-319.73.70

Guerra Arabolaza, Olga

Psicóloga
Equipo de Infancia y Familia
Área de Acción Social
Consell Insular de Mallorca
Reina María Cristina 3, entresuelo
07004 Palma de Mallorca
Tel: 971-75.69.25
Fax: 971-75.67.13

Gutiérrez, Carmen

Centro de Salud Polígono Sur
Padre José Sebastián Bandarán s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-462.69.11

Gutiérrez Bermejo, Belén

Dpto. Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológico
Facultad Psicología
Universidad de Salamanca
Avda. de la Merced 109-131
37005 Salamanca
Tel: 923-29.46.17

Harto de Vera, M^a José

Vicepresidenta ADIMA
Trabajadora Social
Servicio de Infancia y la Familia
Diputación Provincial de Sevilla
Aptdo. Correos 522
41080 Sevilla
Tel: 95-435.56.00
Fax: 95-443.53.10

Herce Sellán, Cristina

Centro LAUKA de Estudios e Intervención
Familiar y Comunitaria
Avda. Buena Vista 30, 3º ofic.4 y 5
20016 San Sebastián
Tel: 943-47.00.03

Hernández, Eulalia

Dpto. de Psicología de la Educación
Universidad Autónoma de Barcelona
Apartado 22
08193 Bellaterra
Barcelona
Tel: 93-581.14.26
Fax: 93-581.23.24

Hidalgo García, Victoria

Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Sevilla
San Francisco Javier s/n
41005 Sevilla
Tel: 95-455.76.95
Tel: 95-455.76.42

Ibáñez Valverde, Vicente

Psicólogo
Juzgados de Familia nº 22
Capitán Haya 66, 2º planta
28071 Madrid
Tel: 91-397.14.81
Fax: 91-397.14.39

Jar Couselo, Gonzalo

Gabinete de Estudios y Prospectiva
Secretaría de Estado de Interior
Amador de los Ríos 2
28071 Madrid
Tel: 91-537.19.62
Fax: 91-537.19.87

Jiménez Girón, Ana Victoria

Trabajadora Social
Unidad de Trabajo Social
Hospital Universitario Materno-infantil
Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-424.80.50

Jiménez Hernández, José Luis

Pediatra
Hospital de Cruces
Plaza de Cruces s/n. Vizcaya
48903 Baracaldo
Tel: 94-485.00.86
Fax: 94-485.09.18

Jiménez Hernández, Manuel

Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Málaga
Campus de Teatinos s/n
29071 Málaga
Tel: 95-213.13.18
Fax: 95-213.26.35

Jiménez Morago, Jesús

Dpto. Psicología
Escuela Universitaria Trabajo Social
Dr. Cuadrado 6
21071 Huelva
Tel: 959-22.01.74
Fax: 959-27.04.10

Juste Ortega, Mª Gracia

Área de Investigación
Centro de Estudios del Menor y la Familia
Ministerio de Asuntos Sociales
Condesa de Venadito 34
28027 Madrid
Tel: 91-347.81.27
Fax: 91-347.81.36

Killèn, Kari

Norwegian Institute of Child Welfare
Research
Radhusgt 7 B
N-0151 Oslo
Noruega
Tel: 07-47-22-42.20.00
Fax: 07-47-22-42.28.05

Lalueza, José Luis

Dpto. de Psicología de la Educación
Universidad Autónoma de Barcelona
Apartado 22
08193 Bellaterra.
Barcelona
Tel: 93-581.14.26
Fax: 93-581.23.24

Lamas Peris, Carlos

Médico y psicoterapeuta
Centro de Acogimientos Familiares Sant Josep
Josep
Pintor Ignasi Mallol 1
43002 Tarragona
Tel: 977-24.15.19
Fax: 977-24.17.51

Lapetra Coderque, Pilar

Pedagoga
Servicio de Infancia y Familia
Diputación Provincial de Sevilla
Aptdo Correos 522
41080 Sevilla
Tel: 95-435.56.00
Fax: 95-443.53.10

Lara y González, Francisco

Maestro
Colegio Palomeras Bajas
Felipe de Diego 6
28018 Madrid
Tel: 91-785.48.17

León-Leal, Juan Antonio

Pediatra
Hospital Infantil Virgen del Rocío
Manuel Siurot s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-424.81.81

León Lozano, Juan

Inspector Jefe
Unidad del Cuerpo Nacional de Policía
Adscrita a la Comunidad Autónoma
Héroes de Toledo 20-26
41071 Sevilla
Tel: 95-492.48.33
Fax: 95-492.51.55

Leónzegui, Indalecio

U.S. Mental Infantil-Juvenil
Servicio Andaluz de Salud
Marqués de Comillas s/n
11003 Cádiz
Tel: 956-21.44.46

Levy, Howard B.

Grant Hospital of Chicago
550 West Webster
Chicago, IL 60614
Estados Unidos
Tel: 07-1-312-883.35.55
Fax: 07-1-312-883.39.67

Lezana Angulo, José María

Sección Infancia y Juventud
Departamento de Servicios Sociales
Diputación Foral de Gipuzkoa
Avda. de la Libertad 17, 4º planta
20004 San Sebastián
Tel: 943-42.61.06

Lillo Pedreño, Francisca

Trabajadora Social
Juzgado de Menores
Batalla de las Flores 3
30008 Murcia
Tel: 968-23.22.31
Fax: 968-23.46.37

Linero Zamorano, Mª José

Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Málaga
Campus de Teatinos s/n
29071 Málaga
Tel: 95-213.13.18
Fax: 95-213.26.35

Llaó Llussà, Carmen

Unidad de Soporte Técnico a los Equipos de
Atención a la Infancia y Adolescencia
Dpto. Bienestar Social
Generalitat Cataluña
Plaza Pau Vila 1
08003 Barcelona
Tel: 93-483.10.00
Fax: 93-483.10.44

Lloret, Antoni

Centro de Acogida Hogares Mundet
Diputación Provincial de Barcelona
Paseo Valle Hebrón s/n
08035 Barcelona
Tel: 93-402.22.22
Fax: 93-402.26.12

López Andrades, Ana

Hospital Universitario Virgen del Rocío
Manuel Siurot s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-424.81.81

López Barrios, Antonio M^a

Hospital Universitario Virgen del Rocío
Manuel Siurot s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-424.81.81

López Gálvez, Manuel

Jefe del Equipo de Menores
Unidad del Cuerpo Nacional de Policía
Adscrita a la Comunidad Autónoma
Héroes de Toledo 20-26
41071 Sevilla
Tel: 95-492.48.33
Fax: 95-492.51.55

López Lahoz, M^a Pilar

Pediatra
Centro de Salud Actur Sur
Gertrudis Gómez de Avellaneda
50015 Zaragoza
Tel: 976-73.24.43
Fax: 976-73.27.84

López Martín, Miguel Ángel

Programa de Servicios Sociales
Comunitarios
Área Acción Social
Diputación Provincial de Granada
Plaza Bibataubin s/n
18009 Granada
Tel: 958-24.75.00

López Medina, M^a Rosa

Juzgado de Menores
Batalla de las Flores 3
30008 Murcia
Tel: 968-23.22.31
Fax: 968-23.46.37

Lorente Martínez, Ana

Programa de Servicios Sociales
Comunitarios
Área Acción Social
Diputación Provincial de Granada
Plaza Bibataubin s/n
18009 Granada
Tel: 958-24.75.00

Lostal Gracia, M^a Isabel

Pediatra
Centro de Salud Actur Sur
Gertrudis Gómez de Avellaneda
50015 Zaragoza
Tel: 976-73.24.43
Fax: 976-73.27.84

Lucea García, Ernestina

Pediatra
Centro de Salud Actur Sur
Gertrudis Gómez de Avellaneda
50015 Zaragoza
Tel: 976-73.24.43
Fax: 976-73.27.84

Lynch, Margaret A.

Directora Médica
Optimum Health Services
Elizabeth Blackwell House
Wardalls Grove
Avonley Road
London SE14 5ER
Reino Unido
Tel: 07-44-171-635.55.55
Fax: 07-44-171-635.11.88

Machado Cabezas, Isabel

Servicio de Adopción y Acogimiento
Familiar
Dirección General Atención al Niño
Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales
Avda. Héroe de Toledo s/n
41006 Sevilla
Tel: 95-455.41.65

Malo Aragón, Jose María

Pediatra Social
Hospital Universitario Infantil Virgen del
Rocío
Manuel Siurot s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-464.81.81

Manchón Echaurre, Alicia

Psicóloga
Residencia de Menores Las Acacias
General Ricardos 179
28025 Madrid
Tel: 91-462.84.26
Fax: 91-462.87.62

Manrique, Pilar

Trabajadora Social
U.S. Mental Infantil-Juvenil
Servicio Andaluz de Salud
Marqués de Comillas s/n
11003 Cádiz
Tel: 956-21.44.46

March Cerdá, Joan Carles

Coordinador
Área de Promoción de Salud
Escuela Andaluza Salud Pública
Campus Universitario de Cartuja
Apto. Correos 2070
18080 Granada
Tel: 958-16.10.44
Fax: 958-16.11.42

Martín Alvarez, Luis

Pediatra
Asociación Madrileña de Prevención de los
Malos Tratos a la Infancia
Aptdo. Correos 24076
28080 Madrid
Tel: 91-680.44.11
Tel: 91-741.27.71
Fax: 91-680.56.44

Martín Medem, José María

Periodista
Miembro Consejo Administración RTVE
José Abascal 40
28003 Madrid
Tel: 91-448.27.25

Martín Espíldora, M^a Nieves

Pediatra
Centro de Salud Actur Sur
Gertrudis Gómez de Avellaneda
50015 Zaragoza
Tel: 976-73.24.43
Fax: 976-73.27.84

Martín-Plaza, Alicia

Área de Investigación
Centro de Estudios del Menor y la Familia
Ministerio de Asuntos Sociales
Condesa de Venadito 34
28027 Madrid
Tel: 91-347.81.27
Fax: 91-347.81.36

Martínez, Isabel

Centro de Acogida
Concejalía de Bienestar Social
Ayuntamiento de Getafe
Ramón y Cajal 27
28902 Getafe
Madrid
Tel: 91-695.03.04

Martínez García, Rosalía

Dpto. Antropología Social, Sociología y
Trabajo Social
E.U. Graduados Sociales
Universidad de Sevilla
Madre de Dios 1
41004 Sevilla
Tel: 95-421.4103

Martínez, Silvina Rosana

Calle 70 nº 969
1900 La Plata
Buenos Aires
Argentina

Martínez Jiménez, Julia Mª

Área de Infancia y Juventud
Patronato Provincial de Bienestar Social
Carretera de Madrid s/n
Complejo Hospitalario Princesa de España
Jaén
Tel: 953-25.07.41

Martínez Montardit, Ruth

Secció d'Ensenyament
Àrea de Benestar Social
Ajuntament de L'Hospitalet
Teclasala 11
08901 Hospitalet
Barcelona
Tel: 93-338.08.14
Fax: 93-338.74.09

Martínez Roig, Antonio

Pediatra
Hospital Virgen del Mar
Roger de Lluria 91, 3º-1
08009 Barcelona
Tel: 93-309.22.08
Fax: 93-309.89.36

Martínez Rupérez, Mª Jesús

Cáritas Española
San Bernardo 99 bis, 7º
28015 Madrid
Tel: 91-445.53.00

Martínez Silva, Blanca

Sección de Protección y Atención al Menor
Servicio Territorial de Bienestar Social de
León
Programa de Acogimiento Familiares
Profesionales
Junta de Castilla y León
Avda. Peregrino s/n
24071 León
Tel: 987-29.61.00
Fax: 987-29.62.39

Martos Tovar, Miguel José

Unidad de Soporte Técnico a los Equipos de
Atención a la Infancia y Adolescencia
Dpto. Bienestar Social
Generalitat Cataluña
Plaza Pau Vila 1
08003 Barcelona
Tel: 93-483.10.00
Fax: 93-483.10.44

Masallé, María del Pilar

Calle 9, 762, 1º
1900 La Plata
Buenos Aires
Argentina
Tel: 07-54-21-349.58
Fax: 07-54-21-51.01.07

Mato Gomez, Juan Carlos

Director General del Menor y la Familia
Ministerio de Asuntos Sociales
Condesa de Venadito 34
28027 Madrid
Tel: 91-347.81.30
Fax: 91-347.81.20

Medín Roca, Jesús

Colectivo Galego del Menor
Salvador de Madariaga 45, bajo
15008 La Coruña
Tel: 981-10.54.44
Fax: 981-10.39.11

Melendro Estefanía, Miguel

Servicio de Coordinación de Centros
Instituto Madrileño de Atención
a la Infancia
Consejería de Integración Social
Ortense 11, 9ª planta
28020 Madrid
Tel: 91-580.36.46
Fax: 91-580.37.46

Mellor, A.

Equipo de Protección de Menores
Policía Metropolitana
Londres

Mendoza García, Ruth

Centro de Apoyo al Menor
Luis Buñuel 12
28038 Madrid
Tel: 91-777.18.22
Fax: 91-380.05.63

Merín Cañada, Tomás

Presidente
Sociedad Española de Derecho y Servicios
Sociales
Santa Engracia 4
28010 Madrid
Tel: 91-319.63.62

Michelena Alberdi, Alicia

Psicóloga
Servicio de Menores
Conselleria de Governación
Francisco Salvá s/n
07009 Marratxí (Mallorca)
Tel: 971-17.64.16

Miñones Camaño, José

Psicólogo
Dirección General de Familia
Xunta de Galicia
Edificio Administrativo San Caetano
Santiago de Compostela
15771 La Coruña
Tel: 981-54.56.61
Fax: 981-54.46.34

Molina, Antonio

Dpto. de Pediatría
Universidad de Granada
Avda. de Madrid s/n
18012 Granada
Tel: 958-28.02.00

Molina Hernández, Lourdes

Unidad de Soporte Técnico a los Equipos de
Atención a la Infancia y Adolescencia
Dpto. Bienestar Social
Generalitat Cataluña
Plaza Pau Vila 1
08003 Barcelona
Tel: 93-483.10.00
Fax: 93-483.10.44

Monente Calvo, Mª Ángeles

Pediatra
Centro de Salud Actur Sur
Gertrudis Gómez de Avellaneda
50015 Zaragoza
Tel: 976-73.24.43
Fax: 976-73.27.84

Montané Merinero, Mª Jesús

Psicóloga
Jefe del Servicio de Adopción y
Acogimiento Familiar
Dirección General del Menor y la Familia
Ministerio de Asuntos Sociales
Condesa de Venadito 34
28027 Madrid
Tel: 91-347.81.73
Fax: 91-347.81.20

Montenegro Cabello, Juan José

Presidente
DNI-España
Mariano de Lucas 9
28224 Pozuelo de Alarcón
Madrid
Tel/fax: 91-352.25.61

Montero Aleu, Manuel

Jefe de Servicio Provincial de Atención al Niño
Delegación Provincial de Trabajo y Asuntos Sociales
Luis Montoto 89
51005 Sevilla
Tel: 95-455.60.55
Fax: 95-458.31.55

Montero Calle, Olegario

Director General de Acción Social
Junta de Extremadura
Sta. Eulalia 30
06800 Mérida
Tel: 924-38.53.83
Fax: 924-38.53.01

Montes Marqués, María Paz

Dpto. Psicología Clínica y Psicobiología
Facultad de Psicología
Universidad de Santiago de Compostela
15706 Santiago
Tel: 981-56.31.00
Fax: 981-52.15.81

Mora Merchán, Joaquín

Dpto. Psicología Evolutiva
Facultad Ciencias de la Educación
Universidad de Sevilla
San Francisco Javier s/n
51005 Sevilla
Tel: 95-455.17.27

Morales Franco, Belén

Médico
Salitre 40, 5º A
29002 Málaga
Tel: 95-234.14.86

Morales González, José Manuel

Área de Investigación
Centro de Estudios del Menor y la Familia
Ministerios Asuntos Sociales
Condesa de Venadito 34
28027 Madrid
Tel: 91-347.81.61
Fax: 91-347.81.36

Moreno González, Ascención

Secció d'Ensenyament
Área de Bienestar Social
Ajuntament de L'Hospitalet
Teclasala 11
08901 Hospitalet
Barcelona
Tel: 93-338.08.14
Fax: 93-338.74.09

Moreno Martín, Florentino

Profesor Asociado Psicología Social
Facultad de Psicología
Dpto. Psicología Social
Universidad Complutense de Madrid
Campus Somosaguas
28223 Madrid
Tel: 91-394.29.66
Fax: 91-394.31.89

Moreno Rodríguez, Carmen

Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Sevilla
San Francisco Javier s/n
41080 Sevilla
Tel: 95-455.76.78
Tel: 95-455.76.42

Moreno Rodríguez, Rosario

Enfermera
Centro de Salud Polígono Sur
Padre José Sebastián Bandarán s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-462.69.11

Muñoz Hoyos, Antonio

Dpto. de Pediatría
Universidad de Granada
Avda. de Madrid s/n
18012 Granada
Tel: 958-28.02.00

Muñoz Cano, Ramón

Pedagogo
Asociación Vasca para la Ayuda a la
Infancia Maltratada (AVAIM)
Vitoria-Gasteiz
Tel: 945-13.15.42

Muñoz Tortosa, Juan

Psicólogo
Área Técnica
Patronato Provincial de Bienestar Social
Carretera de Madrid s/n
Complejo Hospitalario Princesa de España
Jaén
Tel: 953-25.07.41
Fax: 953-25.09.50

Murga, José Luis

Centro de Salud Polígono Sur
Padre José Sebastián Bandarán s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-462.69.11

Muriel Fernández, Rafael

Pediatra
Dirección General de Salud Pública
Consejería de Salud
Avda. Innovación s/n
41071 Sevilla
Tel: 95-455.81.00
Fax: 95-455.81.45

Musitu Ochoa, Gonzalo

Dpto. Psicología Social
Facultad de Psicología
Universidad de Valencia
Avda. Blasco Ibañez 21
46010 Valencia
Tel: 96-386.44.20
Fax: 96-386.46.68

Muzás Rubio, Estíbaliz

Departamento de Bienestar Social
Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz
Plaza de España 1
01001 Vitoria-Gasteiz
Tel: 945-16.13.79
Fax: 945-16.13.63

Niño Vivo, Gregorio

Director
Residencia Infantil Alcorcón
Avda. Las Flores 70
28925 Alcorcón
Madrid
Tel: 91-610.41.62

Noguerol Noguerol, Victoria

Psicóloga clínica, especialista en abuso
sexual y violencia familiar
Directora
Centro de Psicología Clínica Noguerol
Fernando el Católico 17, bajo A
28015 Madrid
Tel: 91-593.44.95

Ocaña, M^a Carmen

PRO-VIDA
Virgen de Loreto 33, 1^oB
41011 Sevilla
Tel: 95-427.89.50

Oliva Delgado, Alfredo

Dpto. Psicología Evolutiva y Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Sevilla
San Francisco Javier s/n
41080 Sevilla
Tel: 95-455.76.96
Fax: 95-455.76.42

Olmedilla Ramos, Amparo

Psicóloga
Instituto Madrileño de Atención a la Infancia
Consejería de Integración Social
Orense 11, 9^a planta
28020 Madrid
Tel: 91-580.36.55
Fax: 91-580.37.45

Ortega, Luisa

Unidad de Investigación "Agresión y Familia"
 Dpto. de Psicología Básica
 Facultad de Psicología
 Universidad de Valencia
 Avda. Blasco Ibáñez 21
 46010 Valencia
 Tel: 96-386.44.75
 Fax: 96-386.48.22

Ortega Ruiz, Rosario

Catedrática de Psicología de la Educación y Desarrollo
 Facultad de Ciencias de la Educación
 Universidad de Sevilla
 San Francisco Javier s/n
 41005 Sevilla
 Tel: 95-455.17.27

Ortuño Muñoz, Pascual

Juez de Familia
 Juzgado de Familia nº 14
 Vía Layetana 8
 08003 Barcelona
 Tel: 93-310.43.03
 Fax: 93-268.45.88

Palacios González, Jesús

Catedrático Psicología Evolutiva
 Facultad de Psicología
 Universidad de Sevilla
 San Francisco Javier s/n
 41080 Sevilla
 Tel: 95-455.76.50
 Fax: 95-455.76.42

Panadés Nigorra, Carles

Psicólogo
 Equipo de Infancia y Familia
 Área de Acción Social
 Consell Insular de Mallorca
 Reina María Cristina 3, entresuelo
 07004 Palma de Mallorca
 Tel: 971-75.69.25
 Fax: 971-75.67.13

Pantoja García, Felix

Fiscal de Menores
 Tribunal Superior de Justicia de Madrid.
 Sección Menores
 General Martínez Campos 27
 28010 Madrid
 Tel: 91-319.82.33
 Fax: 91-319.59.62

Pascual, Juan Manuel

Psicólogo
 Servicio de Infancia
 Departamento de Bienestar Social
 Ayuntamiento de Vitoria
 Pza. España, s/n
 01001 Vitoria
 Álava
 Tel: 945-16.13.70
 Fax: 945-16.13.63

Pascualena Artieda, José Antonio

Centro de Acogida Hogares Mundet
 Diputación Provincial de Barcelona
 Paseo Valle Hebrón s/n
 08035 Barcelona
 Tel: 93-402.22.22
 Fax: 93-402.26.12

Patino, Teresa

Centro de Acogida Hogares Mundet
 Diputación Provincial de Barcelona
 Paseo Valle Hebrón s/n
 08035 Barcelona
 Tel: 93-402.22.22
 Fax: 93-402.26.12

Payá, Alicia

Pedagoga
 Jefa Programa de Atención al Menor
 Delegación de Asuntos Sociales
 Ayuntamiento de Valencia
 Plaza de América 6, planta 4º
 46004 Valencia
 Tel: 96-352.54.78
 Fax: 96-351.10.68

Pedreira Massá, José Luis

Psiquiatra infantil
Unidad de Salud Mental Infantil de Avilés
(SESPA)
Hermanos Espólito s/n
33400 Avilés
Asturias
Tel: 949-22.37.93
Fax: 949-21.30.69

Pedruelo, Rafael

Área de Investigación
Centro de Estudios del Menor y la Familia
Ministerio de Asuntos Sociales
Condesa de Venadito 34
28027 Madrid
Tel: 91-347.81.27
Fax: 91-347.81.36

Peiretó, Montserrat

EAIA Supracomarcal de Lleida Zona Sud
Consell Comarcal del Pla D'Urgel
Avda. Prat de la Riba 1
25230 Mollerussa
Lérida
Tel: 973-71.13.13
Fax: 973-60.04.77

Perdomo, Silvia

Programa de Familia
Área de Servicios Sociales
Ayuntamiento de Getafe
Ramón y Cajal 27
28902 Getafe
Madrid
Tel: 91-695.03.04

Peret i Gasía, Olga

Asistente Social
CEPOME
Central de Policía de Menores
Paseo de Pujadas 9-13
08018 Barcelona
Tel: 93-300.22.96

Pérez-Minayo, M^a Teresa

Hospital Universitario Virgen del Rocío
Manuel Siurot s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-424.81.81

Perinat Maceres, Adolfo

Dpto. de Psicología de la Educación
Universidad Autónoma de Barcelona
Apartado 22
08193 Bellaterra
Barcelona
Tel: 93-581.14.26
Fax: 93-581.23.24

Perojo Pérez, Ildefonso

Asociación Madrileña para la Prevención de
los Malos Tratos a la Infancia
Apartado de Correos 24076
28080 Madrid
Tel: 91-741.27.71
Fax: 91-741.77.62

Pinna García, Reyes

Psicóloga
Programa de Formación del Voluntariado
Asociación Andaluza para la Defensa de la
Infancia y la Prevención del Maltrato
Infantil (ADIMA)
Trastamara 33, 1º derecha
41001 Sevilla
Tel: 95-422.54.33
Fax: 95-421.11.55

Piñol, Montserrat

EAIA Supracomarcal de Lleida Zona Sud
Consell Comarcal del Pla D'Urgel
Avda. Prat de la Riba 1
25230 Mollerussa
Lérida
Tel: 973-71.13.13
Fax: 973-60.04.77

Poblete, Ximena

Senior Register en Pediatría Comunitaria
Optimum Health Services
Elizabeth Blackwell House
Wardalls Grove
Avonley Road
London SE14 5ER
Reino Unido
Tel: 07-44-171-635.55.55
Fax: 07-44-171-635.11.88

Ponce Blandón, Jose Antonio

Diplomado en Enfermería
Jefe de Sector del Servicio de Programas
Dirección General de Salud Pública
Consejería de Salud
Junta de Andalucía
Avda. Innovación s/n
41071 Sevilla
Tel: 95-455.81.43

Pons-Salvador, Gema

Unidad de Investigación "Agresión y Familia"
Dpto. de Psicología Básica
Facultad de Psicología
Universidad de Valencia
Avda. Blasco Ibáñez 21
46010 Valencia
Tel: 96-386.44.75
Fax: 96-386.48.22

Prats Martínez, Dolores

Unidad de Soporte Técnico a los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia
Dpto. Bienestar Social
Generalitat Cataluña
Plaza Pau Vila 1
08003 Barcelona
Tel: 93-483.10.00
Fax: 93-483.10.44

Prieto, M^a Ángeles

Escuela Andaluza Salud Pública
Campus Universitario de Cartuja
Apto. Correos 2070
18080 Granada
Tel: 958-16.10.44
Fax: 958-16.11.42

Querol Piera, Xavier

Presidente
ACIM
Passeig de Gracia 78, 2n 2º A
08008 Barcelona

Pediatra y Radiólogo Infantil
Hospital Clínico y Provincial de Barcelona
Villarroel 170
08036 Barcelona
Tel: 93-454.60.00

Quintana García, Inmaculada

Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Málaga
Campus de Teatinos s/n
29071 Málaga
Tel: 95-213.13.18
Fax: 95-213.26.35

Ramírez Dorrego, Manuel

Jefe División de Infancia
Área de Servicios Sociales
Ayuntamiento de Madrid
Carrera de San Francisco 10
28005 Madrid
Tel: 91-588.32.69

Ramírez Rivero, Carmen

Trabajadora social y psicoterapeuta
Centro de Acogimientos Familiares Sant Josep
Pintor Ignasi Mallo 1
43002 Tarragona
Tel: 977-24.15.19
Fax: 977-24.17.51

Redondo Hermosa, Elena

Psicóloga
Servicio de Infancia y Familia
Área de Bienestar Social
Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz
Plaza de España s/n
01001 Vitoria-Gasteiz
Tel: 945-16.15.44
Fax: 945-16.13.63

Rivera, Josefa

Pediatra
Consorci Hospitalari del Parc Tauli
Hospital de Sabadell
Parc Tauli s/n
08208 Sabadell
Barcelona
Tel: 93-723.10.10
Fax: 93-716.06.46

Rivera, María

Centro de Salud Polígono Sur
Padre José Sebastián Bandarán s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-462.69.11

Rivero Martín, Ana

Centro LAUKA de Estudios e Intervención
Familiar y Comunitaria
Avda. Buena Vista 30, 3º ofic.4 y 5
20016 San Sebastián
Tel: 943-47.00.03

Roberts, Jacquie

Tayside Social Work.Dept.
6 Kirkton Road
DD3 0BZ Dundee
Reino Unido
Tel: 07-44-1382-83.39.33
Fax: 07-44-1382-85.86.44

Robledo, Isabel

Centro de Salud Polígono Sur
Padre José Sebastián Bandarán s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-462.69.11

Robles, Mª Paz

Centro Servicios Sociales Generales
Ayuntamiento de Alcorcón
Pista s/n
San José de Balderas
28921 Alcorcón
Madrid
Tel: 91-644.12.19

Rodríguez, Regla

Centro de Salud Polígono Sur
Padre José Sebastián Bandarán s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-462.69.11

Rodríguez Blasco, Mª José

Área de Servicios Sociales
Generalitat Valenciana
Conde de Salvatierra 9
46004 Valencia
Tel: 96-386.24.00
Fax: 96-386.93.38

Rodríguez Ruiz, Jesús

Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Sevilla
San Francisco Javier s/n
41080 Sevilla
Tel: 95-455.76.78

Rodríguez Zarza, José Javier

Residencia el Arce Rojo
Navarra 23-25
Urb. Parque Polvoranca
28945 Fuenlabrada
Madrid
Tel: 91-697.80.36
Fax: 91-697.80.36

Rojo Garcia, Leonor

Directora General
Dirección General Atención al Niño
Avda. Héroes de Toledo s/n
41006 Sevilla
Tel: 95-455.41.71
Fax: 95-455.41.92

Romero Gudino, Maite

Trabajadora Social
Programa de Formación del Voluntariado
Asociación Andaluza para la Defensa de la
Infancia y la Prevención del Maltrato
Infantil (ADIMA)
Trastamara 33, 1º derecha
41001 Sevilla
Tel: 95-422.54.33
Fax: 95-421.11.55

Romero Pérez, Carlos

Jefe Negociado de Planificación
Área de Asuntos Sociales
Ayuntamiento de Málaga
San Pablo 11
29010 Málaga
Tel: 95-227.91.00
Fax: 95-261.43.48

Rosell Fores, María

Psicóloga y psicoterapeuta
Centro de Acogimientos Familiares Sant
Josep
Pintor Ignasi Mallo 1
43002 Tarragona
Tel: 977-24.15.19
Fax: 977-24.17.51

Roselló Morell, Vicens

Psicólogo
Equipo de Infancia y Familia
Área de Acción Social
Consell Insular de Mallorca
Reina María Cristina 3, entresuelo
07004 Palma de Mallorca
Tel: 971-75.69.25
Fax: 971-75.67.13

Rubió, Teresa

Centro de Acogida Hogares Mundet
Diputación Provincial de Barcelona
Paseo Valle Hebrón s/n
08035 Barcelona
Tel: 93-402.22.22
Fax: 93-402.26.12

Ruiz Cosano, Carlos Jesús

Dpto. de Enfermería
Universidad de Granada
Avda. de Madrid s/n
18012 Granada
Tel: 958-28.02.00

Salazar Espadero, Natividad

Enfermera
Unidad de Pediatría Social
Hospital Infantil Universitario Virgen del
Rocío
Manuel Siurot s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-424.81.81

Saldaña Sage, David

Dpto. Psicología Evolutiva y de la Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Sevilla
San Francisco Javier s/n
41080 Sevilla
Tel: 95-455.76.78
Fax: 95-455.76.42

San Juan Guillén, César

Dpto. Psicología Social
Facultad de Psicología
Universidad del País Vasco
Avda. Tolosa 70
Aptdo. Correos 1249
20080 San Sebastian
Tel: 943-31.06.00

Sánchez, Esperanza

Centro de Salud Polígono Sur
Padre José Sebastián Bandarán s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-462.69.11

Sánchez Espinosa, Encarna M^a

Psicóloga Técnico
Servicio de Infancia y Familia
Diputación Provincial de Sevilla
Aptdo. Correos 522
41080 Sevilla
Tel: 95-435.56.00
Fax: 95-443.53.10

Sánchez Marín, José Jesús

Jefe del Servicio de Formación
Dirección General del Menor y la Familia
Centro de Estudios del Menor
Ministerio Asuntos Sociales
Condesa de Venadito 34
28027 Madrid
Tel: 91-347.75.00
Fax: 91-347.81.20

Sánchez Moro, Carmen

Socióloga
Servicio de Coordinación y Apoyo Técnico
Consejería de Integración Social
Comunidad de Madrid
Guzmán el Bueno 24
28020 Madrid
Tel: 91-544.98.18

Sánchez Palomares, Marta

Hospital La Fe
Avda. de Campana 21
46009 Valencia
Tel: 96-386.27.90
Fax: 96-386.87.00

Sánchez Redondo, José Miguel

Psicólogo
Técnico Dirección General de Servicios
Sociales
Comunidad Autónoma de Castilla y León
María de Molina 13
47001 Valladolid
Tel: 983-41.38.50

Sánchez Salas, Margarita

Coordinadora Trabajo Social
Hospital Universitario Virgen del Rocío
Manuel Siurot s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-424.80.50

Sánchez Salas, Pilar

Trabajadora Social
Unidad de Trabajo Social
Hospital Universitario Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-424.80.50

Sánchez Sandoval, Yolanda

Dpto. de Psicología Evolutiva y de la
Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Sevilla
San Francisco Javier s/n
41005 Sevilla
Tel: 95-455.76.78
Fax: 95-455.76.42

Santos Diego, Doroteo

Instructor Jefe
Ertzaintzea de Balmaseda
Virgen de Gracia
48800 Balmaseda
Bilbao
Tel: 94-610.24.78
Fax: 94-610.21.19

Sharp, Sonia

Psicóloga
Lincolnshire County Council
Education Department
Newland
Lincoln LN1 1YQ
Reino Unido
Tel: 07-44-1522-55.22.22
Fax: 07-44-1522-55.32.24

Shum, Grace

Dpto. de Psicología
Facultad de Humanidades y Ciencias de la
Educación
Campus del Carmen
21007 Huelva
Tel: 959-27.08.52
Tel: 959-27.04.11

Sierra Sánchez, Jesús

Coordinador de Menores
Área de Infancia
Diputación General de Aragón
Mariano Supervía 27
50006 Zaragoza
Tel: 976-71.50.40
Fax: 976-71.50.34

Sobrino Toro, Manuel

Hospital Universitario Virgen Macarena
Dr. Fedriani s/n
41009 Sevilla

Soriano Lloret, Ángeles

Psicóloga
Diputación Provincial de Barcelona
Barcelona
Tel: 93-402.22.22

Tam, Anthoy

Optimum Health Services
Elisabeth Blackwell House
Wardralls Grove
Avonley Road
London SE14 5ER
Tel: 07-44-171-635.55.55
Fax: 07-44-171-635.11.88

Tarradellas, Concepción

Directora General de Atención a la Infancia
Generalitat de Catalunya
Plaza de Pau Vila 1
08003 Barcelona
Tel: 93-483.10.00
Fax: 93-483.11.99

Tinajero Morales, Vicente

Psicólogo
Subdirector
Centro de Acogida Hortaleza
Valdetorres del Jarama 1
28043 Madrid
Tel: 91-764.18.00
Tel: 91-381.60.99

Tirado, Milagros

Centro de Salud San Andrés Torcal
José Palanca s/n
29003 Málaga
Tel: 95-233.08.00

Tomás, M^a Antonia

Centro de Acogida Hogares Mundet
Diputación Provincial de Barcelona
Paseo Valle Hebrón s/n
08035 Barcelona
Tel: 93-402.22.22
Fax: 93-402.26.12

Tomás Sansilvestre, Neus

Secció d'Ensenyament
Àrea de Benestar Social
Ajuntament de L'Hospitalet
Teclasala 11
08901 Hospitalet
Barcelona
Tel: 93-338.08.14
Fax: 93-338.74.09

Torres Fernández, José Manuel

Director Colegio Zambrana
Carretera Circunvalación 14
47071 Valladolid
Tel: 983-27.55.04
Fax: 983-23.55.53

Torres Font, Josefa

Anestesista
Consorci Hospitalari del Parc Tauli
Hospital de Sabadell
Parc Tauli s/n
08208 Sabadell
Barcelona
Tel: 93-723.10.10
Fax: 93-716.06.66

Torres Gómez de Cádiz Aguilera, Bárbara

Psicóloga
Centro LAUKA de Estudios e Intervención Familiar y Comunitaria
Avda. Buena Vista 30, 3º ofic.4 y 5
20016 San Sebastián
Tel: 943-47.00.03

Trenado, Rosa

Unidad de Investigación "Agresión y Familia"
Dpto. de Psicología Básica
Facultad de Psicología
Universidad de Valencia
Avda. Blasco Ibáñez 21
46010 Valencia
Tel: 96-386.44.75
Fax: 96-386.48.22

Trianes Torres, Mª Victoria

Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación
Facultad de Psicología
Universidad de Málaga
Campus de Teatinos s/n
29071 Málaga
Tel: 95-213.13.18
Fax: 95-213.26.35

Trigo Muñoz, José

Coordinador del Programa de Familia y Convivencia
Área de Asuntos Sociales
Diputación Provincial de Sevilla
Menéndez Pelayo 32
41004 Sevilla
Tel: 95-455.07.04

Trueba, Mª Jesús

PRO-VIDA
Virgen de Loreto 33, 1ºB
41011 Sevilla
Tel: 95-427.89.50

Urta Portillo, Javier

Psicólogo
Equipo Técnico de Menores
Fiscalía Tribunal Superior de Justicia General Martínez Campos 27
28010 Madrid
Tel. 91-319.82.83
Fax: 91-319.59.62

Urtubi, Mauri

Pediatra
Consejería de Sanidad
Gobierno Vasco
María Díaz de Haro 60
48010 Bilbao
Tel: 94-488.15.77
Fax: 94-488.15.01

Valcarce López, Marta

Fiscal de Familia
Audiencia Provincial de Sevilla
Ramón y Cajal s/n
Edificio Viapol 3º planta
41005 Sevilla
Tel: 95-455.32.07

Valdecantos García, Rosario

Presidenta ADIMA
Profesora
Servicio de Infancia y Familia
Diputación Provincial de Sevilla
Aptdo. Correos 522
41080 Sevilla
Tel: 95-435.56.00
Fax: 95-443.53.10

Valenzuela Ruiz, Antonio

Dpto. de Pediatría
Universidad de Granada
Avda. de Madrid s/n
18012 Granada
Tel: 958-28.02.00

Vall Combellés, Oriol

Jefe Servicio Pediatría
Hospital del Mar
Pº Marítimo s/n
08003 Barcelona
Tel: 93-221.10.10
Fax: 93-221-05-41

Vallejo, Encarna

Facultad de Odontología
Universidad de Granada
Granada
Tel: 958-24.38.12

Vañó Piedra, Consuelo

Psicólogo
Equipo de Infancia y Familia
Área de Acción Social
Consell Insular de Mallorca
Reina María Cristina 3, entresuelo
07004 Palma de Mallorca
Tel: 971-75.69.25
Fax: 971-75.67.13

Varona Sánchez, Blanca

Coordinadora
Programa de Apoyo Escolar para la
Protección a la Infancia
Consejería de Educación
Comunidad de Madrid
Donoso Cortés 46
28015 Madrid
Tel: 91-446.38.53
Fax: 91-447.13.43

Vendroll, Carmen

Centro de Salud Polígono Sur
Padre José Sebastián Bandarán s/n
41013 Sevilla
Tel: 95-462.69.11

Verdugo Alonso, Miguel A.

Dpto. Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológico
Facultad Psicología
Universidad de Salamanca
Avda. de la Merced 109-131
37005 Salamanca
Tel: 923-29.46.17

Vigil-Escalera Pacheco, Antonio

Policía Local
Jefatura Policía Local
Pº de las Delicias s/n
41012 Sevilla
Tel: 95-461.54.50
Fax: 95-461.21.12

Vilardell Gasull, Genis

Profesor Secundaria
Instituto Santa Coloma de Gramanet
Barcelona

Villoria Martín, Isidro

Director
Fundación Anar
Infanta Isabel 17, 5º A
28014 Madrid
Tel: 91-551.16.04

Yuste Fernández, Concepción

Secció d'Ensenyament
Àrea de Benestar Social
Ajuntament de L'Hospitalet
Teclasala 11
08901 Hospitalet
Barcelona
Tel: 93-338.08.14
Fax: 93-338.74.09

