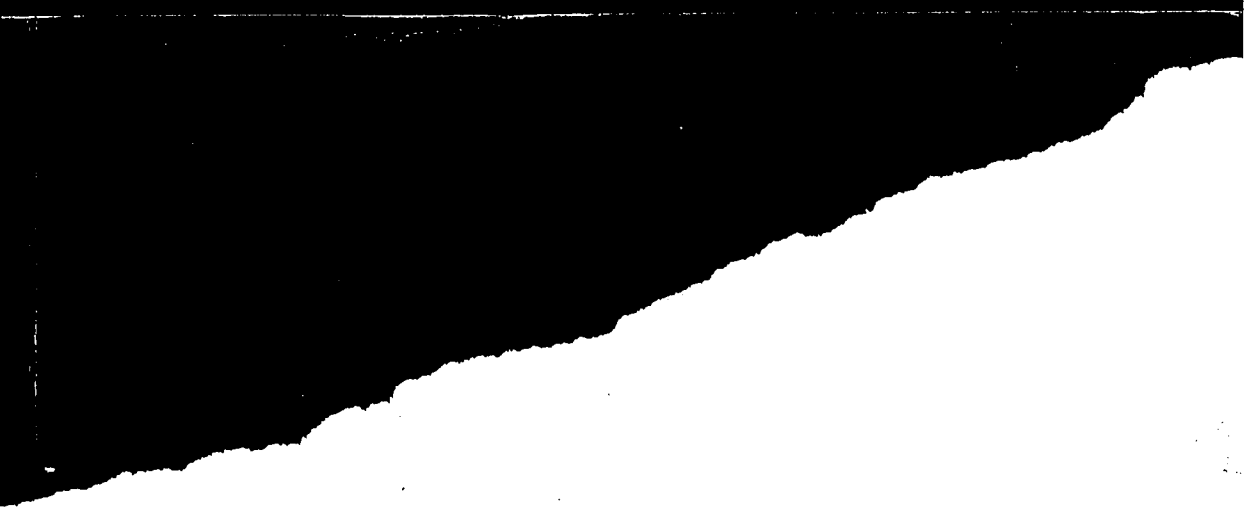
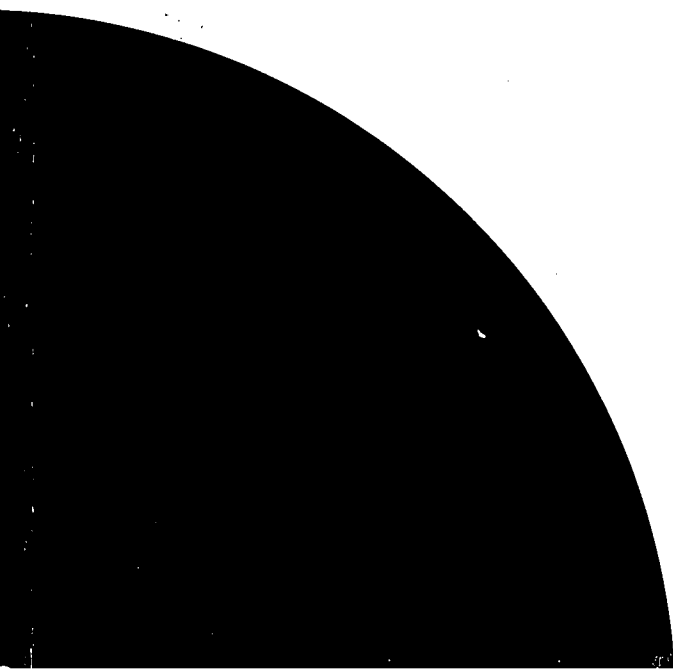




BIENESTAR **Y P**ROTECCION **I**NFANTIL



Revista

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

CONTENTS

Presentation	3	The legal situation of child's desertion. Notes about juridical understanding	124
<i>Antoni Martínez Roig</i>		<i>Carlos Santa-María Blanco</i>	
Editorial	5	Presidents assignation of child associations of Spain	143
Welfare and Child's Protection	7	<i>A. Ballesteros</i>	
<i>José A. Díaz Huertas</i>		Documentation	
IV National Congress on Child Abuse and Neglect	12	Books criticism	
<i>Ignacio Gómez de Terreros</i>		Child maltreatment: prevention, diagnosis and supervision from sanitary ambir	145
Can we measure success in preventing child abuse? Issues in policy, programming and research	15	<i>Juan Antonio Molina Font</i>	
<i>James Garbarino</i>		I Journey about Child Maltreatment: the Principle Maltreatment	148
Attention for children in social difficulties in the context of children's policies	39	<i>Ignacio Gómez de Terreros</i>	
<i>Esperanza Ochaíta</i>		Attention Guide about Child's maltreatment ADIMA	150
Considerations about secondary prevention of child maltreatment	51	<i>Carmen Sánchez Moro</i>	
<i>Bárbara Torres Gómez de Cádiz Aguilera</i>		Brief communication	
<i>Cristina Herce Sellán</i>		Red Cross and the work with child in trouble	154
Child sexual abuse: a challenge for all professionals	80	<i>Agueda Lafora González</i>	
<i>José Manuel Alonso Varea</i>		Child's maltreatment: Guides for teachers AMAIM	156
The involvement of the judicial system in child sexual abuse: a bag full of questions, dilemmas and frustrations	95	<i>Josefina García Cano</i>	
<i>Victoria Noguerol</i>		Memorandum	157
Protocol of behaviour faced with limit situations	106	Instructions for authors	158
<i>Antoni Martínez Roig</i>		Application form	159
<i>Montserrat Roig de Mariana</i>			
Proyect attention to the child linking to prostitution	110		
<i>Juan Carlos Diezma Criado</i>			

PRESENTACION

A. MARTINEZ ROIG

Presidente FAPMI 1991-1995

Hoy nace "*Bienestar y Protección Infantil*" como órgano de expresión de la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI). Iniciar una andadura supone una ansiedad, la de saber que se deja atrás algo o a alguien con la pretensión de alcanzar un destino, una meta, no totalmente conocida aunque imaginada parcialmente y siempre deseada. Esta ansiedad no debe suponer nunca un lastre para vencer las dificultades del camino, sino que ha de ser impulso para conseguir el objetivo marcado al iniciarlo.

En estos momentos a nosotros también nos invade una cierta ansiedad. Hemos decidido iniciar un proyecto con una gestación poco plácida, de las llamadas de riesgo, con avatares internos y externos que han hecho temer por la viabilidad del "producto", ya que hubo pérdidas en el camino y necesidad de aplicar terapéuticas radicales para llegar al final.

Como puede comprobarse se ha llegado al parto. En estos momentos viene lo más difícil, velar entre todos para conseguir un correcto desarrollo y maduración de la publicación engendrada. En nuestro caso la Revista de la FAPMI, que pretende ser el vehículo de

exposición científica y divulgativa de todos los miembros de las Asociaciones y de todos aquellos que en el Estado Español trabajan en la protección infantil o de los que lo hacen en países con los que nos unen vínculos científicos, culturales o de amistad.

Cuando hace ya más de diez años éramos pioneros e iniciábamos muy modestamente el trayecto en el asociacionismo profesional sobre el tema del maltrato infantil, teníamos unos objetivos claros en relación a la formación y sensibilización de las distintas disciplinas que trabajan con el niño y obviamente con su entorno.

El comienzo de nuestro movimiento asociativo fue muy paralelo al de la consolidación de los servicios sociales en el Estado. Ello supuso una necesidad de formación e información de muchos de los profesionales que debutaban en el trabajo de la protección infantil.

Es claro y evidente que la mejora de la formación sobre el tema del maltrato no se ha debido únicamente a la creación y acción de nuestras asociaciones. Ellas, sin embargo, han aportado su grano de arena, de manera directa o indirecta, en las aulas formales

o a través de la informalidad de las sesiones de trabajo donde participaban miembros de las mismas.

De manera similar existió desde el inicio el objetivo de promoción de la investigación. Esta se puede hacer con el incentivo científico de alto nivel, innovador, aportador de nuevas técnicas o por el incentivo económico de los premios. En nuestro caso es evidente que nunca podíamos acceder al segundo y difícilmente al primero, pero sí que podemos promocionar la investigación como método de buscar o conocer cosas a través del trabajo, con una hipótesis, objetivos, metodología para conseguir unos resultados y su discusión oportuna. Nuestro propio control de calidad en la asistencia diaria ha de conllevar la investigación.

La Revista de la FAPMI pensamos que aúna estos dos objetivos, que desde el principio nos marcamos, la formación y la investigación. Ha de dar cabida al amplio espectro profesional de la protección infantil, tanto en sus aspectos básicos como aplicados, a fin de fomentar el intercambio de conocimientos y experiencias entre los distintos grupos de trabajo existentes. Ha de ser el espacio donde de manera compartida se

analicen las propuestas procedentes de otras culturas y otros países y las actuaciones y estrategias propias, para ayudar a sedimentar las ideas en el ámbito de la misma.

Todos conocemos la existencia de la familia de las publicaciones técnicas, cada una con sus propias características. Ello no frenó nuestra idea. Creemos que en todo lo que hace referencia a la persona y la sociedad las diferencias culturales, étnicas, económicas o políticas condicionan en los dos sentidos. Es por ello indispensable ofrecer un marco donde exponer las experiencias autóctonas y, como ya se ha dicho, incidir así en los aspectos formativos que en determinados momentos se consideran más necesarios.

La Revista ha de ser un instrumento de "formación continuada" y de comunicación de experiencias. Ha de ser un fiel reflejo de la vitalidad de nuestras asociaciones. Debe coexistir en el entramado de publicaciones con la mejor calidad posible.

De nuestro trabajo va a depender que los objetivos marcados alcancen el nivel que pretendemos. Su consecución la conoceremos en el futuro.

EDITORIAL

La Convención de las Naciones Unidas sobre Derechos de los Niños y Niñas fue aprobada el 20 de Noviembre de 1989. Este hecho, cuyos antecedentes más lejanos podemos remontarlos a la primera vez que el hombre se planteó el concepto de derechos humanos, puede y debe modificar positivamente en el futuro la imagen que la sociedad tiene de las necesidades y derechos de la infancia. Desde que en los años 60 el profesor Kempe definiera conceptualmente el fenómeno de los Malos Tratos Infantiles se ha producido, a lo largo de los aproximadamente treinta años transcurridos, una profunda renovación del conocimiento científico que tenemos del niño como víctima de la violencia familiar.

Este panorama general de transformación en aspectos fundamentales que tienen que ver con la imagen social de la infancia han tenido también repercusión en nuestro contexto; así en la actualidad existe una sensibilidad social e institucional hacia los temas de infancia que está incentivada también por la aparición de Asociaciones comprometidas con la defensa y difusión de los derechos de la infancia y la prevención de los Malos Tratos Infantiles. La atención al niño maltratado, la prevención del maltrato infantil, la promoción de la infancia y la defensa de los derechos del niño y de la niña constituyen los objetivos nucleares de nuestras Asociaciones y su Federación.

El bienestar de un niño nunca es producto de una buena o mala suerte, sino el resultado del esfuerzo humano no sólo individual o puramente familiar, sino del conjunto de una sociedad. Las actuaciones sociales ante las situaciones de maltrato infantil requieren del conocimiento y sensibilización social y la formación de profesionales, particularmente en un momento en que la sociedad empieza a tomar conciencia de la gravedad del tema.

La celebración del I Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada en 1989 supone el comienzo de las actividades en el Estado español de las Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. Estas han acompañado e impulsado en estos años el desarrollo de una mayor conciencia social sobre la trascendencia del fenómeno y sobre la necesidad de intervención de los profesionales que desarrollan su actividad en el área de la infancia para su prevención y tratamiento.

Es necesario avanzar en el conocimiento de la realidad, impulsar investigaciones, analizar las intervenciones, arbitrar mecanismos de detención de situaciones concretas, constatar el maltrato institucional y atender adecuadamente los aspectos problemáticos que pueden emerger después de un más profundo estudio de la realidad. Las Organizaciones No Gubernamentales cuyo ámbito de actuación es la infancia, requieren una coordi-

nación eficaz para poder actuar con fuerza en defensa de los derechos de la infancia. Colectivo que por su indefensión requiere de protección, no como un favor sino como un derecho.

Nuestro principal punto de mira ha de estar en el desarrollo de actividades de promoción de la infancia; en la prevención, detección e intervención en el maltrato infantil; en la denuncia de circunstancias que supongan un menoscabo a los Derechos de la Infancia; en el conocimiento y divulgación de programas de actuación.

En la atención a la infancia aún queda mucho camino por recorrer: creación de servicios sociales especializados para la infancia y la familia, actuaciones en el campo de la educación, programas específicos de atención, intervención en situaciones de marginación y desprotección, mejora de los mecanismos de acogimiento familiar y adopción, adecuación de la atención residencial con sus garantías y limitaciones, el tratamiento de los medios de comunicación social a los temas de la infancia..., en definitiva, que el interés superior del niño sea considerado un derecho, una obligación en esta sociedad.

Un hecho crucial en este panorama de mejoras necesarias lo constituye la base legislativa. En el contexto español nos preocupa particularmente los procesos de revisión que puedan redundar en mejoras de nuestro sistema legal, y por ello seguimos con especial interés la concreción práctica de las leyes aprobadas en algunas Comunidades Autónomas y los anteproyectos (a niveles estatal y autonómicos)

Todas estas circunstancias nos han llevado a valorar la necesidad y oportunidad de editar una revista sobre "Bienestar y Protección Infantil", que además de impulsar la divulgación de experiencias y reflexiones en nuestro ámbito, nos permita también publicar investigaciones científicas, informaciones sobre actividades formativas (cursos, master, etc.), así como cualquier otra información de interés proveniente de universidades, entidades y profesionales.

Coincide la aparición de la Revista con la celebración en Sevilla del IV Congreso Estatal. Han pasado seis años desde la celebración del primero en Barcelona, es poco tiempo y aunque la situación de sensibilización social hacia el tema y el conocimiento sobre el mismo ha aumentado en nuestro país, lo cierto es que aún existen niños y niñas que sufren maltrato.

Esta revista pretende ser un medio que sume los esfuerzos de quienes ya trabajan por evitar y prevenir las situaciones de maltrato infantil. Queremos promocionar el bienestar de los niños y niñas y solicitamos la ayuda de todos para difundir en nuestra sociedad un mayor respeto y reconocimiento de los Derechos de la Infancia.

También, y a pesar que nuestra principal dedicación va a ser la realidad infantil más cercana, no por ello va a existir olvido hacia situaciones de abusos de poder y flagrante deterioro de los derechos del niño que ocurran en otras partes del mundo.

BIENESTAR y PROTECCION INFANTIL

JOSE A. DIAZ HUERTAS

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

Las Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil se han ido constituyendo a partir de la preocupación de distintos grupos de profesionales ante la importancia de los malos tratos en la infancia. Consideramos que es un problema de gran relevancia social en el que se precisa avanzar con respuestas institucionales y ciudadanas en consonancia con la gravedad del mismo.

Dichas asociaciones constituyen la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI), que tiene como objetivos:

- la sensibilización social y profesional sobre el problema de los malos tratos en la infancia
- suscitar, promover y coordinar estudios sobre la infancia maltratada o en situación de riesgo
- informar y asesorar en la formación a profesionales y colectivos interesados
- la coordinación con otras asociaciones o entidades sociales y la promoción de programas en defensa de la infancia

La Federación (FAPMI), desde su creación en 1990, junto con las asociaciones miembros pertenecientes a las Co-

munidades Autónomas del Estado español, ha desarrollado un conjunto de actividades encaminadas a la sensibilización y prevención de este problema social (I, II, III y IV Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada, Jornadas, Guía de Atención al Maltrato Infantil, presencia en medios de comunicación y foros intersectoriales, Decálogo sobre maltrato institucional, folleto «Atención frágil»,...), etc.

A nivel internacional, existen revistas que cubren las necesidades de formación de un número de profesionales que, gracias al conocimiento de otros idiomas, pueden acceder a estas fuentes de información.

Sin embargo, a nivel nacional no existen revistas que, con carácter exclusivo, traten el tema de la prevención del maltrato infantil. Actualmente los artículos que se publican en nuestro país, aparecen en diversas revistas propias de alguno de los colectivos profesionales que intervienen en la atención de la infancia y adolescencia segmentando así la información e impidiendo a los profesionales intervinientes un conocimiento multidisciplinar necesario para un correcto abordaje de las situaciones de desprotección y favorecer el bienestar de la infancia

La Federación considera la necesidad de crear una revista especializada en este tema, un medio de comunicación desde el que se pueda:

- estimular el debate potenciando corrientes de opinión favorables a los derechos de la infancia entre los profesionales y la sociedad en general
- expresar la opinión de las Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil referente a las necesidades y problemas de la infancia y las respuestas que se ofrecen.
- facilitar el conocimiento de las situaciones de desprotección de la infancia, el reconocimiento de los Derechos del Niño, y el desarrollo del Asociacionismo en defensa de la infancia.
- denunciar situaciones inadmisibles de marginación, **malos tratos institucionales** o familiares
- divulgar los conocimientos y experiencias de los profesionales que trabajan con la infancia maltratada en los distintos ámbitos de los servicios públicos y privados, para afrontar cada una de las formas de maltrato existentes, los programas de intervención, la eficacia de los mismos, etc.
- fomentar la descripción de programas de intervención aplicados a los recursos de protección infantil: prevención, detección de casos, tratamiento familiar, acogimiento, adopción, abuso sexual, situaciones especiales (minusvalías, minorías étnicas, toxicomanías, HIV/SIDA, etc.).
- desarrollar un espacio en lengua castellana, que ya existe en lengua

inglesa, que facilite la comunicación entre las partes interesadas tanto en España como en los países latinoamericanos.

Por todo ello, la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil, lleva dos años de trabajo desarrollando el proyecto de edición de una **REVISTA sobre PREVENCIÓN del MALTRATO INFANTIL**. Con el título de **Bienestar y Protección Infantil** presentamos este primer número, pretendiendo asociar la necesidad de **prevención** del maltrato infantil (primaria, secundaria y terciaria), de **protección** a la infancia y la adolescencia en aquellas circunstancias que la hacen especialmente vulnerables y de promoción de su **bienestar**.

El Objetivo General de esta publicación es la **sensibilización social**, la **comunicación** y la **formación** sobre la infancia en situaciones de riesgo social o maltrato.

Los objetivos específicos son:

- promover el conocimiento del problema en sus dimensiones reales, cuantitativa y cualitativamente.
- fomentar el desarrollo de la investigación y publicación de trabajos de calidad
- facilitar el conocimiento de legislaciones y el intercambio de experiencias
- favorecer el conocimiento de modelos de intervención para la protección de la infancia
- promocionar las Asociaciones para la prevención del maltrato infantil

- crear un fondo bibliográfico en lengua castellana

La revista está dirigida a miembros de las distintas asociaciones, profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, educadores, maestros, pedagogos, médicos, personal de enfermería, jueces, abogados, fiscales, policía, sociólogos, periodistas,...) que ejercen su trabajo en el área de atención a la infancia, instituciones relacionadas con la infancia, y organizaciones sociales y personas interesadas por este problema.

«Bienestar y Protección Infantil» pretende abarcar tanto el campo científico como otros más divulgativos, ser de utilidad para el intercambio de experiencias y atender las necesidades de los profesionales, por lo que tendrá diferentes secciones.

No necesariamente aparecerán todas las secciones en todos los números, incluyendo la posibilidad de que algún número sea monográfico.

Las secciones en que se va a dividir la Revista son:

- **Editorial**
Recogerá la opinión o el pronunciamiento sobre aspectos de actualidad.
- **Artículos de investigación**
Trabajos de investigaciones básicas y aplicadas relacionados con el maltrato infantil: prevalencia, factores de riesgo, consecuencias, eficacia de los recursos de intervención, etc.

- **Revisiones.**

- Conceptuales: revisiones teóricas sobre el estado actual de un determinado aspecto.
- Casuísticas: revisiones de un grupo de casos, generalmente amplio, analizando globalmente y/o por separado los hallazgos,...

- **Comunicaciones breves**

Su contenido será más reducido que el de los artículos de investigación, con metodología similar excepto la bibliografía que no será imprescindible.

- **Cartas al Director**

Comentarios u objeciones muy breves relativas a réplicas a contenidos publicados, opiniones y aportaciones acerca de la problemática de la infancia en general.

- **Tribuna abierta**

El contenido de esta sección se decidirá en el Comité de Redacción que encargará los posibles apartados siguientes: reportajes, entrevistas, aportaciones u opiniones de personas o expertos relevantes en temas concretos

- **Información de las Asociaciones**

Espacio para la difusión de las actividades de las Asociaciones y de organizaciones sociales afines.

- **Agenda**

Acontecimientos (Congresos, jornadas, cursos, seminarios, etc.) de interés general para los destinatarios de la Revista.

- **Documentación**

Crítica de libros (los libros que se consideren de interés serán objeto de crítica), comentario de publicaciones de reciente aparición y libros recibidos en la Revista.

- **Novedades legislativas y derecho comparado.**

Recogerá aquellos temas jurídicos relacionados con la infancia (publicados en el BOE., anteproyectos, sentencias, etc.) que se consideren de interés, así como comentarios sobre derecho comparado.

La periodicidad será cuatrimestral, correspondiendo los números a marzo, julio y noviembre

Por parte de la FAPMI y sus Asociaciones ha supuesto un esfuerzo importante hacer posible la aparición de «Bienestar y Protección Infantil», que esperamos satisfaga las expectativas que pueda suscitar.

El diseño y maquetación de la revista se ha elaborado con el mayor cuidado posible, haciendo especial hincapié en aquellos detalles que harán que esta publicación sea recordada no sólo por su contenido. En concreto, nos referimos al logotipo, la tarjeta de visita que «Bienestar y Protección Infantil» presentará a los ojos de todos aquellos que estén interesados en la publicación. Deseábamos dar una imagen de actualidad como sinónimo de futuro, un futuro esperanzador para la infancia. Asimismo, la idea tenía que reflejar movimiento, en contraposición al an-

quilosamiento en que lamentablemente en muchos casos parecen encontrarse las soluciones que necesita este sector de la sociedad.

El resultado ha sido un logotipo sencillo y fácil de recordar que refleja el fin último de esta publicación, por lo que nuestras expectativas, en lo que ha diseño se refiere, creemos se han visto cumplidas.

La revista está abierta a sugerencias y colaboraciones, y esperamos que las carencias que pueda presentar sean resueltas con el apoyo de todos los interesados.

Por último, debemos expresar nuestro agradecimiento a la Dirección General del Menor y la Familia y su Director, D. Juan Carlos Mato Gómez, que con su sensibilidad hacia las iniciativas en favor de la infancia han contribuido significativamente a hacer posible este proyecto, y a Cristina Herce Sellán, Rosa Arruabarrena y Joaquín de Paúl (País Vasco), José Manuel Alonso Varea y Montse Saboya (Cataluña), Cristina Casas (Andalucía), Antonio Ripol (Murcia) y Luis Martín e Ildefonso Perojo (Madrid) (siempre que se citan nombres se comete el error de tener algún olvido y generalmente de la persona más desinteresada) sin cuyo trabajo a lo largo de 2 años la edición de esta Revista no hubiera sido posible y que seguro que han reconocido parte de sus trabajos aquí recogidos, esperando, deseando continuar con su colaboración.

Publicaciones sobre Infancia y Familia



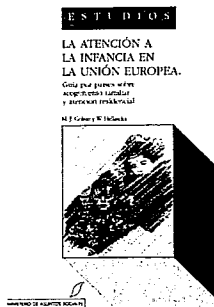
MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES

Dirección General del Menor y la Familia

Colección Estudios



P.V.P. 1.797 ptas.

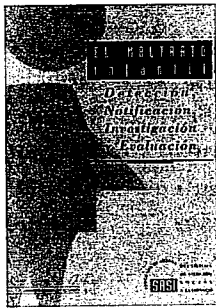


P.V.P. 1.615 ptas.

Fuera de Colección



P.V.P. 1.413 ptas.



P.V.P. 1.818 ptas.



P.V.P. 2.827 ptas.

Revista Infancia y Sociedad



Ejemplar suelto: 363 ptas. Suscripción anual: 1.800 ptas.

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

IV CONGRESO ESTATAL SOBRE INFANCIA MALTRATADA

PROF. IGNACIO GOMEZ DE TERREROS

Presidente del Congreso

Sevilla acogerá del 8 al 11 de noviembre de 1995 el IV Congreso Estatal sobre la Infancia Maltratada, en el que profesionales de las más diversas disciplinas relacionadas con el abuso y la negligencia en el niño, constituirán un importante foro de debate de gran trascendencia en la consecución de la mejor calidad de vida para nuestra infancia.

El Congreso es continuación de los organizados previamente en Barcelona, Vitoria y Madrid. Por encargo de la Federación Española de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI), la organización de este Congreso es responsabilidad de la Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato (ADIMA), habiéndoseme confiado la Presidencia del Comité Organizador, responsabilidad que he asumido con ilusión y tranquilidad, al contar con un excelente equipo a nivel del Comité Local, constituido por los miembros de ADIMA, Manuel Cañas, Rafael Muriel, Lourdes Prats y Encarna M^a Sánchez, y un Comité Científico que, bajo la Presidencia del Profesor Jesús Palacios, Catedrático de Psicología Evolutiva de la Universidad de Sevilla y constituido por los miembros de la FAPMI, Cio Barjau, Miguel Costa, Joaquín de Paúl, Jesús Fuertes,

Luis Martín, Encarna M^a Sánchez, ofrecía una gran seguridad al afrontamiento de tan importante reto.

El lema del Congreso elegido es «la calidad y eficacia como metas». Con ello se quiere hacer referencia a la importancia de las actuaciones profesionales que tengan como objetivos actuar con un alto nivel de conocimientos y recursos en los diversos ámbitos de la investigación, la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las situaciones de maltrato. Lema que pretendemos sea «la columna vertebral» del desarrollo de la temática durante el mismo.

El IV Congreso Estatal abordará por tanto, la amplia problemática del maltrato infantil, con especial énfasis en la perspectiva de lo que es relevante y eficaz en la práctica profesional, sin olvidar la importante demanda de solidaridad y concienciación social que exige tan preocupante tema del abuso y negligencia con los niños.

Para cumplir dichos objetivos, especial interés ha tenido el Comité Organizador en favorecer el compromiso Institucional con el Congreso, así como la participación e implicación social y comunitaria, esta última a través de los medios de difusión, como

vehículo de sensibilización ciudadana, dado que el maltrato infantil es un problema con raíces y connotaciones sociales, que hace necesario reflexiones y tomas de postura que vayan más allá de la mera racionalidad técnica.

Compromiso Institucional puesto de manifiesto con la aceptación de la Presidencia del Comité de Honor por su Majestad la Reina de España, la presencia en el mismo del Presidente de nuestra Comunidad Autónoma, del Parlamento de Andalucía, de los Ministros de Asuntos Sociales, Sanidad y Consumo y Educación y Ciencia. De los Consejeros autonómicos andaluces de las Áreas de Servicios Sociales, Salud y Educación, del Alcalde y Presidente de la Diputación Provincial de Sevilla, del Rector de la Universidad, del Defensor del Pueblo Español y Andaluz, de la Fiscalía de la Audiencia Provincial de Sevilla, así como la coorganización de la Dirección General del Menor y la Familia del Ministerio de Asuntos Sociales, de la Dirección General de Atención al Niño de la Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía y de la Universidad de Sevilla, a través del Vicerrectorado de Extensión Universitaria.

Asimismo se ha contado con la estrecha colaboración de la Diputación Provincial de Sevilla, Ayuntamiento de Sevilla, Consejerías de Educación y Ciencia y Salud, de la Junta de Andalucía, 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 del Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, Área de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Sevilla.

Compromiso y apoyo igualmente abierto a las diferentes O.N.G. relacionadas con la infancia, cuya presencia y participación están garantizadas.

Por otro lado el carácter Estatal del Congreso no podía hacer olvidar que el fenómeno del maltrato es un hecho Internacional que requiere reflexiones y actitudes que superen las referencias meramente locales, de ahí la importante presencia internacional contándose con la participación de Jayne Allam, Kevin Browne, Jacquie Roberts, Sonia Sharp y Anthoy Tam del Reino Unido; Jorge Barudy de la Universidad Católica de Lovaina; M^a Inés Bringiotti de la Universidad de Buenos Aires; Albert Crivillé del Service Social de l'enfance de París; Franklin Farinati de Brasil; David Finkelhor de la Universidad de New Hampshire; Howard Levy de Chicago y la actual presidenta de la ISPCAN Kari Killen de Noruega.

Paralelamente a la celebración del mismo y dentro del contexto de la participación social se ha programado la implicación de las escuelas en colaboración con la Delegación Provincial de Sevilla de la Consejería de Educación y Ciencia, a través de la campaña de Participación Escolar que con el lema ¡Me toca a mí!, abre el cauce de participación a los niños, para que ellos a través de su expresión gráfica y escrita, con dibujos y redacciones, puedan mostrarnos su manera de ver el

problema. Participación que culminará con una marcha por las calles de Sevilla, que finalizará en el Parlamento de Andalucía, donde tendrá lugar una reunión especial al efecto, con lectura por los niños de un manifiesto, expresión de solidaridad con los sometidos a sufrimientos y maltrato, así como de la defensa de sus derechos. Esto es especialmente significativo en nuestro ámbito, ya que próximamente se iniciará el trámite parlamentario de la reciente Ley del Menor aprobada por el Gobierno Andalúz, en la cual se incluye la importante figura del Defensor del Menor.

Dos circunstancias especiales van a enriquecer el desarrollo del Congreso. En primer lugar, que el mismo va a constituir el lugar de presentación de la revista de la FAPMI, antigua aspiración que se hace realidad y que, siguiendo los pasos de la prestigiosa **International Journal on Child Abuse and Neglect**, ofrecerá a los profesionales españoles la oportunidad de exponer y difundir experiencias e investigaciones, profundizando en nuestras realidades y peculiaridades y enriqueciéndonos en nuestra formación en aras de hacer realidad el lema del Congreso.

Las múltiples publicaciones de alta calidad que actualmente se cuentan en nuestro país y la producción científica al respecto de los últimos años, es demostrativo del alto y progresivo nivel profesional conseguido, de ahí la necesidad y oportunidad de su aparición, convirtiéndose en nuestro órgano oficial de expresión.

La segunda circunstancia es la celebración, coincidiendo con el Congreso, de la Reunión Anual del Comité Ejecutivo de la IPSCAN (Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y Negligencia del Niño), cuya coordinación ha estado a cargo del miembro español de la misma, Profesor Joaquín de Paúl, Catedrático de Psicología de la Universidad del País Vasco, lo cual nos va a suponer un importante privilegio, por la proyección internacional que conlleva, y el permitirnos contar entre nosotros a reconocidos expertos mundiales en el maltrato infantil.

El enorme esfuerzo organizativo y económico realizado queda reflejado en el extenso programa a desarrollar con la intervención de más de 150 ponentes, a través de 4 Conferencias Plenarias, 14 Simposios, 14 Mesas Redondas, 20 Talleres, así como la presentación de experiencias, reflexiones o investigaciones a través de las Sesiones de Comunicaciones Libres, que abre la posibilidad de participación a todos los asistentes, lo que sin duda enriquecerá la consecución del objetivo del Congreso, y de lo que se dejará constancia en el Libro de Ponencias y Comunicaciones.

Deseo finalizar expresando nuestra profunda gratitud a las instituciones públicas, privadas, O.N.G., empresas, profesionales, ciudadanos, niños y niñas, que de muy distinta forma, pero todos con generosidad y entusiasmo, han permitido la organización de tan importante encuentro.

¿SE PUEDE EVALUAR EL ÉXITO ALCANZADO EN CUANTO A LA PREVENCIÓN DE LOS MALOS TRATOS A LOS NIÑOS? PROBLEMAS DE POLÍTICA, PROGRAMACIÓN E INVESTIGACIÓN¹

CAN WE MEASURE SUCCESS IN PREVENTING CHILD ABUSE? ISSUES IN POLICY, PROGRAMMING AND RESEARCH

JAMES GARBARINO, Ph. D.

Presidente del Erikson Institute for Advanced Study in Child Development

Traducción realizada y facilitada por la Dirección General del Menor y la Familia. De la revisión de J. Garbarino (1993). Original publicado (1986) «Child Abuse and Neglect», 10, 143-15.

RESUMEN

¿Podemos evaluar los éxitos alcanzados en el campo de la prevención de los malos tratos a la infancia? Esta pregunta se plantea cada vez de forma más acuciante debido a que el campo de la prevención de los malos tratos y la negligencia respecto a la infancia va adquiriendo una cierta «madurez» y debido también a que las instituciones correspondientes experimentan la necesidad de tener la plena seguridad de que sus programas son válidos. El presente artículo pasa revista a los esfuerzos realizados en los Estados Unidos para establecer objetivos concretos en cuanto a la prevención de malos tratos a la infancia, fruto de los cuales es, por ejemplo, el Informe del Cirujano federal respecto a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y el del Comité Nacional para la prevención de los malos tratos a los niños (NCPA). El establecimiento de objetivos para dichos programas va forzosamente unido a la existencia de datos básicos facilitados por las investigaciones, ya que, de no ser así, dichos obje-

tivos no podrían defenderse y no conducirían a nada. La base de dichas investigaciones se va ampliando y está adquiriendo una cierta «madurez». Citemos en especial la figura del «visitador sanitario a domicilio», considerado como una estrategia muy valiosa y claramente eficaz. Respecto a otras muchas estrategias las cosas no están tan claras y existe gran incertidumbre respecto a su eficacia. La misma importancia revisten los problemas a que hay que hacer frente a la hora de obtener datos uniformes sobre los malos tratos que puedan utilizarse para evaluar los efectos de cualquier intervención de tipo preventivo. Subsisten dudas respecto a la idoneidad de los datos sobre mortalidad infantil, lesiones ocasionadas a los niños y la validez de los casos de malos tratos a los niños denunciados de forma oficial. El presente artículo pasa revista a los datos existentes para aclarar y resolver dichos problemas y define un plan estratégico destinado a evaluar el éxito alcanzado por los esfuerzos dirigidos a reducir la gravedad y los efectos de los malos tratos a los niños en los Estados Unidos.

El autor presenta dichos esfuerzos dentro del contexto de una serie de principios relativos a la prevención de los malos tratos a la infancia, por ejemplo, la diferencia entre la prevención vinculada a una serie de amplias reformas de tipo económico y social y la implantación de un programa de prevención dirigido a mejorar las vidas de las familias de alto riesgo, en ausencia de cualquier cambio socioeconómico.

ABSTRACT

Can we measure success in preventing child abuse? As the field of child abuse and neglect prevention matures intellectually and as more and more agencies require evaluative research to substantiate claims of programmatic success, this issue is emerging with ever growing vigor. This paper reviews efforts to set prevention goals in the United States, e.g., by the federal government's Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention and by the National Committee for the Prevention of Child Abuse. For such goal setting to be defensible and socially productive, it must be linked to a research base. This research base is growing and maturing. The home health visitor concept, in particular, has received clear and powerful support as a preventing strategy. However, many issues remain concerning other strategies. Of equal or greater importance are the many difficulties we face in documenting base rates of maltreatment with which to assess the impact of preventive interventions. Questions remain about the ade-

quacy of infant mortality data, child injury rates, and the validity of officially reported cases of child maltreatment. The paper reviews the data available to clarify and resolve these issues, and outlines a strategy for assessing success of efforts to reduce severity and incidence of child abuse in the United States. These efforts are presented in the context of a series of principles regarding child abuse prevention, e.g., the difference between prevention linked to broad social and economic reforms versus preventive programming targeted at ameliorating the lives of high-risk families in the absence of broad socioeconomic change.

INTRODUCCION: ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS DE PREVENCIÓN

¿Podemos evaluar los éxitos alcanzados en la prevención de los malos tratos a los niños? El planteamiento de esta pregunta obedece a la creciente atención que se presta en los Estados Unidos a la prevención de los malos tratos a los niños. Más de la mitad de los Estados han promulgado leyes destinadas a crear los llamados Children's Trust Funds, que pretenden proporcionar apoyo financiero a los programas destinados a prevenir los malos tratos a los niños. Estos Trust Funds exigen la evaluación de dichos programas como condición previa a la asignación de subvenciones. Esta exigencia implica la obligación del programa de rendir cuentas de lo realizado con los fondos recibidos. Más que nunca estamos obligados a hacer frente al reto de defi-

nir lo que entendemos por prevención de los malos tratos al niño y la fórmula que proponemos para alcanzar éxito en esa tarea. Para ello debemos ir más allá de la necesidad de evaluar los éxitos de cualquier programa, adentrándonos en el trabajo, mucho más difícil, de evaluar los resultados netos de nuestros esfuerzos en el plano local, estatal y nacional. El presente trabajo representa una respuesta a dicho reto.

Un panel encargado en 1980 por el Gobierno Federal de traducir a objetivos específicos el Informe de 1979 del Cirujano federal sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades, incluía el siguiente punto como uno de sus objetivos a escala nacional para el año 1990:

En 1990, las lesiones y muertes de niños provocadas por sus padres como consecuencia de malos tratos deberán disminuir al menos en un 25%. (No disponemos de datos básicos fiables. Los cálculos estiman que se dan entre 200.000 y 4 millones de casos anuales de malos tratos de niños en este país)¹.

En 1985, el Comité Nacional para la Prevención de Malos Tratos a los Niños (NCPCA) incluyó en su planificación a largo plazo la frase siguiente: «Podemos prevenir los malos tratos a los niños y podemos demostrarlo. Nuestro objetivo se centra en reducir dichos malos tratos al menos en un 25% en 1990». A primera vista, los compromisos, independientes entre sí, contraídos por el Departamento de Salud y Servicios Humanitarios (HHS), el prin-

cipal organismo gubernativo a cargo del bienestar infantil, y por la principal organización privada de carácter nacional especializada en la prevención de los malos tratos al niño (la NCPCA), suponen un reto de enorme importancia para legisladores, gestores de programas e investigadores. Materializar dichos compromisos exigirá la coordinación de los esfuerzos de organismos y personalidades, públicas y privadas, de una forma raras veces acontecida. Hemos de hacer frente a importantes cambios institucionales si queremos que los malos tratos a los niños se reduzcan en un porcentaje situado entre el 20% y el 25%. Un breve repaso de los programas existentes destinados a la programación así lo pondrá de manifiesto.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Nos encontramos con que, por una parte, los resultados de varios programas modelo indican que la prevención es posible. Por otra, dichos programas confirman que el éxito no resulta fácil. Por ejemplo, varios programas dirigidos a mejorar experiencias prenatales, natales e iniciales de las familias de alto riesgo han confirmado la bondad de sus efectos preventivos²⁻⁴. Pero otros programas con objetivos similares no han ratificado tales éxitos.

Programas de visitas a domicilio

Olds y un grupo de sus colaboradores⁴ han llevado a cabo un programa de apoyo a la familia, entre madres de alto riesgo, cuya novedad radica en

que combina un tipo significativo de intervención con un refinado sistema de diseño (incluyendo una asignación aleatoria dependiente de las condiciones del caso). Su rigor justifica una detallada exposición de sus conclusiones. La prueba decisiva consistía en contrastar los resultados alcanzados por un visitador sanitario a domicilio (una enfermera R. N.) asignado a la familia durante el embarazo y que continuaba realizando visitas durante los dos primeros años de vida del niño (empezando por visitas semanales que luego pasaban a ser mensuales), con otras tres formas menores de intervención que incluían un visitador prenatal, transporte gratuito a clínicas, y pruebas de análisis/diagnóstico. Los resultados pusieron de manifiesto excelentes efectos preventivos entre las madres solteras de escasos recursos (de 19 o menos años de edad) entre quienes la tasa oficial de malos tratos durante los dos primeros años de vida del niño fue de un 4% en el caso del visitador sanitario a domicilio durante algo más de 2 años y de un 19% en los otros tipos de intervención. Olds atribuye este efecto preventivo al hecho de que los visitadores a domicilio durante períodos mayores establecían unas relaciones con las madres que se caracterizaban por el hecho de que facilitaban y recogían información entre sus clientes más jóvenes. Confirmando las tasas inferiores de malos tratos a los niños en los casos de tratamiento a cargo de enfermeras que realizaron visitas a domicilio durante un tiempo superior a los dos años está el dato de que las mismas jóvenes ma-

dres en las que el índice de malos tratos era más bajo se refirieron asimismo a sus hijos en términos más positivos, acudieron con menor frecuencia a las salas de urgencias de los hospitales (0,91 frente 1,70 visitas) y afirmaron haber sometido a sus hijos de 6 meses a castigos físicos un promedio de 0,2 veces por semana, que contrasta con las 1,89 veces que se dieron en los otros casos de intervención. Las familias visitadas por las enfermeras acudieron a las salas de urgencias hospitalarias un número menor de veces por casos de ingestión de cuerpos extraños o accidentes de que sus hijos hubieran sido víctimas. Todo ello parece señalar que el mejor sistema de prevención es una combinación de mayor capacitación paterna y control social.

Una prueba de la efectividad de la función de control social se halla en que los visitadores sanitarios a domicilio iniciaran conversaciones que llevaron a que dos mujeres, que durante la época inmediatamente anterior al embarazo dieron pruebas de que sus casos entrañaban un alto riesgo de malos tratos a sus hijos, renunciaran voluntariamente a sus derechos como madres en el momento del alumbramiento. Otra prueba de la bondad del control social se halla en que sólo un 13% de las quinceañeras solteras e indigentes del grupo visitado por enfermeras durante algo más de 2 años tuvo otro hijo durante los dos años siguientes, cifra que contrasta abiertamente con el 54% detectado en otros grupos.

Olds indica, y se trata de un dato muy interesante y probablemente muy importante para la elaboración de políticas y programas, que los efectos secundarios más negativos (por ejemplo, conflictos con los parientes) y los peores resultados (por ejemplo, menor efecto preventivo) se observaron entre las mujeres casadas de más edad. Entre las jóvenes madres solteras los efectos fueron mucho más positivos que entre las madres casadas de más edad. Olds observa que una fuerte intervención preventiva no está libre de connotaciones psicológicas y sociales. Lo cierto es que no puede aplicarse sin más a familias y comunidades de alto riesgo. Tienen un costo real en forma de conflicto y mayor necesidad de desarrollo y cambio del entramado social, que serían los componentes de toda intervención positiva cuyo objetivo fueran las relaciones paterno-filiales.

El problema de los costos y beneficios sociales ha sido el eje de un amplio debate especialmente al incrementarse el esfuerzo dirigido a la prevención de los malos tratos sexuales^{6,7}. La vasta proliferación de programas y material dirigido a los niños (por ejemplo, los talleres «buen toque/mal toque») ha dado lugar a que ciertos observadores expongan su preocupación respecto a la posibilidad de que dichos esfuerzos se traduzcan en una mayor ansiedad de los niños y a que éstos traten de apartarse de los adultos. Hay algunos informes que se refieren a tales resultados. Un reciente estudio examinó la forma en que los alumnos de las escuelas primarias respondían al

número especial del «tebeo» **Spiderman** que se ocupaba de los malos tratos sexuales. Una semana después de que dicho ejemplar llegara a la escuela se entrevistaba a alumnos de segundo, cuarto y sexto curso para establecer su nivel de comprensión y determinar cuáles eran sus respuestas emocionales⁸. Los resultados indicaron que los niños entendían el mensaje de los malos tratos sexuales (con puntuaciones de 85% en el caso de los alumnos de segundo año, 86% en el caso de los de cuarto curso y 96% en el de los de sexto año, para un cuestionario de 10 preguntas con respuestas múltiples para escoger la que el alumno considerara más acertada). Un importante número de alumnos, especialmente de cuarto curso, indicó que el «tebeo» los «preocupó» o los «asustó» (el 50% de los alumnos de cuarto año expresaron esta opinión, frente al 25% de los de segundo o sexto curso). Estos documentos avalan el costo psicológico. Los beneficios sociales los demuestra el caso de un alumno de cuarto curso que, durante la entrevista, reveló que había sido objeto de malos tratos sexuales para luego indicar que, de haber leído el «tebeo» cuando dichos malos tratos se iniciaron, él los hubiera denunciado desde el principio y no casi dos años después, como ahora hacía.

Lo cierto es que no disponemos de datos análogos para los programas de prevención de malos tratos físicos. No obstante, el estudio de Olds indica que éstos también suponen ciertos costos. El cuidado, la atención al mínimo detalle y la tenacidad de que

hace gala el estudio de Olds ponen de manifiesto que ninguna intervención preventiva puede realizarse a la ligera si se quiere que tenga éxito. El trabajo de Olds demuestra mejor que ningún otro proyecto que la prevención es posible. Olds indica:

«Los resultados obtenidos en esta investigación ofrecen pruebas coherentes de que las enfermeras visitadoras a domicilio pueden prevenir toda una serie de disfunciones en la prestación de cuidados al niño, incluyendo los malos tratos y la negligencia ante el mismo. Los efectos positivos del programa se percibieron mejor entre las mujeres con mayor riesgo de disfunciones en la prestación de cuidados al niño, y el cuadro de la prevención de malos tratos y negligencia procede de diversas fuentes: registros del departamento de servicio social, informes maternos de comportamiento infantil y atención materna al niño, observaciones sobre atención materna al niño, pruebas de desarrollo infantil y registros de salas de urgencia hospitalarias⁴».

Los datos de Olds coinciden con la experiencia del Programa del Visitador Sanitario de Denver⁹. Pasan-do revista a los expedientes de 550 familias de alto riesgo que recibieron dicho servicio durante un período de 18 meses, Gray y Kaplan indican que ningún niño sufrió daños graves por malos tratos de sus padres. Estos resultados corresponden a un primer estudio experimental del programa². En el seguimiento que se realizó del mismo durante 18 meses se comprobó que la

mayoría de las familias de alto riesgo podían ser excluidas de las visitas de rutina hacia finales del tercer mes posterior al nacimiento del hijo, en tanto que una tercera parte de las mismas (las más «caóticas y proclives a la violencia») debieron seguir siendo visitadas después de transcurridos seis meses del nacimiento de su hijo,

Nacimiento centrado en la familia

El nacimiento centrado en la familia constituye un segundo tipo de sistema de intervención de apoyo familiar para prevenir los malos tratos a los niños. Kennel, Voos y Klaus¹⁰ indicaron que la falta de visitas de los padres a aquellos niños que estaban recibiendo cuidados intensivos llevaba a predecir riesgos significativamente mayores de malos tratos a los niños (un 23% en el caso de visitas infrecuentes frente a un 2% cuando los niños recibían frecuentes visitas de sus padres). Gray y sus colegas² llegaron, partiendo de esta base, a establecer una relación general entre la interrupción de las primeras interacciones madre-hijo y los posteriores malos tratos. Gray y sus colegas llegaron a evaluar la calidad de las relaciones madre-hijo en la sala de partos y durante los primeros días posteriores al nacimiento del bebé. Basándose en dichas evaluaciones (realizadas por enfermeras y otro personal médico) identificaron 100 familias de alto riesgo y 50 familias de bajo riesgo como grupo que sirviera de base para realizar comparaciones. Luego de casi 2 años, no se produjeron casos de malos tratos denunciados al Registro Central de Malos Tratos

a Menores entre las familias del grupo de bajo riesgo, en tanto que se denunciaron 8 casos (8%) de malos tratos entre el grupo de alto riesgo.

Se realizaron visitas a los domicilios de 75 familias para evaluar la forma en que actuaba la familia, tratando de identificar «prácticas paternas anormales» (medida substitutoria para casos de malos tratos y negligencia). Veinticinco de dichas familias (todas de alto riesgo) habían sido objeto de alguna intervención experimental preventiva (consulta pediátrica intensiva más visitas domiciliarias semanales de una enfermera de la salud pública). Las otras 50 (25 de alto riesgo y 25 de bajo riesgo) habían seguido el régimen normal hospitalario. Entre las 50 familias de alto riesgo, en un 44% (N = 22) se detectaron prácticas paternas anormales, en tanto que en el grupo de bajo riesgo sólo se dio esta situación en un 8% de los casos (N = 25). No se percibió efecto preventivo alguno en la tasa de prácticas paternas anormales (el mismo 44% se daba entre los grupos de alto riesgo sujetos y no sujetos a intervención). Se percibía, sí, un efecto (si bien de valor estadístico marginal) en el porcentaje de casos denunciados de malos tratos a los niños: 24% (N = 6) en el grupo de alto riesgo sujeto a intervención frente a un 8% (N = 2) entre el grupo de alto riesgo no sujeto a intervención. Estas cifras se atribuyen a la mayor vigilancia a que se somete al grupo objeto de intervención experimental. Pero podría llevarnos a sostener que, al aumentar la conciencia familiar, los programas de prevención

pudieran conducir a aumentar más que a disminuir los casos de malos tratos a los niños.

La intervención del nacimiento centrada en la familia implementada por O'Connor y sus colegas³ en una muestra de madres de alto riesgo dio como resultado el que en el grupo sometido a tratamiento se diera tan solo un 0,7% de casos de malos tratos (2 de un grupo de 143 familias) en tanto que en el grupo en el que no existía control alguno de los malos tratos el porcentaje se situaba en un 6% (10 de 158 familias). Pese a ello, Siegel y sus colegas⁵ no mencionan efectos preventivos de importancia en su estudio de contactos iniciales y visitas domiciliarias. Siegel asignó de modo aleatorio trescientas veintiuna mujeres de renta baja a una de estas cuatro situaciones: contactos iniciales, contactos iniciales más visitas domiciliarias, sólo visitas domiciliarias y no intervención. Entre las 200 madres con partos normales no se observó efecto alguno respecto a malos tratos a sus hijos, si bien se detectó un pequeño efecto positivo respecto al apego a sus hijos en el caso de los grupos de contactos iniciales. Este estudio no analizó la posibilidad de que los efectos preventivos se redujeran o al menos se intensificaran entre los grupos de mayor riesgo y, tal vez, especialmente susceptibles de intervención, tal y como hizo Olds. Además, indicó que las variables demográficas del tipo de las controladas por Olds eran responsables de una parte mucho mayor de las variaciones generales que el programa de prevención.

¿QUE FUERZA TIENEN NUESTROS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN?

El patente éxito de algunos programas modelo lleva a especular sobre los efectos de su implantación masiva, aunque la realidad nos lleve a pensar en temas de difícil solución como la disponibilidad y asignación de recursos para llevarlos a efecto (¿hasta qué punto compite el bienestar infantil con la seguridad nacional?), ideología política (¿cómo podrían conciliarse las garantías constitucionales con el nivel de supervisión y control social necesarios para una participación **masiva** en poderosos programas?), y técnica (¿pueden ejecutarse tales programas a la escala necesaria para los distintos grupos de población en ellos involucrados?).

Los problemas programáticos y políticos que conlleva la realización de un eficaz esfuerzo nacional para prevenir los malos tratos a los niños han sido objeto de varios estudios recientes¹¹⁻¹⁴. Cohn, Gray y Wald pasaron revista a varias posibilidades para dichos programas: contactos iniciales, apoyo en todo lo relativo al nacimiento, educación de los padres y asesoramiento/modificación del comportamiento. Llegaron a la siguiente conclusión:

«Idealmente, deberíamos ser capaces de citar aquellas estrategias de prevención que contrarrestan eficazmente cada una de las causas subyacentes (de malos tratos a los niños). Pero aún sabemos muy poco para poder utili-

zar este tipo de receta. No obstante, sí podemos realizar algunas predicciones informadas. Este es el papel que pueden desempeñar los estudios de evaluación. Si bien aún son tan escasos que no permiten formular estrategias definitivas, sí que sugieren que una gran parte de lo que hemos intentado realizar puede servir para beneficiar al menos a un subgrupo de la población en riesgo^{12,20}».

Rosenberg y Repucci¹⁴ se muestran más conservadores en sus conclusiones sobre hasta dónde pueden llevarnos las investigaciones realizadas en el campo de la prevención:

«Los programas ... ofrecen ideas especiales, innovadoras y muy atractivas para la prevención primaria de los malos tratos a los niños. No obstante, excepción hecha del visitador sanitario, el punto hasta el que estos métodos pueden realmente prevenir los malos tratos a los niños y/o mejorar el funcionamiento familiar es un problema empírico que aún habrá que resolver. Aunque hemos recorrido un largo trecho respecto a la investigación de los malos tratos a los niños y la operatividad de los sistemas preventivos, no conseguiremos avanzar hacia nuestro objetivo de eliminar los malos tratos a los niños hasta que tomemos la evaluación de los programas de prevención tan en serio como las ideas presentes en los mismos. Se trata de un trabajo que deberá realizar durante el próximo decenio cualquier investigador o pragmático serio de la prevención».

Sugieren que los patrocinadores de dichos programas deben contar con un plan explícito respecto a la forma en que un programa debe presentar sus posibilidades de modificar aquellos factores que lleven a reducir los malos tratos a los niños. De acuerdo con dicho plan debiera resultar insuficiente mostrar sólo una disminución de los malos tratos o de cierta causa a que pudieran atribuirse los mismos, como actitudes de los padres, creencias, empatía o aislamiento social de los mismos.

Gelles¹³ adopta una postura distinta en su revisión de los esfuerzos realizados para prevenir o al menos intervenir inicialmente en los casos de violencia familiar (incluyendo la violencia conyugal y los malos tratos a los niños). En dicha revisión define las líneas generales de un exhaustivo programa nacional de prevención basado en siete presunciones:

1. Cualquier forma tenue de violencia familiar se convierte en formas más graves de la misma.
2. El carácter privado de la familia y las dudas de los agentes de control social a la hora de intervenir en casos de violencia familiar permiten que se agrave cualquier forma tenue de violencia familiar.
3. El hecho de que las víctimas de la violencia familiar carezcan de un lugar para protegerse de la misma puede influir en el riesgo de que se conviertan en sus víctimas e incre-

mentar el riesgo de que se venguen utilizando la máxima violencia.

4. La intervención que impida cualquier tipo de violencia tenue puede también prevenir los casos de violencia grave.
5. Las intervenciones contrarias a la intimididad, que ofrezcan a las víctimas un lugar en que refugiarse o que eliminen cualquier tipo de armas de los hogares, reducirán las probabilidades de que se den casos de violencia grave.
6. Un noventa por ciento de los casos de violencia familiar obedecen a factores sociales, el otro diez por ciento se debe a enfermedad mental o a algún problema psicológico del agresor.
7. No parece factible el investigar para poder realizar predicciones (porque incluso un instrumento que fuera exacto en más del 90% de los casos realizaría una predicción falsa por cada predicción verdadera, basándonos en una tasa estimada de un 5% de grave violencia familiar)

Gelles¹³ se vale de otras tres nuevas presunciones programáticas como base de sus estimaciones sobre nuestra capacidad de reducir la violencia familiar:

1. Las intervenciones primarias dirigidas a modificar la estructura social y las actitudes culturales respecto a la violencia podrían reducir ésta en un 60%

2. Las intervenciones secundarias que se lleven a cabo después de un incidente inicial podrían reducir los casos de violencia en un 70%.
3. En los restantes casos de violencia, la psicoterapia sólo sería eficaz en un 10% de los mismos.

A plicando dichas presunciones, Gellers ofrece las estimaciones que se recogen en la Tabla 1 respecto al efecto neto de cualquier intervención preventiva de la violencia familiar. Cada oleada produce cambios significativos, siendo el resultado general de las mismas una reducción de casi un 70% de la violencia familiar.

¿A qué cifras llegaríamos si nos limitáramos sólo a los casos de malos tratos a los niños? Valiéndonos de las cifras del Estudio de Incidencia Nacional¹⁵ y de las estimaciones de la Asociación Humanitaria Norteamericana, que indican que se produjeron cerca de un millón de casos de malos tratos a los niños en 1983, podríamos proyectar los resultados que aparecen en la Tabla 2.

Gelles concluye así su análisis: «Se trata de cifras conservadoras que nos recuerdan que aún en el más optimista y utópico de los mundos que pudieran diseñar los sociólogos, se producirían daños debidos a la violencia familiar»^{13:36}.

Entonces, ¿cuáles son las posibilidades reales de alcanzar el objetivo de reducir los malos tratos a los niños entre un 20% y un 25% en 1990? La respuesta a

esta pregunta dependerá de otras dos cuestiones: la concreción exacta de nuestro objetivo (por ejemplo, la forma en que definamos los malos tratos a los niños, incluyendo la de los distintos tipos de malos tratos) y el rumbo y la importancia de las corrientes sociales que influyen en los casos de malos tratos a los niños.

Medidas de prevención: menor gravedad o menor número de casos

Tal vez sin intención, los dos objetivos citados anteriormente (los de HHS y NCPCA) indican una importante distinción que puede tener gran importancia a la hora de evaluar las perspectivas de prevención. El objetivo de HHS se centra en reducir las «lesiones y muertes de niños» en tanto que el Comité Nacional pretende reducir la **cantidad** de casos de malos tratos a los niños. HHS persigue reducir la gravedad de los mismos, el Comité Nacional pretende reducir su cifra. La distinción es importante (incluso aunque no lo pretendieran quienes plasmaron por escrito ambos objetivos) y tiene una base empírica. Ciertos estudios que han evaluado los efectos de los programas de prevención han concluido que existe un descenso en su gravedad pero no en el número de casos. Por ejemplo, Gray, Cutler, Dean y Kempe² evaluaron los efectos de la intervención preventiva entre familias de alto riesgo, intervención que incluía contactos frecuentes con un mismo pediatra (en lugar de ser atendidos por varios pediatras), visitas domiciliarias semanales a cargo de una enfermera de la salud pública y

¿Se puede evaluar el éxito alcanzado en cuanto a la prevención de los malos tratos a los niños?

atención por parte de los servicios que se consideraran necesarios. El único efecto significativo detectado fue el de que se redujo la gravedad de los daños físicos. En 5 de los 25 casos del grupo de alto riesgo no sujeto a intervención

se precisó la hospitalización del niño por haber sufrido graves lesiones en tanto que ninguno de los casos del grupo de alto riesgo sujeto a intervención (o del grupo de bajo riesgo) presentó lesiones de tal gravedad.

Tabla 1: Consecuencias hipotéticas de los esfuerzos realizados para prevenir la violencia familiar (Gelles, 1984)

	Base	Después de una prevención primaria orientada socialmente (-60%)	Después de una intervención orientada socialmente (-70%)	Después de psicoterapia para casos crónicos (-10%)
Homicidio doméstico	3.572	1.429	429	386
Lesiones por agresiones en el hogar	118.599	47.440	14.232	12.800
Hospitalizaciones	5.324.000	2.129.600	638.880	574.992

Tabla 2: Efectos de la Prevención de los malos tratos a los niños (tomado de Gelles, 1984)

	Base	Prevención primaria (-60%)	Intervención secundaria (-70%)	Psicoterapia (-10%)
NIS	640.000	256.000	76.800	69.120
AHA	1.000.000	400.000	120.000	108.000

De acuerdo con estos datos, algunos médicos clínicos que han intervenido en casos de malos tratos a los niños desde principios de la década de 1970 indican que se ha producido un descenso significativo en cuanto a las probabilidades de casos del clásico «síndrome del niño apaleado». Richard Krugman, del Centro Kempe de Denver, es uno de ellos. Esto **podría** indicar que los esfuerzos encaminados a aumentar la consciencia de la población y los servicios destinados a la misma se han visto coronados por el éxito y han logrado disminuir la gravedad de los malos tratos, con independencia de que hayan o no logrado reducir el número total de casos de malos tratos. La comprobación de esta hipótesis se lograría examinando los datos existentes sobre mortalidad y enfermedades infantiles. Si pudiéramos demostrar que se ha producido un descenso general en la mortalidad infantil y en las lesiones graves ocasionadas por malos tratos a los niños, demostraríamos que la HHS había alcanzado su objetivo. Esto nos lleva a analizar los datos existentes sobre mortalidad infantil debida a malos tratos.

EL PAPEL DE LOS MALOS TRATOS DENTRO LA MORTALIDAD INFANTIL

¿Cuántos niños mueren por malos tratos? Basándose en su encuesta, el Estudio de Incidencia Nacional ofrece un cálculo de unos 1.000 pero advierte que entiende que esta cifra puede resultar baja. Las publicaciones gubernamentales han citado cifras que van de los 2.000

a los 5.000 casos. Como observa Barbara Nelson¹⁶ en su libro *«Making an Issue of Child Abuse»*, los cálculos publicados van desde 365 casos anuales hasta cálculos no especificados en cifras (pero mucho mayores) que indican que los malos tratos a los niños son una de las principales causas de mortalidad infantil. Según las estadísticas sanitarias del Gobierno¹⁷, «el homicidio es una de las cinco causas principales de mortandad entre personas de 1 a 17 años, en los Estados Unidos». Claro está que en sociedades menos ricas y modernas que los Estados Unidos, las enfermedades que pudieron haberse prevenido son causa tanto de un mayor número de muertes como de un mayor porcentaje del total de muertes de niños. Por ejemplo, en el Brasil, la mortalidad infantil general es de aproximadamente 100 por 1.000¹⁸, en tanto que en los Estados Unidos es de un 12 por 1.000 (y el homicidio supone alrededor de un 0,9% de cada 1.000 casos).

Parecería que los datos relativos a la mortalidad infantil debieran ser más fiables y válidos que los relativos a graves lesiones, lesiones menores y lesiones mentales. No obstante, aunque pudiera ser el caso y los datos sobre muertes sean buenos comparados con los relativos a otros datos sobre malos tratos, la información sobre muertes de niños debidas a malos tratos ha carecido de validez. Downing¹⁹ realizó un estudio de las 32 muertes de niños ocurridas en los 10 años de vida del organismo de servicios de protección de menores de un condado metropolitano y llegó a la conclusión de

que los malos tratos (como lo demuestran los registros de los servicios de protección) habían sido uno de los principales factores de tales muertes en muchos casos en que, oficialmente, la muerte se atribuyó a «causas naturales». A los casos de muerte por neumonía, desnutrición, asfixia, ahogamiento y síndrome de muerte repentina (que causaron la muerte de 8 de los 17 niños fallecidos) hay que unir aquéllos en que la muerte se produjo por lesiones en la cabeza y el cuerpo. Sólo dos niños murieron por algún tipo de malformación congénita. En total, 15 murieron «por enfermedad», 14 a causa de «lesiones o accidente», y 3 por «desnutrición». No obstante, el examen que realizó Downing de dichas muertes reflejaba negligencia en muchas de ellas y malos tratos en varias.

Jason y sus colegas^{17, 20} examinaron la calidad de los datos relativos a la mortalidad infantil a nivel nacional. Su estudio revela tres puntos que nos interesan. En primer lugar, los cambios en los procedimientos clasificatorios que se realizaron en 1967 para registrar las muertes de niños llevan a registrar un número menor de homicidios de niños pequeños. Esto se debe a que en 1967 se incluyó un nuevo grupo («no puede establecerse que las lesiones se produjeran accidental o intencionalmente»). Jason indica que este grupo produjo importantes efectos sobre las decisiones relativas a la causa de muerte de los niños pequeños (pero sólo efectos de menor importancia en el caso de los niños de más edad). Esto nos alerta respecto a la necesidad de prestar aten-

ción a los cambios de procedimiento que pudieran afectar a los datos relativos a la prevención de los malos tratos a los niños.

El segundo dato que apunta Jason es que si se comparan los datos de los Informes Uniformes del FBI sobre Delitos con los del Centro Nacional de Datos Estadísticos Sanitarios, se ve que cada una de dichas fuentes informativas «registra una cifra de homicidios infantiles inferior en al menos un 20% a la real». La cifra del 20% resulta, claro está, escandalosa vista desde la perspectiva de nuestro objetivo de reducir los casos de malos tratos a los niños en ese mismo 20%. Supone que cualquier mejora en el procedimiento utilizado para llevar los registros podría producir un aumento de un 20% en la mortalidad infantil debida a malos tratos. Jason recomienda realizar tres cosas para mejorar los citados datos: (1) mejor cooperación entre las instituciones médicas y legales que aplican la ley, (2) «un mayor índice de sospecha en todos los casos de muertes de niños pequeños», y (3) autopsia e investigación policial en todos las «muertes traumáticas o debidas a causas no muy claras, que se produzcan entre los niños». Como veíamos en el estudio de Downing, hay razones para ir incluso más allá de lo expuesto en nuestro esfuerzo por obtener un cuadro real de las muertes de niños debidas a malos tratos.

La tercera aportación de Jason es la conclusión a que llega sobre dos pautas principales en los homicidios de niños.

Cuando la víctima tiene menos de 3 años, se trata de «violencia familiar, circunstancias mal definidas y el uso de fuerza física»¹⁷. Cuando la víctima tiene más de 12 años, se trata de violencia extrafamiliar, que el agresor asocia con argumentos de comportamiento criminal, y el uso de pistolas o cuchillos. Cuando la víctima del homicidio tiene entre 3 y 12 años, se da una mezcla de los dos tipos ya citados.

Si pretendemos que la muerte y las lesiones graves sean la meta hacia la que encauzar nuestros esfuerzos para documentar la prevención, necesitaremos estar seguros de que tomamos en cuenta el tipo de coartada descrita por Downing. Habremos de asegurarnos de que las decisiones sobre la causa de la muerte reflejen precisa y coherentemente el papel que en ella desempeñan los malos tratos a los niños. Como ponen de manifiesto los análisis de Jason, sólo a mediados de la década de 1980 se realizaron avances significativos en cuanto a asegurar que las muertes de niños debidas a malos tratos se clasificaran correctamente respecto a la causa de la muerte. No obstante, el número relativamente bajo que se produce en cada comunidad permite que profesionales y grupos de ciudadanos vigilen muy de cerca este proceso.

TENDENCIAS QUE SE DETECTAN EN CASOS DE LESIONES GRAVES DEBIDAS A MALOS TRATOS A LOS NIÑOS

Las tendencias que, respecto a lesiones graves, se detectan en los informes de

los servicios de protección de menores recogidos en el Estudio Nacional de Informes sobre Malos Tratos y Negligencia con los Niños, de la Asociación Humanitaria Norteamericana, pueden arrojar nueva luz sobre si realmente se está produciendo o no un descenso en la gravedad de las lesiones a los niños. La Tabla 3 presenta los datos recopilados por la Asociación Humanitaria Norteamericana basándose en los casos de malos tratos a los niños que han sido denunciados. Como es natural, las conclusiones basadas en dichos casos son objeto de crítica debido a que no está muy clara la relación entre los casos denunciados y los no denunciados. Esto resulta especialmente cierto cuando se trata de estimar la incidencia, ya que los cambios en el número de casos que realmente se han producido y los casos denunciados pueden estar relacionados positivamente en ciertas condiciones, negativamente en otras, e incluso carecer de relación alguna en condiciones diferentes. Una señal alentadora procede de un reciente análisis comparativo de los resultados obtenidos en la compilación de informes realizada por la Asociación Humanitaria Norteamericana, y el análisis de casos conocidos por los profesionales pero no denunciados a los servicios de protección, del Estudio de Incidencia Nacional². En ambos casos la situación resulta sorprendentemente similar si tenemos en cuenta que los datos procedían de fuentes diferentes.

La Tabla 3 presenta ciertos datos de importancia para la hipótesis presentada anteriormente de que se está pro-

¿Se puede evaluar el éxito alcanzado en cuanto a la prevención de los malos tratos a los niños?

duciendo un cierto descenso en la gravedad de las lesiones. Pese al espectacular aumento que se ha producido en la consciencia pública y profesional y al significativo aumento del número total de casos registrados, el número de casos de lesiones graves descendió en un 24% de 1980 a 1982. No obstante, los datos de 1983 indican un aumento tanto en el número total de casos (que

aumentó en un 8,4% de 1982 a 1983) como en el porcentaje correspondiente a casos de lesiones graves, que pasó de un 2,4% a un 3,2%. Una posible explicación de esta situación podría ser que la reducción en los servicios entre 1981 y 1982, junto con la crisis económica del mismo período, agravaran los casos existentes y produjeran otros nuevos. En consecuencia, la gravedad aumentó.

Tabla 3: Casos denunciados de malos tratos a los niños en los que las lesiones fueron graves, 1976-1982.

(Fuente: Asociación Humanitaria Norteamericana)

	Número de casos de lesiones graves	Porcentaje del total de casos	Total de casos denunciados
1976	1.950	3,1%	62.911
1977	2.538	3,7%	68.593
1978	2.795	3,5%	79.871
1979	8.536	4,5%	189.694
1980	10.471	3,9%	268.488
1981	9.666	4,1%	235.768
1982	7.957	2,4%	331.544
1983	12.729	3,2%	397.785

¿Reflejan estos datos un incremento real de la gravedad o son la consecuencia de una política informativa? Puede que resulte imposible determinar a escala nacional cuál es la respuesta a dicha pregunta o qué porcentaje de verdad puede atribuirse a cada una de dichas alternativas. No obstante, sí que

parece posible realizar un estudio, estado por estado y condado por condado, que ponga de manifiesto los efectos de los cambios en el sistema informativo, los cambios en el número de casos, los cambios respecto a la gravedad de las lesiones y los cambios de programación preventiva. Y esto es

algo que debe hacerse. Son muy pocos los estudios que se valen de los «experimentos naturales» que existen porque operamos dentro de un sistema federal con 50 estados y más de 3.000 condados que pueden servir como «laboratorios» sociales.

Formas de malos tratos

Otro tema recogido en los objetivos del HHS y el Comité Nacional es el relativo a la definición de los malos tratos. En la mayoría de los casos nos referimos a malos tratos físicos. Pero, ¿qué decir de los malos tratos psicológicos, la falta de cariño, los abusos sexuales y los casos de negligencia física? Los conocimientos sobre la prevención de dichas formas de malos tratos tienen su propia historia y sus propios problemas. Se ha hablado mucho de los malos tratos psicológicos y de la falta de cariño pero se les ha prestado escasa atención. En la actualidad se está trabajando para mejorar nuestras ideas y dar respuestas a tales problemas^{22, 23}. Pero aún no hay posibilidad de certificar cuáles son los efectos preventivos de los mismos en gran escala.

En el caso de los malos tratos sexuales, los esfuerzos para prevenirlos están hoy generalizándose. Como observábamos anteriormente, la mayoría se centran en enseñar a los niños a reconocer, oponerse y denunciar cualquier agresión sexual de un adulto (el concepto del buen toque/mal toque). Aunque la puesta en marcha de programas se está popularizan-

do, la evaluación de los mismos sigue estando en pañales^{6, 7}. Los casos conocidos han sido cada vez con mayor frecuencia objeto de atención pública a partir de que, al iniciarse la década de 1980, se incrementó la consciencia de profesionales y ciudadanos en general respecto a su gravedad. Un estudio²⁴ indica que sólo en 1984 se produjo un incremento de un 35% en el número de casos denunciados en los 19 estados estudiados. Otro²⁵ demuestra que la creación en una comunidad de un programa para el tratamiento de los casos de malos tratos sexuales produjo un incremento en el número de casos de abusos sexuales denunciados. Hasta que se conozca con exactitud el número de casos antes no denunciados seguiremos teniendo dudas sobre la validez de los datos basados en los casos denunciados de agresiones sexuales.

En el caso de la negligencia disponemos de mayor información. Y debemos citar con preocupación que los objetivos de HHS y NCPHA no incluyen la negligencia, esto es, la falta de atenciones básicas. Esto suscita varios e importantes problemas ya que son muchos los autores que entienden que la negligencia es la causa tanto más común (en una proporción de 2 a 1) como más probable de la mortalidad infantil^{19, 27}.

NECESIDAD DE ACLARAR Y ESPECIFICAR LOS OBJETIVOS DE LA PREVENCIÓN

Quienes deben prevenir los malos tratos a los niños y documentar el éxito de sus programas preventivos deben

también tener muy claro qué objetivos persiguen. También deben ser muy concretos sobre las bases y tendencias que definen el contexto en que han de aplicar sus esfuerzos preventivos. Una de las razones sería la de que el esfuerzo que realizan debe competir con otros varios métodos de documentar la incidencia y la importancia de los malos tratos, cada uno de los cuales tiene ciertos problemas metodológicos. Uno de tales métodos es la compilación de casos denunciados a los organismos de protección de menores (la Asociación Humanitaria Norteamericana los compila). Este método resulta sospechoso dado que no se conoce exactamente la discrepancia existente entre el número de casos denunciados y no denunciados y que ésta puede variar con el tiempo y según los lugares. La encuesta de casos conocidos por los profesionales, que realizó el Estudio de Incidencia Nacional¹⁴ constituye un segundo método. El problema radica aquí en los posibles prejuicios de dichos profesionales. Un tercer método consiste en realizar una encuesta entre una muestra aleatoria de adultos, bien para descubrir si conocen algún caso fuera de su familia^{28, 29} o bien para evaluar el comportamiento dentro de sus propias familias. Aquí el problema radica en la exactitud de los informes facilitados por los adultos.

Straus, Gelles y Steinmetz³⁰ realizaron dicha encuesta (limitada a familias constituidas por padre, madre y al menos un hijo mayor de 3 años). Los resultados de dicha encuesta, realizada en 1976, indicaron que un

14,2% de dichas familias admitieron la existencia de «violencia grave» en su seno (por ejemplo, golpes, patadas, puñetazos, golpes con algún objeto, amenazas o empleo de armas blancas o de fuego). Esta cifra nacional de 142 por mil puede dividirse por regiones (ya que el diseño de la muestra lo permite) y puede servir para realizar comparaciones y evaluar las tendencias existentes. La encuesta se repitió en 1985 y sus primeros resultados indican un significativo descenso en el número de casos en que los padres admiten practicar las formas más graves de malos tratos con sus hijos. Una tercera encuesta llevada a cabo a principios del año 1991 permitirá realizar un mejor análisis histórico y aportará importantes datos que certifiquen el éxito nacional y regional de los programas preventivos.

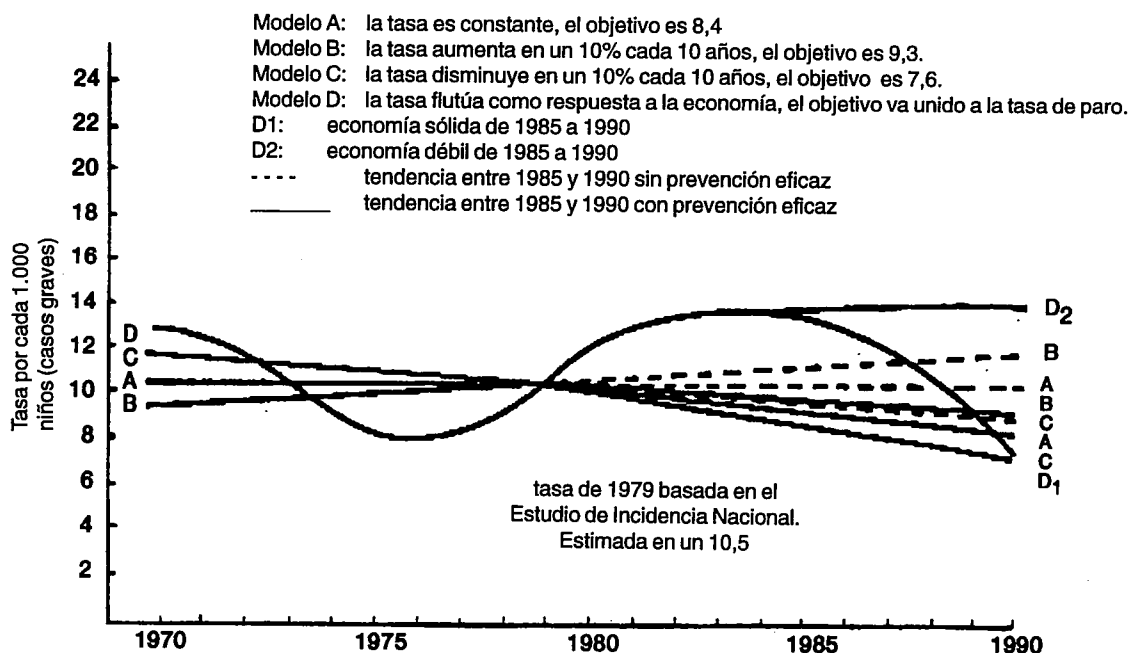
TRES MODELOS PARA EVALUAR LOS EFECTOS DE LA PREVENCIÓN

La figura 1 presenta varios modelos y situaciones alternativas para evaluar nuestros esfuerzos dirigidos a reducir los malos tratos a los niños entre 1970 y 1995. El Modelo A asume una tasa históricamente constante de malos tratos. El Modelo B asume una tasa de malos tratos que aumenta en un 10% anual desde 1970, teniendo en cuenta la eficaz difusión de los programas preventivos que se produce en 1980. El Modelo C asume una tasa históricamente decreciente de malos tratos (10% anual), sin considerar ningún especial éxito adicional de los programas preventivos desde 1980. El Modelo D asu-

me una tasa de malos tratos a los niños que fluctúa hasta en un 10% anual como respuesta a los cambios que se producen en las condiciones económicas y sociales, que se recogen aquí utilizando el paro como indicador, aunque los esfuerzos realizados hasta la fecha hayan demostrado sólo un efecto independiente de escasa importancia del paro respecto a las tasas de malos tratos a los niños^{31, 32}. El Modelo D2 proyecta una depresión económica entre 1985 y 1990; el Modelo D1 un cuadro económico mejorado.

Esta presentación simplificada deja claro que el significado del logro de una disminución de un 20% de los malos

tratos a los niños en 1990 depende en gran parte de cuál de los citados modelos esté más próximo a la realidad de los malos tratos a los niños durante el período que va de 1970 a 1995. Cada modelo implica un objetivo diferente. Por ejemplo, si asumimos que el Modelo A es correcto (tasa básica constante) cuando en realidad el Modelo B es más exacto, el resultado sería que lo que parece ser un estancamiento (como lo demuestra el que exista una tasa constante entre 1980 y 1990) pudiera realmente suponer una disminución de un 20% de lo que hubiera sido la incidencia de los malos tratos si no se hubiera realizado un esfuerzo activo y coronado por el éxito en el terreno de la prevención los mismos.



1. Objetivos de la prevención basados en diferentes presunciones respecto a las tasas subyacentes.

Figura 1

CONCLUSIONES

¿Qué supone todo esto respecto a nuestros esfuerzos? Tiene consecuencias importantes respecto a la forma en que evaluamos los programas así como a los programas que debemos apoyar. Podemos verlo en una serie de proposiciones relativas al diseño y evaluación de programas.

1. Debemos ser todo lo precisos que podamos al definir los objetivos de cualquier programa de prevención y los límites de los mismos. Por ejemplo, debemos ser muy cautos al mencionar que ciertas formas de malos tratos pueden prevenirse mejor que otras, tanto con los modelos de programa hoy existentes como en el futuro, como función de la relativa incompatibilidad de ciertas formas de malos tratos. Debemos admitir la diferencia que existe entre disminuir el número de casos y disminuir la gravedad de los mismos, y planificar nuestros esfuerzos de evaluación para documentar cualesquiera efectos diferenciales.
2. Debemos admitir que cualquier esfuerzo preventivo puede operar sólo en determinadas condiciones concretas. Por ejemplo, ciertas intervenciones preventivas sólo son válidas para jóvenes madres solteras. Otras sólo darán resultado entre familias acomodadas que deban hacer frente a las tensiones especiales que pueda provocarles un hijo disminuido. Esto indica que cualquier estrategia realista puede incluir el centrar nuestra atención sobre un determinado tipo de malos tratos, como ocurre en una determinada población, o en admitir que diferentes poblaciones necesitan diferentes métodos. Basándonos en los datos y experiencia programadora con que hoy contamos, la meta hacia la que parece más probable que dirijamos nuestros esfuerzos tanto para prevenir los malos tratos como para documentar nuestros posibles éxitos son los casos de graves malos tratos de los padres a sus hijos durante los primeros tres años de vida de éstos.
3. En aquellos casos en que se indique que se pretenden reducir los casos de malos tratos a los niños en un 20% en el conjunto de la sociedad, deberemos aclarar cuáles son los criterios básicos utilizados para formular dicha afirmación. Debemos destacar que entendemos que esta afirmación deberá ser válida después de tomar en cuenta cualquier cambio que pudiera producirse en las condiciones económicas y sociales y cualquier variación en la definición e identificación de los casos. Debemos evitar abrumar u oscurecer los efectos preventivos por cualquier cambio en dichos factores. Por ejemplo, debemos tener presente que cualquier cambio en la definición y procedimiento informativo podría afectar a la tasa de malos tratos registrados en los casos oficiales. Los programas de prevención y tratamiento deberán poner al des-

cubierto nuevos casos de malos tratos y, por consiguiente, parecerá que aumenta el número de casos de malos tratos a los niños. Existen investigaciones que confirman este fenómeno en el caso de los malos tratos sexuales²⁵. Sabemos que los programas de prevención se desarrollan a menudo en un clima de fuerte preocupación pública y que el propio aumento del nivel de preocupación lleva a un aumento en el número de casos denunciados. No obstante, vale la pena destacar que, en ciertas áreas, el hábito de denunciar puede estar tan afirmado que no exista un gran número de casos no conocidos de malos tratos, por ejemplo, de graves lesiones físicas de niños pequeños. Además, podemos diseñar nuestros sistemas de evaluación de modo que comparen los informes de distintos lugares a través del tiempo con objeto de identificar cualesquiera problemas especiales que pudieran deberse al desarrollo del sistema.

4. Una estrategia completa incluirá tanto una prevención primaria generalizada como una programación dirigida a grupos comparables de alto riesgo utilizando un tipo de asignación aleatoria para las intervenciones preventivas. Los modelos para lograrlo se han desarrollado al máximo en el método del visitador sanitario a domicilio⁴.
5. La intervención puede dirigirse a comunidades comparables, de modo que los estudios que se valgan de

diseños anteriores/posteriores puedan destacar y controlar amplios efectos económicos y sociales (e informar sobre cualquier deformación de los sistemas informativos) al analizar los resultados. Esto nos permitirá estimar el número de casos de malos tratos a los niños que existen sin el programa. Es básico el valerse de «experimentos naturales», como aquellas situaciones en que la gente queda excluida del programa a causa de listas de espera, y diferencias aleatorias en el inicio del programa, ya que el reto logístico y técnico que supone el utilizar comunidades «comparables» como unidades de análisis suele ser terrible y a veces incluso insuperable. Esto tiene la máxima importancia. Exige que tengamos un número suficiente de programas y/o comunidades (o subunidades comunitarias, tales como barrios) que nos permitan emplear procedimientos estadísticos que nos valgan para «controlar» diversos aspectos de la variabilidad comunitaria a la hora de evaluar los efectos de los programas dirigidos a la prevención de los malos tratos a los niños. Las organizaciones locales (por ejemplo, las delegaciones del Comité Nacional para la prevención de los malos tratos a los niños) pueden desempeñar un papel fundamental a la hora de estimular, coordinar y evaluar los esfuerzos preventivos comunitarios. La amplia recopilación de datos sobre las verdaderas causas de la mortalidad infantil es una de las áreas en que las organizaciones locales pueden faci-

¿Se puede evaluar el éxito alcanzado en cuanto a la prevención de los malos tratos a los niños?

litarnos valiosos datos fiables que podemos utilizar para elaborar los análisis de tendencias.

6. Para la evaluación se deben utilizar medidas múltiples. No nos debemos limitar a los casos denunciados de malos tratos. Un método exhaustivo debe incluir esfuerzos para evaluar los cambios en el número de casos de muertes y lesiones graves a los niños, los costos y resultados del tratamiento (suponiendo siempre que los programas preventivos pueden afectar a la posibilidad de tratamiento de los casos que se produjeren), tratamiento en salas de urgencias hospitalarias, estándares de prácticas disciplinarias (por ejemplo, azotes durante el primer año de vida del niño) y conocimientos y actitudes respecto a la gama de comportamientos que constituyen o aumentan los riesgos de malos tratos. Las medidas del comportamiento son el resultado y no bastarán por sí solas para reemplazar a las medidas de la actitud (que, por lo general, son más fáciles de obtener).
7. Los esfuerzos preventivos deben incluir tanto medidas destinadas a controlar o restringir pautas destructivas como medidas destinadas a substituir dichas pautas destructivas por pautas positivas que sean incompatibles con cualquier tipo de maltrato a los niños. El papel que desempeña en dichas medidas una atención de calidad al niño fuera del hogar parece ser de la máxima importancia. Es más, cualquier méto-

do que pretenda documentar la prevención debe centrarse en la medida en que las familias reciben servicios de demostrados efectos preventivos. Recomendamos encarecidamente que se preste atención a los aspectos positivos más que a los negativos o coercitivos. La atención de calidad al niño y el visitador sanitario a domicilio son los principales candidatos para dicho método. Un segundo método consiste en realizar investigaciones básicas entre adultos que sufrieran malos tratos cuando niños. Puede que nos ayuden a entender lo que exige el «sobrevivir» a ellos, y a prevenir el que ciertas pautas de malos tratos se transmitan a la generación siguiente.

8. Existen dos métodos preventivos básicos. Uno sostiene que podemos resolver ciertos aspectos del problema de los malos tratos a los niños independientemente del entorno socioeconómico, cultural y político en que se produzcan. El otro procede de la opinión de que una total reforma social es un requisito previo (y el vehículo adecuado) para realizar avances significativos en la prevención de los malos tratos a los niños. Podemos calificar la primera opinión de «prevención fragmentaria» y la segunda de «prevención a través de una reforma total». Las investigaciones realizadas parecen demostrar que la prevención fragmentaria es posible, especialmente cuando se basa en redes de apoyo social³³. Tanto los estudios realizados en barrios como en familias indican

que si bien una mala situación económica aumenta el riesgo de que se produzcan malos tratos a los niños, no se trata de un factor decisivo y puede superarse^{34,35}. Los barrios que se caracterizan por una mala situación económica difieren en cuanto a sus tasas de malos tratos a los niños^{36,37}. La mayoría de las familias en mala situación económica no maltratan a sus hijos³⁰. Esfuerzos tales como el del visitador sanitario a domicilio pueden servir para reducir significativamente el número de casos de malos tratos a los niños entre las familias de escasos recursos de un solo padre⁴. Transformar a las familias sin realizar cambio alguno de importancia en la comunidad es posible hasta cierto punto. Y, sin embargo, no deberíamos descartar la hipótesis que sostiene que una

amplia prevención sólo será una característica más de ciertos esfuerzos (como la disminución de la pobreza, el mejoramiento de la atención sanitaria y el mejoramiento del clima político relativo a los problemas de los niños) que tratan de lograr la prevención a través de la reforma total.

Por lo tanto, estas son las perspectivas de que el número de casos de malos tratos a los niños disminuya en un 20% en 1990. Está claro que dicho objetivo es de un enorme valor como punto central de nuestros esfuerzos dirigidos a la formulación de una política adecuada, a elaborar programas y a diseñar investigaciones. Si el objetivo del «20% en 1990» lo consigue, habrá alcanzado sus metas en cuanto a los intereses de los niños y sus familias.

BIBLIOGRAFIA

1. Control of stress and violent behavior. In: U.S. «*Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*», pp. 169. U.S. Government Printing Office, Washington, DC (1980). The other two specific objectives for improved health status offered in the report under the same heading were reducing the homicide death rate for black males by at least 17% and reducing the suicide rate for 15 to 24 year olds by 11%. For both these concerns, 1978 base rates with presumed validity were available and cited in the report.
2. GRAY, J., CUTLER, C., DEAN, J. and KEMPE, C. H. Prediction and prevention of child abuse and neglect. «*Child Abuse & Neglect*», 1:45-58 (1977).
3. O'CONNOR, S., VIETZE, P., HOPKINS, J. and ALTEMEIR, W. Postpartum extended maternal-infant contact: Subsequent mothering and child health. «*Sociological Pediatric Research*» (Abstract) (1977).
4. OLDS, D., CHAMBERLIN, R., HENDERSON, C. and TATELBAUM, R. The prevention of child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* (in press).
5. SIEGEL, E., BAUMAN, K., SCHAEFER, E., SAUNDERS, M. and INGRAM, D. Hospital and home support during

infancy: Impact on maternal attachment, child abuse and neglect, and health care utilization. «*Pediatrics*» 66:183-190 (1980).

6. CONTE, J., ROSEN, C. and SAPERSTEIN, L. An analysis of programs to prevent the sexual victimization of children. «*The Journal of Primary Prevention*». (In press).

7. CONTE, J., ROSEN, C., SAPERSTEIN, L., and SHERMACK, R. An evaluation of a program to prevent the sexual victimization of young children. «*Child Abuse & Neglect*» (In press).

8. GARBARINO, J. «*How do Children Respond to Sexual Abuse Prevention? The case of Spiderman*». National Committee for the Prevention of Child Abuse (NCPA), Chicago (1985).

9. GRAY, J. and KAPLAN, B. The lay health visitor program: An eighteen-month experience. In: «*The Battered Child*», C. H. Kempe and R. E. Helfer (Eds.), pp. 373-378. University of Chicago Press, Chicago (1980).

10. KENNEL, J., VOOS, D. and KLAUS, M. Parent-infant bonding. In: «*Child Abuse and Neglect: The family and the Community*», R.E. Helfer and C.H. Kempe (Eds.). Ballinger, Cambridge, MA (1976).

11. COHN, A. H. «*An Approach to Preventing Child Abuse*». NCPA, Chicago (1983).

12. COHEN, S., GRAY, E. and WALD, M. «*Preventing Child Maltreatment: A Review of What We Know*», NCPA Working Paper No. 24, Chicago (1984).

13. GELLES, R. Applying out knowledge of family violence to prevention and treatment: What difference might it

make? Paper presented to the Second National Conference for Family Violence Researchers, Durham, NH August 7-10 (1984).

14. ROSENBERG, M. and REPPUCCI, N. D. Primary prevention of child abuse. Unpublished paper. University of Virginia (1985).

15. BURGDORF, K. «*Recognition and Reporting of Child Maltreatment: Findings from the National Study of the Incidence and Severity of Child Abuse and Neglect*». National Center on Child Abuse and Neglect, Washington, DC (1980).

16. NELSON, B. «*Making on Issue of Child Abuse*». University of Chicago Press. Chicago (1984).

17. JASON, J. Centers for disease control and the epidemiology of violence. «*Child Abuse & Neglect*» 8:279-283 (1984).

18. GARBARINO, J. «*Spaceship Earth and the Lifeboat Family: The Economic and Environmental Foundations for Social Welfare Systems*». (In preparation).

19. DOWNING, D. A selective study of child mortality. «*Child Abuse & Neglect*» 2:101-108 (1978).

20. JASON, J., CARPENTER, M. and TYLER, C. Underreporting of infant homicide in the United States. «*American Journal of Public Health*» 73:195-197 (1983).

21. AMERICAN HUMANE ASSOCIATION. «*Trends in Child Abuse and Neglect: A National Perspective*». American Humane Association, Denver (1984).

22. BRASSARD, M., GERMAIN, R. and HART, S. (Eds.) «*Psychological Maltreatment of Children and Youth*». Pergamon, New York (1986).
23. GARBARINO, J., GUTTMAN, E. and WILSON, J. «*The psychologically battered child: identification assessment intervention*». Jossey-Bass, San Francisco (1986).
24. NCPCA. «*The Size of the Child Abuse Problem*». Working Paper 008, NCPCA. Chicago (1984).
25. BARTH, R. «*The Impact of Sexual Abuse Treatment Programs Upon the Reporting of Sexual Abuse*» (In press).
26. HOROWITZ, B. and WOLOCK, I. Maternal deprivation, child maltreatment: and agency interventions among poor families. In: «*The Social Context of Child Abuse and Neglect*», L. Pelton (Ed.). Human Sciences Press, New York (1981).
27. PELTON, L. (Ed.). *The Social Context of Child Abuse and Neglect*.
28. GIL, D. G. «*Violence Against Children: Physical Child Abuse in the United States*». Harvard University Press, Cambridge, MA (1970).
29. LIGHT, R. Abused and neglected children in America: A study of alternative policies. «*Harvard Educational Review*» 43:556-598 (1973).
30. STRAUS, M., GELLES, R., and STEINMETZ, S. «*Behind Closed Doors*». Doubleday, New York (1980).
31. BYCER, A., BREED, L., FLUKE, J. and COSTELLO, T. «*Unemployment and Child Abuse and Neglect Reporting*». American Humane Association, Denver (1983).
32. STEINBERG, L., CATALANO, R. and DOOLEY, D. Economic antecedents of child abuse and neglect. «*Child Development*» 52:975-985 (1981).
33. WHITTAKER, J., GARBARINO, J. et al. «*Social Support Networks in the Human Services*». Aldine. New York (1983).
34. SMOCK, S. «*Neighborhood Family Resource Centers Project*». Wayne State University, Detroit, MI (1982).
35. SUDIA, C. Using informal resources to prevent abuse and strengthen families. «*Caring*» 7:2 (1981-82).
36. GARBARINO, J. and CROUTER, A. Defining the community context of parent-child relations: The correlates of child maltreatment. «*Child Development*» 49:604-616 (1978).
37. GARBARINO, J. and SHERMAN, D. High-risk neighborhoods and high-risk families: The human ecology of child maltreatment. «*Child Development*» 51:188-198 (1980).

(1) El presente trabajo fue realizado por el Consejo Rector del Comité Nacional para la prevención de los malos tratos a los niños. El autor agradece la colaboración de sus colegas del Comité de Evaluación de Programas e Investigaciones de dicho Con-

sejo (Richard Krugman, Michael Wald, Elizabeth Elmer, Sue Ellen Fried, David Friedman y Jill Korbin), así como la de otros colegas (Richard Gelles, Ellen Gray, Anne Cohn y Larry Brown).

LA ATENCION A LA INFANCIA EN DIFICULTAD SOCIAL EN EL CONTEXTO DE LAS POLITICAS DE INFANCIA

ATTENTION FOR CHILDREN IN SOCIAL DIFFICULTIES IN THE CONTEXT OF CHILDREN'S POLICIES

ESPERANZA OCHAITA

*Directora del Centro de Estudios del Menor y la Familia
Ministerio de Asuntos Sociales*

RESUMEN

Este artículo analiza el estado actual de las políticas de infancia en España, haciendo especial énfasis en las orientadas a aquella que está en situación de dificultad social. En primer lugar se hace un repaso de la evolución de las ideas sobre los niños y las niñas así como del desarrollo histórico de la legislación y de las políticas públicas al respecto, para justificar la necesidad de que existan unas políticas específicas para la infancia. Posteriormente se enfatiza el papel del movimiento asociativo, la génesis de las políticas de infancia. A continuación se analizan las etapas del desarrollo de los sistemas de atención a la infancia en dificultad social en España durante el presente siglo. El capítulo finaliza con un apartado dedicado a las políticas para la infancia en dificultad en la España actual. En él se describe resumidamente el «Programa de mejora del sistema de atención a la infancia en dificultad social», puesto en marcha recientemente por el Ministerio de Asuntos Sociales.

ABSTRACT

This paper analyses the current status of children's policies in Spain with special emphasis on policies for children who have special social needs. First, a revision is done on the development of social ideas on childhood and also on the evolution of the legislation and the public policies for children with the aim to justify the development of specific children's policies. The paper also emphasizes the important role which NGO's play in the development of such policies. Immediately a summary is worked out the stages of the historical evolution of the Spanish system for the protection and attention of children with special social needs in the 20th. century. The paper concludes with a description of the current status of the Spanish policies for children with special social needs which includes an abstract of the «Program for the improvement of attention for children in social difficulties». This program is being developed now by the Spanish Ministry of Social Affairs.

INTRODUCCION: ¿SON NECESARIAS LAS POLITICAS DE INFANCIA EN LA ESPAÑA ACTUAL?

Existe actualmente en nuestro país un creciente interés por la defensa del bienestar de los niños y las niñas, por la defensa de sus derechos y, sin duda, por la prevención e intervención en los casos de violencia contra los niños y las niñas. Sin embargo, el reconocimiento social y legal de la infancia como sujeto de derechos tiene una historia muy reciente, como han señalado autores tales como Ariés (1960), Delval (1994), Mato (1991), Ochaíta, Espinosa y Greigiaga (1995) o Verhellem (1994).

La concepción moderna de la infancia como una etapa especialmente importante del desarrollo humano no se remonta más atrás de los siglos XVII o XVIII. En la sociedad medieval no existía la idea de infancia tal como ahora la concebimos: los niños y las niñas no existían como categoría social, eran considerados como «adultos pequeños e imperfectos». Es en el siglo XVII cuando la infancia empieza a ser considerada como un grupo social que tiene unas características propias diferentes a las de los adultos. Con la aparición del pensamiento ilustrado se empieza a pensar que los niños y niñas van a ser los futuros constructores de la sociedad y que, por ello, deben ser objeto de un tratamiento especial por parte de la sociedad en general y de los poderes públicos, en particular.

Esta conceptualización ilustrada de la infancia se ha venido basando en dos

pilares fundamentales: la privacidad y la exclusión del mundo adulto. Hablamos de privacidad porque, en términos generales, la responsabilidad del bienestar infantil, de su desarrollo y educación quedaba dentro del ámbito privado, del ámbito familiar. Por otra parte, la consideración de la infancia como un periodo específico del desarrollo, con sus propias características cognitivas y afectivas, ha llevado consigo la diferenciación profunda entre los mundos del niño y del adulto y a la no participación del primero en las actividades del segundo.

En los últimos años, aproximadamente a partir de 1980, se ha detectado una nueva tendencia que reduce las fronteras entre la vida y experiencia de los adultos y las de los niños y las niñas. Por una parte, los cambios en la dinámica interna de la familia con la progresiva democratización de las relaciones familiares, están permitiendo a los niños tomar parte más activa en las decisiones que les incumben. Por otra, se han producido una serie de fenómenos -entre los que cabe destacar la presencia en el medio familiar de la televisión y las «nuevas pantallas»- que acortan cada vez más las distancias entre las experiencias de los niños y los adultos.

Estos cambios en la concepción de la infancia se reflejan en las políticas y en la legislación que se han desarrollado en los últimos años tanto en nuestro país como en la mayor parte de los países de nuestro entorno europeo. Los niños y las niñas ya no son sólo objeto

de derechos y de atención por parte de la sociedad, sino que empiezan a ser considerados sujetos activos social, económica y culturalmente.

Sin embargo, todavía estamos en una posición ante la infancia relativamente contradictoria, propia de las situaciones de transición. Por un lado, la mayor parte de la sociedad ha asumido una retórica que reproduce textualmente los principios derivados de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de la Infancia. Por otra, existen actitudes que no asumen realmente la consideración de los niños y las niñas como sujetos sociales y como sujetos de derechos. Este tipo de actitudes pueden generar graves consecuencias en el diseño de las políticas públicas para la infancia.

Por todo ello, la infancia ha de aparecer como objeto específico de las políticas sociales, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- En primer lugar, los niños y las niñas han de entenderse como sujetos integrales, evitando su fragmentación desde las distintas políticas. Esto significa que, por ejemplo, no puede tratarse a los niños sólo como hijos (desde las políticas de familia), o sólo como alumnos (desde las políticas educativas) sino como sujetos que realizan diversas actividades en el seno de la sociedad.
- Las políticas de infancia no pueden entenderse como subalternas de otras políticas sociales (como las de

familia o las de mujer) ya que ello iría en contra de la consideración de los niños y las niñas como sujetos activos emergente de la Convención de Naciones Unidas.

- Finalmente, las políticas de infancia deben abordarse desde la exigencia de un pacto intergeneracional en las políticas de bienestar.

En este sentido, creemos oportuno destacar la importancia de desarrollar *planes y programas específicos para la infancia* con una perspectiva intersectorial. Se trata, por tanto, de elaborar las políticas de infancia mediante la coordinación de los distintos sectores públicos y la iniciativa social. Pero no sólo de aquellos que tienen competencia en los temas específicos relacionados con la vida de los niños y las niñas -como educación y asuntos sociales-, sino también aquellos como vivienda, empleo, etc., que inciden de forma clara en el bienestar infantil.

UNA CONDICION NECESARIA: EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO ESPECIFICO DE INFANCIA

Llegados hasta aquí es necesario prestar atención al importante papel que tienen los movimientos asociativos en el cambio en la concepción social de la infancia y su consecuente influencia en el diseño de las políticas para los niños y las niñas.

Las organizaciones no gubernamentales en la España de finales del siglo XX tienen, sin duda, una visión global de

la infancia, consideran a los niños y las niñas desde la perspectiva multisectorial y no fragmentaria a que se hacía referencia en el apartado anterior. Así, niños y niñas son entendidos como sujetos activos y completos, constructores de su propio desarrollo, que tienen un importante papel que cumplir en la sociedad.

Desde nuestro punto de vista, el movimiento asociativo ha de defender los derechos de los niños y las niñas en la sociedad actual tomando como referencia las necesidades que estos tienen en las distintas etapas de su desarrollo. Por ello, la defensa de esos derechos no ha de basarse solamente en la consideración de los niños como futuros hombres y mujeres sino, sobre todo, en asumir que la infancia es, en sí misma, un importante período en el desarrollo del ser humano. Un período que necesita ser comprendido en profundidad y respetado por la sociedad adulta.

Por tanto, las organizaciones de infancia tienen la misión de ayudar a la sociedad y a los poderes públicos en la comprensión de las necesidades de los niños y las niñas y en la defensa de sus derechos. Haciendo especial énfasis en que éstos son sujetos activos, participativos, con capacidad para transformar el medio y que, en consecuencia, deben ser educados para desarrollar al máximo su autonomía personal y para participar activamente en aquellas instituciones -como la familia y la escuela- en las que se desarrolla su vida diaria. Defendiendo, en suma, que los ni-

ños y las niñas no son sólo objeto de derechos, sino sujetos sociales activos, sujetos de derechos. Por todo ello, el movimiento asociativo tiene una gran responsabilidad a la hora de impulsar políticas específicas para la infancia cuyo objetivo general sea conseguir el máximo bienestar de nuestros niños y niñas. Para ello resulta necesario seguir avanzando en la creación de espacios de participación de las asociaciones de infancia en las administraciones públicas. Es en ellos donde dichas asociaciones han de aportar su experiencia, su conocimiento sobre la infancia para mejorar las políticas públicas al respecto.

LAS POLITICAS PARA LA INFANCIA EN DIFICULTAD SOCIAL. UNA PERSPECTIVA HISTORICA

Sin duda, las políticas dirigidas a la infancia que se encuentra en situaciones de dificultad social ha de ocupar un lugar preferente en las políticas públicas. El desarrollo de estas políticas ha estado muy ligado a las concepciones sociales sobre los niños y las niñas a que se ha hecho referencia en el apartado anterior. A continuación se describen las tres etapas de evolución del sistema de protección social a la infancia en España durante el siglo XX.

1ª Etapa: Asistencial Benéfica. Hasta finales de los años setenta 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 facilitaban una atención masificada. Niños diferentes con necesidades especiales eran atendidos de manera indiferenciada y sin recursos profesionales especializados.
3. **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.
4. **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 estaba prácticamente legitimado en el ámbito familiar y escolar, como lo demues-

tran expresiones muy arraigadas en la época, como «La letra, con sangre entra» o «quien bien te quiere te hará llorar».

El cambio político ocurrido en nuestro país a finales de los años setenta sienta las bases de una nueva etapa que emerge 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 afectan también al ámbito de la Protección de Menores. Las primeras elecciones municipales democráticas de 1979 después de la Guerra Civil, contribuyen, de modo decisivo, a acercar las necesidades de los ciudadanos a las instituciones políticas y administrativas. También, cómo no, la de los pequeños ciudadanos.

2ª Etapa: 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 infan-

cia, 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 tiene 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, primacía 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. En la figura 1 puede observarse la secuencia simplificada de los procesos más significativos que la citada Ley establece en materia de protección. La Entidad Pública, ante situaciones de **desamparo** del menor puede asumir la responsabilidad del mismo a través de la **Tutela «ex lege»**, popularmente conocida como tutela automática, la cual implica la **guarda**, bien en un **centro** o en **acogimiento familiar**. Por otra parte, a la guarda puede accederse por otras situaciones que no implican la suspensión de la patria potestad. Todas estas situaciones pueden ser un tránsito hacia medidas de protección definitivas: **volver a la familia de origen** o acceder a otra familia en **adopción**. No obstante, la guarda en centro o la acogida familiar pueden, de hecho, constituirse en medidas que no son transitorias durante la minoría de edad.

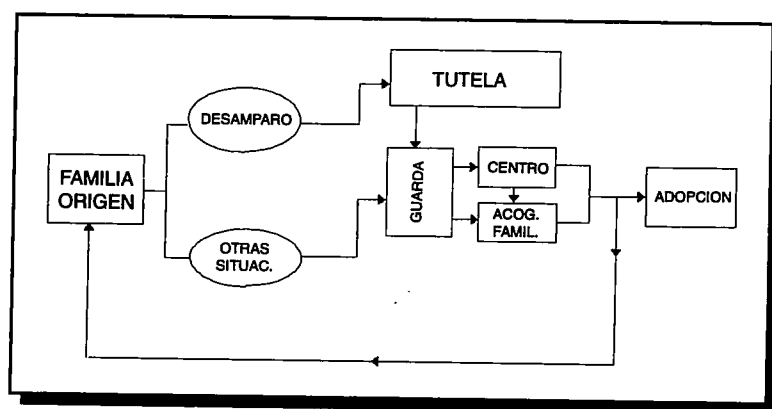


Figura 1: Procesos más significativos de la Ley 21/87

2. **Cambios en los equipamientos y en los servicios.** Desaparecen los servicios. Aparecen 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. 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.

3. **El maltrato a la infancia aparece por primera vez como objeto de investigación y de 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 al marco normativo de la Ley 21/87. También aparecen las primeras investigaciones en Cataluña (1988) y el País Vasco (1989) (Inglés, 1995; De Paúl, Arruabarrena, Torres y Muñoz, 1995) tendentes a cuantificar y comprender este fenómeno.

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 va

a contribuir a extender nuevos valores en relación a la infancia.

A pesar de todo, el sistema adolescía 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.

Etapa 3ª: Desarrollo del "Programa de mejora del sistema de atención a la infancia en dificultad social" (SASI). En la etapa actual, ya en la década de los años noventa, asistimos al desarrollo de los dispositivos de atención social configurados en la etapa precedente. La calidad de la atención y de los servicios, así como el desarrollo de mecanismos de coordinación que aseguren la atención integrada de los diferentes sectores y ámbitos que se ocupan de la infancia, son las prioridades de esta nueva etapa **que va a culminar en la puesta en marcha, a partir de 1994, del Programa SASI.**

LA DÉCADA DE 1990: EL PROGRAMA DE MEJORA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA INFANCIA EN DIFICULTAD SOCIAL (SASI)

Aproximadamente a partir de 1990, como se acaba de decir, entramos en una nueva etapa, en la que se pretende mejorar el sistema de atención social a la infancia. Esta etapa viene precedida por una serie de cambios en las ideas sociales sobre los niños y las niñas -tal como se explicaba en el apartado 1 de

este artículo- y por una serie de desarrollos legislativos. Estos últimos, que se citan a continuación, completan el **marco legal** en que se va a basar el actual sistema de atención a la infancia.

En primer lugar, la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño por el Parlamento Español el 6 de diciembre de 1990 -en vigor desde el 5 de enero de 1991- ha venido 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 de la Infancia.

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.

Por otra parte, es importante señalar el interés de la población española en general y de los estudiosos e investigadores en particular por la infancia en situaciones de riesgo. Así, el estudio de maltrato cobra un enorme interés. En universidades del País Vasco, Catalu-

ña, Castilla y León, Madrid, Valencia y Andalucía se configuran equipos de investigación que asumen como objeto de estudio este fenómeno, frecuentemente promovidos por el Centro de Estudios del Menor y la Familia (Dirección General del Menor y la Familia del Ministerio de Asuntos Sociales). En los servicios de las diferentes Entidades Públicas también aparece este interés por la investigación y por la formación, de tal manera que comienzan a establecerse puentes de gran utilidad entre el mundo académico y el de los servicios sociales.

Se asiste también a un impulso financiero y técnico por el desarrollo de programas para la prevención y tratamiento del maltrato infantil. Las publicaciones sobre el tema se multiplican y comienzan a aparecer monografías de interés. Los eventos de carácter profesional, como cursos, congresos y seminarios proliferan. También es muy importante remarcar el papel del movimiento asociativo en la prevención, detección e intervención de los casos de maltrato en la infancia.

En este contexto emerge el **"Programa de mejora del sistema de atención a la infancia en dificultad social"**. Es un programa de cooperación técnica entre el Ministerio de Asuntos Sociales y las Comunidades Autónomas -entidades públicas responsables de la protección de la infancia en los territorios propios de su ámbito- que tiene como objetivo general mejorar la calidad de la atención de los niños y niñas que se encuentran en situaciones de dificultad social.

Parte de la concepción de las políticas de infancia que se expuso en el apartado primero de este artículo, de los avances realizados en el ámbito de la investigación, así como del análisis de los **puntos críticos** que existen en el sistema de atención a la infancia se señalan en la figura 2. Estos puntos críticos, que afectan tanto a los dispositivos de atención primarios, como a los secundarios y a la coordinación entre ambos, son los siguientes:

- La **prevención primaria** del desamparo y el maltrato infantil es, sin duda, el primer punto crítico del sistema. Por supuesto, cualquier sistema de atención a la infancia ha de tener como objetivo el bienestar de los niños y las niñas. En este sentido son muchas las preguntas que nos planteamos sobre la mejor forma de prevenir, desde las políticas globales de infancia, las situaciones de dificultad social.
- En segundo lugar, la **detección temprana y la notificación** de las necesidades de protección de los niños y niñas, tanto por los ciudadanos como por los servicios normalizados del territorio, constituye otro punto crítico del sistema sobre el que deben realizarse estudios y diseñarse sistemas de trabajo.
- Seguidamente, los servicios sociales de atención primaria y los equipos especializados necesitan mejorar su capacidad para la **detección y la investigación** de situaciones de maltrato y de alto riesgo.
- También los **procesos de derivación/atención** suponen, a menudo dilemas difíciles de afrontar. Por una

parte, existen casos que podrían ser atendidos y resueltos por los servicios primarios y por grupos de autoayuda en el seno de la propia familia que, sin embargo, se derivan a los servicios especializados. Por otro, existen otros que no se derivan y generan situaciones complejas.

- Otro de los puntos críticos del sistema lo constituyen los **procesos de evaluación y valoración** por parte de los servicios sociales, de las situaciones de riesgo notificadas. En este sentido son problemáticas las decisiones basadas en criterios exclusivamente tecnicistas, la implicación de juicios sociales, o la utilización de pruebas diagnósticas sin la ponderación adecuada.
- La **toma de decisiones en relación a la separación de los niños y niñas de sus familias** reviste una especial gravedad y es también uno de los puntos críticos del sistema. En este sentido se hace necesaria la elaboración de protocolos adecuados para ayudar a los profesionales en dicha decisión, así como mejorar los procedimientos y estilos de intervención que incorporen a los padres en la toma de decisiones.
- También es necesaria la reflexión sobre la **selección de métodos, procedimientos y programas de ayuda a las familias biológicas**, tanto en el caso de que el niño permanezca con ellas como en los casos de separación. En uno como en otro caso es importante maximizar los recursos para evitar la separación o para preparar a las familias para el retorno del niño o niña.

- Un elemento básico del sistema es, sin duda, **la toma de decisiones sobre la medida de protección a realizar con el niño**. Aunque todos los datos indiquen que es preferible para los niños y niñas vivir en un medio familiar, las circunstancias que rodean el caso concreto han de ser estudiadas con detenimiento en cada uno de los casos.
- Una vez decidido, en su caso, el **acogimiento familiar**, existen también importantes puntos de reflexión que van desde los procedimientos para seleccionar las familias acogedoras, las condiciones que faciliten el acogimiento y las relaciones con las familias biológicas o la vuelta a la familia de origen.
- Un punto muy importante, sobre el que debemos prestar especial atención, es la optimización de **la atención residencial**. Si bien, como ya hemos afirmado, es preferible que los niños se desarrollen en familia,

a menudo se hace necesaria, por diferentes razones, este tipo de medida. Por ello es necesario reflexionar al máximo sobre las condiciones residenciales que puedan tener mejores efectos en el desarrollo de los niños y las niñas.

- **La adopción** es una medida definitiva de integración familiar. Definir un buen proceso de adopción equivale a definir el escenario social definitivo del niño o de la niña, con las implicaciones que ello tiene. Por ello todo el proceso de adopción supone también uno de los puntos críticos del sistema.
- Finalmente, no podemos olvidar que el programa de mejora al que estamos aludiendo es, en sí mismo, dinámico y cambiante. Por ello debemos también reflexionar especialmente sobre **los procedimientos de evaluación del propio sistema**, que permitan mantener la calidad del mismo.

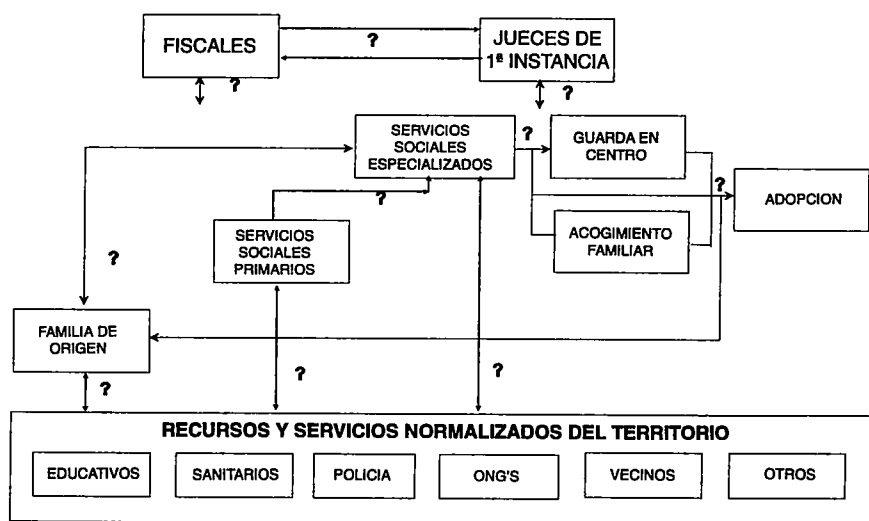


Figura 2: Puntos críticos del Sistema de Atención Social a la Infancia

A partir del estudio y análisis de estos puntos críticos se han desarrollado los siguientes **objetivos del Programa**:

1. Sensibilizar a los profesionales, a la población en general y a los sectores de servicios pertinentes (educación, sanidad, etc.) sobre las necesidades de la infancia en dificultad social.
2. Facilitar la detección temprana, así como la atención y derivación o notificación, si procede, de las situaciones y casos de riesgo por parte de los servicios normalizados del territorio y las redes sociales comunitarias.
3. Mejorar los procedimientos de detección, notificación, investigación y evaluación de los casos por parte de los servicios sociales de atención primaria y los equipos territoriales de infancia, según corresponda.
4. Desarrollar criterios y procedimientos que ayuden a los profesionales que trabajan en el Sistema a tomar decisiones en relación a la separación del niño de su familia y en relación también a las medidas de protección, con una alta fundamentación en las necesidades de los niños y sus familias.
5. Promover programas de ayuda a las familias que contribuyan a mejorar la capacidad de las mismas para la crianza y educación de sus hijos e hijas, así como para prevenir -o afrontar adecuadamente-, en su caso, la separación y para facilitar el retorno de los hijos cuando resulte pertinente.
6. Promover el acogimiento familiar como recurso fundamental para la atención a la infancia en dificultad social y promover la calidad de los mismos.
7. Mejorar la calidad de la atención residencial, haciendo especial énfasis en el estudio de las condiciones que puedan optimizar el desarrollo y el aprendizaje de los niños y las niñas.
8. Promover y facilitar criterios y procedimientos que mejoren el proceso de adopción.
9. Mejorar, en general, la capacitación profesional en relación a las necesidades que plantea el maltrato y el desamparo infantil.
10. Desarrollar un sistema básico de información del Sistema de Atención Social a la Infancia que permita desarrollar indicadores de funcionamiento del propio sistema, orientar la gestión y evaluar los diferentes proyectos implicados en el Programa.

Para cumplir estos objetivos, la Dirección General del Menor y la Familia del Ministerio de Asuntos Sociales, está desarrollando -y tiene previsto desarrollar en los próximos años- una serie de proyectos concretos. Todos ellos orientados a mejorar la calidad del sistema de atención a la infancia en colaboración con las Comunidades Autónomas.

BIBLIOGRAFIA

ARIES, P.H. (1960): «*L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*». París: du Seil, 1973.

ARRUABARRENA, M.I.; DE PAUL, J. y TORRRES, B. (1195). «*El maltrato infantil. Detección, notificación, investigación y Evaluación*». Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

DELVAL, J. (1994): «*La historia de la infancia*». En J. Delval: «*El desarrollo humano*». Madrid: Siglo XXI.

DIAZ-AGUADO, M.J.; MARTINEZ, R.; SEGURA, M.P. y ROYO, P. (1995). «*Niños con dificultades socioeconómicas. Instrumentos de evaluación*». Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

GRACIA, E. y MUSITU, G. (1993). «*El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo*». Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

JIMENEZ, J.; OLIVA, D. y SALDAÑA, D. (en prensa) «*Maltrato y Pro-*

tección a la infancia en España». Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

LOPEZ, F. (1994). «*Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores*». Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

MATO, J.A. (1991): «*Perspectiva de las políticas de infancia en la Europa de los 90*». En «*Investigación y políticas de infancia en Europa en los años 90*». Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

OCHAITA, E.; ESPINOSA, M.A. y GREGIAGA, C. (en prensa): «*¿Cómo entienden los niños el derecho de igualdad?*». Infancia y Sociedad, 28.

TORRES, B.; ARRUABARRENA, M.I. y DE PAUL, J. (1995). «*Evaluación de los casos de maltrato infantil. Entrevista semiestructurada para padres*». Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

VERHELLEN, E. y SPIESSCHART, F. (1994): «*Children's rights: monitoring issues*». Gent: Mys & Breesch Publishers.

CONSIDERACIONES EN TORNO A LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL MALTRATO INFANTIL

CONSIDERATIONS ABOUT SECONDARY PREVENTION OF CHILD MALTREATMENT

**BARBARA TORRES GOMEZ DE CADIZ AGUILERA y
CRISTINA HERCE SELLAN**

Centro LAUKA de Estudios e Intervención Familiar y Comunitaria. San Sebastián

RESUMEN

En este artículo se plantea la relevancia de las estrategias de prevención secundaria del maltrato infantil y se examinan algunas de las principales cuestiones que son objeto de consideración en dichos programas: la naturaleza de las situaciones/comportamientos que se pretenden prevenir; los objetivos perseguidos por la intervención preventiva; la población o colectivo blanco de la actuación preventiva; los servicios que suelen proporcionarse así como los aspectos más básicos relativos a la evaluación de tales programas.

ABSTRACT

In this article the relevant of child maltreatment secondary prevention strategies is raised and some of the main topics which are the object of consideration in these programs are examined: the nature of the situations/behaviors aimed to be prevented; the goals pursued with the preventive intervention; the target population or recipients of

this intervention; the services which are usually provided as well as the most basic aspects relative to the evaluation of such programs.

El fenómeno de los malos tratos a la infancia y adolescencia representa uno de los principales problemas a afrontar por cualquier sociedad moderna. Las razones que justifican la relevancia que el maltrato infantil adquiere son diversas y han sido muy bien explicitadas por diferentes autores (por ej.: Melton y Flood, 1994). La eficacia limitada de las intervenciones rehabilitadoras junto a la escasez de fondos públicos enfatizan la importancia de priorizar los recursos dirigidos a diseñar estrategias para prevenir las condiciones asociadas a la aparición y mantenimiento de los malos tratos a niños y adolescentes (Cohn y Daro, 1987). De hecho, se ha propuesto recientemente la necesidad de un cambio paradigmático en el énfasis que se concede al tratamiento frente a la prevención, abogándose por una inversión de estas tendencias (Simeonson, 1994).

Obviamente, cualquier esfuerzo preventivo que pretenda alcanzar un mínimo de eficacia ha de contemplar la naturaleza multidimensional y compleja del maltrato infantil (Olsen y Widom, 1993; Garbarino, 1990). En este sentido, y como señala Cohn (1991), se entiende que la prevención de este fenómeno exige actuaciones en cada uno de los tres niveles preventivos que suelen distinguirse desde la tradición médica: prevención primaria, secundaria y terciaria. Esta última, dirigida a evitar la reaparición de los malos tratos en familias en los que este problema ya ha estado presente, no será objeto de consideración en este artículo por entender que, en sentido estricto, no representa una estrategia preventiva propiamente dicha. Además, y a pesar de que consideramos junto a otros (Baldwin y Spencer, 1993) que los potenciales beneficios de las intervenciones preventivas de carácter primario pueden ser muy superiores a los esperables en el caso de la prevención secundaria, el presente trabajo limita su exposición a esta última tanto por su mayor especificidad como por haber recibido una mayor atención investigadora.

Como es sabido, las estrategias de prevención secundaria frente a los malos tratos a la infancia se focalizan en un grupo de sujetos en los que se estima que existe una mayor probabilidad de llegar a maltratar a sus hijos, estando orientadas a evitar la aparición de este problema en dicho grupo de alto-riesgo. Existen numerosas razones que avalan la importancia de

las actuaciones preventivas a este nivel; entre éstas cabe destacar las siguientes:

- La conocida extensión y gravedad de las consecuencias negativas que el maltrato infantil origina no sólo en el niño, sino en el conjunto del sistema familiar (Altemeier, O'Connor, Tucker, Sherrod y Vietze, 1985).
- El hecho ampliamente reconocido de que las prácticas disfuncionales de crianza parecen predisponer a los sujetos a reproducir dichos comportamientos en la etapa adulta. Razón por la cual, las estrategias preventivas representan una de las formas más eficaces de interrumpir la continuidad intergeneracional del maltrato infantil (Altemeier y cols., 1985; Cicchetti y Olsen, 1990).
- El hecho de que los programas de intervención terapéutica representan, muy a menudo, soluciones parciales y de urgencia encaminadas a reducir los efectos perjudiciales del trauma, a pesar del carácter irreversible de muchos de ellos, particularmente, en el caso de algunos subtipos de maltrato como la negligencia (Crittenden, 1988).

La relevancia de las estrategias de prevención secundaria en el maltrato infantil, junto a las ventajas relativas que ofrecen frente a las de tipo primario (marco de acción más accesible y posibilidad de observar los potenciales resultados en un plazo inferior de tiem-

po), ha fomentado la proliferación de los programas de prevención secundaria en este ámbito. No obstante, aunque la tarea de diseñar un programa de este tipo es compleja, muchos de los artículos y documentos científicos que describen tales programas no analizan una serie de cuestiones básicas a tener en cuenta en la elaboración y realización de los mismos, algunas de las cuales serán objeto de comentario en lo que resta de este artículo.

¿Qué tipo de conductas/situaciones se quieren prevenir?

El maltrato infantil es un concepto amplio bajo el cual se engloban tipologías muy diferentes no sólo en cuanto a la forma o manifestación que los malos tratos adoptan y sus posibles consecuencias sino, más importante aún para el tema que nos ocupa, en lo relativo a los supuestos factores causales que actúan provocando la aparición del problema. A pesar del reconocimiento generalizado de este hecho, resulta sorprendente observar cómo en la práctica de la intervención preventiva frecuentemente se olvida esta distinción entre subtipos de maltrato. Así, mientras que sí suele separarse el abuso sexual de otras tipologías, existe una clara tendencia a considerar dentro de una misma categoría el abuso físico, el maltrato emocional y el abandono físico y psicológico. Resulta especialmente notorio la escasa atención que hasta hace poco se ha concedido al fenómeno de la negligencia, a pesar de su mayor prevalencia (Olsen y Widom, 1993), siendo todavía a este respecto más pre-

cario el interés suscitado por los malos tratos psicológicos (Barth, Derezhotes y Danforth, 1991). Esta circunstancia puede ser explicada aludiendo a diversas razones, entre las cuales cabe mencionar:

- El hecho de que las estrategias de prevención secundaria se han focalizado más en aquellos comportamientos que se cree que mejoran la actuación parental y el funcionamiento general de los individuos, concediendo menos énfasis al diseño de modelos de prevención específicos para cada subtipo de maltrato.
- El hecho de que siga perdurando la identificación de maltrato infantil con el abuso físico. Sin duda, es ésta la forma de maltrato (junto al abuso sexual en años más recientes) que más atención ha recibido y recibe por parte no sólo de los medios de comunicación y el público en general, sino también de los propios profesionales del área.
- Unido a lo anterior está la dificultad para intervenir en algunas tipologías. Así, aunque no se niega la complejidad que conlleva el abordaje del maltrato físico, es ampliamente reconocido que resulta mucho más difícil actuar sobre la negligencia, siendo más negativo el pronóstico de estos casos tanto en los tratamientos de rehabilitación como en los intentos para prevenirla.
- El hecho de que la frecuente limitación de recursos con los que se cuen-

ta para diseñar y poner en marcha estrategias preventivas no permita desarrollar diferentes programas en función de los subtipos de maltrato.

Si se pretende tener éxito en la prevención de los diferentes tipos de maltrato infantil, es preciso que los diseños de los programas preventivos recojan tal distinción. El tipo de objetivos específicos a los que se dirijan los servicios o recursos que se pongan en marcha en el programa puede ejemplificar claramente dicha necesidad. Así, se sabe que una de las razones por las que un número significativo de sujetos maltratadores abusan físicamente de sus hijos radica en su incapacidad para controlar de forma adecuada el comportamiento infantil y, en consecuencia, se asume que el enseñar a los padres alternativas apropiadas de manejo de la conducta de los menores reducirá el abuso físico. De aquí el auge de los diferentes programas que siguen un enfoque de entrenamiento conductual en habilidades parentales (Altepeter y Walker, 1992; Daro y McCurdy, 1994; Wekerle y Wolfe, 1993; Grothberg, Feindler, White y Stutman, 1991). Sin embargo, tal aprendizaje parece de poca ayuda en el caso de los sujetos negligentes, ya que el problema de estos padres no reside en sus dificultades para controlar a sus hijos. Así, Daro (1988) indicaba que, si bien es discutible que los programas de prevención eviten realmente los malos tratos, lo que sí se sabe es que, en todo caso, son más efectivos en la prevención del abuso físico que del abandono. De hecho, en los últimos años se están llevando a

cabo programas específicamente dirigidos a la prevención de la negligencia basados en los resultados de determinados enfoques de intervención que se han revelado eficaces para este subtipo de maltrato (Wolfe, 1993). Como señala D. Wolfe (1993), estos programas tienen la ventaja de ser aplicables a un mayor segmento de la población de padres y en un momento más temprano de la vida del niño. En definitiva, es importante que los programas de prevención traten de someter a prueba hipótesis acerca de la eficacia diferencial de determinados recursos en las distintas tipologías de maltrato infantil, identificando cuáles resultan más efectivas y para qué subtipos de malos tratos.

A sí, Daro (1988) ha señalado algunos de los principales avances que se han podido ir realizando siguiendo esta línea de trabajo: la enseñanza de métodos positivos, no físicos, de disciplina así como de habilidades de afrontamiento del estrés se revela como una forma prometedora de abordar la prevención del maltrato físico. El incrementar el conocimiento y el acceso a una variedad de servicios de apoyo se muestran como caminos apropiados para reducir el aislamiento y la falta de recursos materiales que generalmente se encuentran asociados a las conductas negligentes. El enseñar a los padres cómo incrementar la autoestima de sus hijos mediante el uso del elogio y de mensajes verbales positivos parece ser una alternativa adecuada frente a los intercambios emocionalmente abusivos entre padres e hijos. Por último, el perfilar normas de segu-

ridad a seguir por los niños y las familias puede reducir la probabilidad de ocurrencia del abuso físico y/o sexual.

¿Cuáles son los objetivos que se pretenden alcanzar?

Si asumimos que los malos tratos a menores son un problema psicosocial multideterminado y que un programa de prevención secundaria únicamente nos permitirá actuar sobre algunos de los factores supuestamente responsables del maltrato, los objetivos que se formulen en el programa de prevención deberían ir encaminados no tanto a la disminución de los índices de maltrato, como a la reducción de las condiciones de riesgo que potencialmente pueden provocar la aparición del mismo. Para justificar esta afirmación podemos aludir básicamente a las siguientes razones:

- El hecho de que, muy frecuentemente, el periodo de seguimiento que se lleva a cabo en estos programas sea muy reducido (raras veces superior a dos años), hace que no sea suficiente el tiempo transcurrido para apreciar su verdadero efecto en el descenso de la incidencia del maltrato ya que sólo un tercio de los casos de maltrato se producen antes de los dos años de vida del niño (Helfer, 1982).
- Las dificultades existentes para establecer una conexión causal entre una mejora en determinadas habilidades y cualquier reducción a largo plazo de la incidencia del maltrato

(Resnick, 1985), hacen que sea más acertado el afirmar únicamente la reducción de las condiciones precipitantes o factores de riesgo del problema.

De hecho, y en general, los estudios de evaluación parecen indicar que la eficacia de los programas preventivos en la reducción de las tasas de malos tratos no está todavía suficientemente demostrada (MacMillan, MacMillan y Offord, 1994; Wekerle y Wolfe, 1993; Huxley y Warner, 1993).

Finalmente señalar que, dado que los objetivos de un programa deben dirigir la acción y posibilitar su evaluación, dichos objetivos deben estar operacionalmente definidos y referidos a conductas o actitudes concretas y específicas, aspecto éste que no suele ser debidamente atendido en muchos programas preventivos, aunque, afortunadamente, cada vez sean más las excepciones (ej.: Olds, Henderson, Tatelbaum y Chamberlin, 1986; 1988; Lutzker, 1990).

¿Qué características han de contemplarse en la población objeto del programa de prevención?

Las cuestiones relativas a la población de sujetos a la que se dirige la intervención adquieren una especial importancia en los programas de prevención secundaria en el maltrato infantil. Tradicionalmente, y en consonancia con la preponderancia inicial de los modelos etiológicos unifactoriales y lineales como, por ejemplo el psiquiátrico o

psicopatológico, la prevención se ha focalizado en el agente *activo del maltrato*, persiguiéndose mediante dicha estrategia la reducción de la incidencia de la conducta problema. No obstante, desde la década de los 80 y, paralelamente al auge de las teorías causales multifactoriales, ha comenzado a adquirir mayor fuerza una nueva orientación preventiva específicamente dirigida a la *potencial víctima*, pretendiéndose incrementar en la misma habilidades que le permitan defenderse o escapar de las situaciones peligrosas (Cohn, 1991; Bond y Wagner, 1988). No obstante, esta última estrategia no ha tenido un reflejo tan importante en los programas de prevención del abuso y abandono físico como en los del abuso sexual (Daro, 1991; Daro y McCurdy, 1994; Finkelhor, 1991; Olsen y Widom, 1993) los cuales, dada su especificidad, no serán abordados aquí.

Tal y como han señalado algunos autores (Giovannoni, 1982; Helfer, 1982), estos dos enfoques se corresponden con dos filosofías diferentes acerca de lo que debe guiar la prevención, esto es, «la reducción de la incidencia de una determinada condición patológica» o «la promoción de una salud mental positiva». Obviamente, esta distinción es más aparente que real ya que ambas filosofías están inseparablemente unidas. Sin embargo, la clave radica en dónde se pone el énfasis de la intervención: en la eliminación de los déficits o aspectos negativos, o en el fomento de los puntos fuertes o aspectos positivos de la familia. En términos de eficacia de los

resultados, y de acuerdo a la revisión de Wekerle y Wolfe (1993), la evaluación de estos programas indica que parece obtenerse más éxito en el ajuste global materno y habilidades de crianza o educación infantil que en el desarrollo cognitivo y habilidades conductuales de los niños.

Por otro lado, y siendo coherentes con los modelos multifactoriales vigentes en la actualidad, hoy en día resulta más apropiado considerar a la unidad familiar como el foco de la intervención, sea ésta preventiva o terapéutica. Este hecho responde al reconocimiento de la existencia de factores de riesgo pertenecientes al microsistema familiar que no están exclusivamente vinculados al miembro activo o perpetrador del maltrato, sino que afectan al sistema familiar en su globalidad

Con independencia de dónde se sitúe el foco de la intervención, en el perpetrador o en la víctima, las estrategias de prevención secundaria frente al maltrato infantil tienen su base en la identificación de subgrupos poblacionales considerados como de alto-riesgo. A este respecto, la condición de primípara y el estatus de madre adolescente son dos de los factores que han recibido especial atención en este área. Así, el embarazo en la adolescencia, generalmente, supone una situación más estresante que en la vida adulta y, en sí mismo, constituye un factor de riesgo para el maltrato infantil. Por ello, en los países occidentales que han dedicado mayores esfuerzos a la prevención se han desarrollado programas específi-

cos para este tipo de población (Seitz, Aples y Rosenbaum, 1991; Weinman, Schreiber y Robinson, 1992). En esta misma línea, se ha considerado especialmente eficaz el trabajar con mujeres primíparas ya que se asume que la experiencia previa de maternidad puede estar asociada a unos modelos de interacción y cuidado parental que, frecuentemente, se muestran muy resistentes al cambio (Wolfe, 1987; Daro, 1988; Daro y McCurdy, 1994). Asimismo, entre otras de las poblaciones que se consideran de especial riesgo están: las familias ya detectadas por maltrato en otros miembros (Hicks y Gaughan, 1995), las que presentan múltiples déficits (Roussey, Bellec, Delahaye, Joubert, Ramee, Olivier, Giraud, 1993), madres deprimidas (Scott, 1992), familias con progenitores toxicómanos (Blau, Wherkell, Gullota y Bloom, 1994). La Tabla 1 que recoge los «Criterios Clínicos para la Evaluación del Estatus de Riesgo de una Familia» de Ayoub y colaboradores (Ayoub, Jacewitz, Gold y Milner, 1983) ofrece un resumen de algunos de los principales factores a tener en cuenta a este respecto.

En cualquier caso, entendemos que merece la pena mencionar un déficit que puede constatarse en gran parte de las estrategias de prevención secundaria que suelen llevarse a cabo en lo que respecta al tipo de sujetos seleccionados como blanco de la intervención. Nos referimos aquí a la escasa atención que los padres (varones) reciben en este tipo de actuaciones (Melton y Flood, 1994), de forma que muchos de los programas que intervienen

con «progenitores» en realidad lo hacen únicamente con las madres. Igualmente, otro aspecto que debe ser considerado en relación a los individuos/grupos a los que se dirige la estrategia preventiva es el nivel de desarrollo evolutivo de los propios niños en los que se pretende evitar el maltrato (Olsen y Widom, 1993; Wolfe, Wekerle, McGee, 1992).

Otro de los aspectos que cualquier programa preventivo debe afrontar es la detección, selección e inclusión de los sujetos en el mismo, siendo éste un aspecto clave para el éxito de cualquier programa. Siguiendo Barth (1986), los programas de prevención generalmente le parecen muy buena idea a todo el mundo excepto a las madres alto-riesgo. Además, la investigación ha constatado la existencia de un elevado porcentaje de maltrato futuro entre las familias que rechazan participar en un programa de estas características. No obstante, sólo recientemente se ha empezado a analizar con cierta sistematización los posibles factores relacionados con el rechazo y abandono de estos programas (Danoff, Kemper y Sherry, 1994). A continuación se comentan algunos de los aspectos más relevantes a tener en cuenta en cada una de estas tareas o fases.

a) Fase de Detección Selección:

Obviamente, además de los servicios de protección infantil, la propia comunidad juega un papel esencial en la identificación de los malos tratos a la infancia (Hay y Jones, 1994; Garbarino

y Kostelny, 1992; Vondra, 1990). Dentro del contexto comunitario, especial relevancia como fuentes de detección de este problema tienen los hospitales y clínicas (Martínez Roig y De Paúl, 1993; Benzeval y Judge, 1992), las guarderías y escuelas (Vondra, 1990), sin olvidar a las propias familias que solicitan entrar en el programa (esto último es menos frecuente dándose únicamente en aquellos casos en los que el programa está fuertemente instaurado dentro de una comunidad). En nuestro contexto sociocultural, y en relación al proceso de detección de los sujetos, nos encontramos con un primer problema que condiciona significativamente el buen desarrollo y la continuidad de los programas. Así, si bien es cierto que durante los últimos años se ha producido un aumento y perfeccionamiento importante de las fuentes y sistemas de detección, estamos todavía lejos de alcanzar un nivel adecuado que nos permita llegar a todas las situaciones de desprotección infantil. Por ejemplo, a pesar de que nadie pone en duda la relevancia del papel que los profesionales de la educación pueden desempeñar en la detección de problemáticas de malos tratos infantiles, diversos estudios han constatado la ausencia de una formación apropiada en estos profesionales, así como el desconocimiento de los pasos a seguir cuando identifican un posible caso de este tipo (Abrahams, Casey y Daro, 1992; Tower, 1992). Esta situación hace que, en no pocas ocasiones, la representatividad del grupo de sujetos alto-riesgo

identificados como posible "blanco" de una intervención preventiva pueda ser cuestionada debido a la influencia de diferentes sesgos en la detección, tales como atender únicamente a los factores de riesgo más evidentes, no discriminar entre las distintas tipologías, o acudir sólo a las clases sociales más accesibles. De esta forma, únicamente se accede a un tipo de sujetos alto-riesgo quedando fuera de nuestro marco de acción un sector importante de la propia población en riesgo.

Dado que la identificación de grupos de población alto-riesgo constituye el pilar básico sobre el que descansan las estrategias de prevención secundaria, resulta conveniente abordar esta cuestión con más detalle. Obviamente, esta tarea de identificación o detección de sujetos requiere un conocimiento pormenorizado de los factores que, estando significativamente asociados al problema que se pretende prevenir, han de estar presentes en los grupos de individuos que serán objeto de la intervención preventiva. Este ha sido un campo ampliamente desarrollado en el ámbito de la investigación del maltrato infantil y sobre el que existen también estudios realizados en el estado español (De Paúl, Alzate, Ortiz y Echeberría, 1987). A este respecto, creemos que merece especial atención el trabajo realizado por C. Ayoub y cols. (1983) en la elaboración de unos "Criterios Clínicos para la Evaluación del Estatus de Riesgo de una Familia" que, como ya se ha mencionado, se exponen en la Tabla 1 de la página siguiente.

Tabla 1: Criterios clínicos utilizados por Ayoub y colaboradores (1983) para valorar el estatus de riesgo de una familia.

ALARMAS BIOLOGICAS

1. Neonatos prematuros.
2. Recién nacidos con defectos congénitos.
3. Bebés con modelos de alimentación/sueño mal establecidos, frecuentemente llamados niños difíciles.
4. Menores con problemas médicos complicados incluyendo dificultades en la alimentación y en el desarrollo.
5. Madres con una enfermedad física, especialmente cuando ocurre en períodos vulnerables incluyendo el embarazo, el nacimiento del niño y el período postparto.
6. Historia reciente de enfermedades graves o muertes en hermanos o en otros significativas.
7. Características físicas del niño que no coinciden con las expectativas de los padres: sexo, rasgos físicos, etc.

ALARMAS PSICOLOGICAS

1. Historia Parental de Infelicidad, privación física y/o emocional durante la infancia.
2. Aislamiento Parental emocional/social.
3. Historia de problemas emocionales pasados -depresión, retraimiento, hostilidad, mostrarse receloso, desorientación.
4. Limitaciones intelectuales de moderadas a severas.
5. Adicción parental a las drogas o al alcohol.

ALARMAS SOCIALES

1. Pobres condiciones de vida.
2. Dificultades Financieras.
3. Desempleo.
4. Elevada movilidad.
5. Carencia de medio de transporte.
6. Historia de actividades violentas y/o ilegales.
7. Condiciones médicas resultantes de la ausencia de cuidado médico o nutricional.

ALARMAS DE INTERACCION

1. Dificultades maritales-discordia o falta de apoyo.
 2. Dificultades familiares-discordia o falta de apoyo.
 3. Dificultades en el apego padres-niño.
-

Cada uno de estos factores de riesgo está asociado al abuso de menores, aunque es la acumulación de los mismos lo que incrementa la probabilidad de ocurrencia del maltrato dentro de una familia. Además, de la consideración de los malos tratos infantiles como problema con una vertiente social y no sólo individual (Garbarino y Kostelny, 1992; Hay y Jones, 1994; Vondra, 1990), se deriva la necesidad de tener en cuenta no sólo la identificación de sujetos "alto-riesgo", sino también la de comunidades o contextos sociales de especial vulnerabilidad. En cualquier caso, calificar a un sujeto como de "alto-riesgo" en base a la presencia de dichos factores no implica que, necesariamente, dicho individuo llegue a maltratar en un futuro. Cualquier intento de predecir la aparición de este problema está sometido a un error de clasificación que suele situarse en torno al 10-15% (Browne y Saqi, 1988). Esta tasa de error se ve favorecida por la baja prevalencia de los malos tratos, la propia inespecificidad de los factores de riesgo asociados a los mismos y la vulnerabilidad diferencial de los sujetos frente a condiciones desencadenantes similares.

En consecuencia, en todo proceso de screening existe un porcentaje de casos mal clasificados, los denominados falsos positivos y falsos negativos. La utilización de criterios de selección muy amplios reduce el número de falsos negativos pero aumenta el de falsos positivos, ocurriendo lo contrario cuando se recurre a criterios claramente restrictivos. De hecho, en la re-

visión y análisis que Rodwell y Chambers (1992) realizan de los instrumentos para identificar colectivos de alto-riesgo en relación al maltrato infantil, estos autores vienen a cuestionar la eficacia predictiva de los mismos. No obstante, lógicamente, la combinación de distintos tipos de medidas o instrumentos de detección (autoinformes, entrevistas, etc.) en el proceso de screening mejora la selección de los sujetos, aunque ningún método garantiza una clasificación correcta del 100% de los casos.

Las implicaciones que se derivan de los problemas para identificar sin errores a los individuos que van a ser el foco de la intervención son de gran importancia, y van más allá de cuestiones metodológicas, de eficacia, etc. Desde un punto de vista ético, y en el marco de una actuación de tipo terapéutico, el etiquetar a un sujeto que no abusa de sus hijos como maltratador (falso positivo) puede tener consecuencias nefastas, especialmente si, como resultado de ello, se produce alguna acción restrictiva o punitiva por parte del sistema de protección infantil (ej.: retirada de la custodia de los hijos). Por otra parte, a nadie se le escapa lo dañino que puede ser el dictaminar que un individuo no es maltratador cuando realmente lo es (falso negativo). Obviamente, estos problemas tienen su reflejo en el ámbito de la prevención secundaria de los malos tratos a menores, debiéndose establecer qué es menos perjudicial en función de las acciones que vayan a derivarse del resultado del proceso de screening. Así, en este tipo de progra-

mas, los servicios que se ofertan pueden ser de ayuda para cualquier familia, con independencia de su verdadero estatus de riesgo para el maltrato. Desde este punto de vista la existencia de falsos positivos sería menos dañina que la de falsos negativos, ya que la pérdida de estos últimos casos constituye una seria limitación para el éxito de cualquier estrategia de prevención secundaria. No obstante, aunque las probabilidades de estigmatización social de los sujetos sean inferiores en los programas de índole preventiva, cabe plantearse hasta qué punto resulta éticamente apropiado irrumpir en la intimidad de la vida familiar cuando no se ha producido todavía una situación de desprotección infantil, siendo esto especialmente problemático en los casos de los individuos incorrectamente clasificados como de "alto-riesgo". No obstante, como señalan Melton y Flood (1994) el tema de la privacidad en el diseño de los programas de prevención y tratamiento del maltrato infantil representa una de las lagunas de la investigación en este ámbito. En general, puede decirse que sólo recientemente se ha empezado a prestar atención a los potenciales efectos colaterales no deseados de las diferentes estrategias preventivas, siendo esto particularmente cierto en el caso de los programas preventivos del abuso sexual (Olsen y Widom, 1993; Melton, 1992). Por otra parte, también es cierto que ofrecer servicios a familias que no se encuentran en una verdadera situación de riesgo encarece innecesariamente el presupuesto del programa y puede impedir que los recursos del mismo lleguen a otras familias que se

encuentren en una situación de mayor riesgo (Gough, 1988).

b) Fase de motivación e inclusión de los sujetos:

Una vez identificados los individuos pertenecientes al grupo de alto-riesgo, es necesario vencer su habitual resistencia a ser incluidos en la intervención prevista, siendo éste uno de los aspectos que compromete en gran medida el desarrollo y la continuidad de los programas de prevención secundaria. Esta ausencia de motivación puede responder entre otras razones a: la posible estigmatización asociada al hecho de ser etiquetado como sujeto potencialmente maltratador o, cuando menos, como un individuo con dificultades para el desempeño del rol parental; el esfuerzo personal que exige la participación en un programa de este tipo y, en general, en cualquier proceso de cambio y, al hecho de que estos programas, que muy frecuentemente centran su intervención en los hogares, suponen una intromisión en la privacidad familiar. No obstante, como indican Rothery y Cameron (1990), las familias que presentan un déficit en el funcionamiento parental no son un grupo homogéneo y, por tanto, sus necesidades difieren considerablemente. Así, quizás en muchas ocasiones los caminos utilizados para acceder a ellas no sean los adecuados y debiéramos someterlos a continua evaluación para desarrollar estrategias más efectivas.

Así, los diferentes programas existentes recurren a diversas técnicas, unas

más agresivas que otras, a la hora de ofertar sus servicios y tratar de conseguir que los sujetos acepten participar en el programa. Sin embargo, estas técnicas no suelen ser descritas en las publicaciones, ni mucho menos sometidas a evaluación, lo que impide establecer la eficacia diferencial de las mismas. Por tanto, en ausencia de criterios contrastados sobre las estrategias más efectivas deberían utilizarse aquéllas que tengan un carácter menos intrusivo y planteen menores dilemas en el plano ético (Barth, 1986). Asumiendo las limitaciones mencionadas, pueden reseñarse algunas estrategias que han sido descritas como eficaces por diversos autores:

- Dentro del contexto de los programas perinatales se ofrece la posibilidad de participar en los mismos a todas las mujeres que estén esperando su primer hijo, con independencia de su nivel de riesgo (Olds y cols., 1986; Wolfe, 1987). La ventaja de esta técnica es doble ya que, por un lado se evita el sentimiento de estigmatización y, por otro, permite conocer en qué medida los servicios ofrecidos son más eficaces para las madres alto-riesgo que para aquellas clasificadas como presentando un bajo nivel de riesgo.
- En aquellos programas que incluyen entre sus servicios la figura del visitador o educador familiar se procura que dicha persona sea, a priori, de gran atractivo para la familia, buscándose la máxima afinidad posible entre ésta y el educador familiar.
- Intentar dar respuesta a demandas particulares de la familia que no forman parte de la intervención preventiva propiamente dicha. Muchas de las familias con las que se trabaja en estos programas tienen, además de otros déficits, importantes necesidades de tipo material e instrumental. El ofrecer ayudas tangibles durante una primera toma de contacto puede ayudar a romper la resistencia de los sujetos y facilita el establecimiento de una relación que permita, posteriormente, profundizar en otros aspectos más importantes del rol parental (Barth, 1986). Sin embargo, también hay que tener en cuenta que las investigaciones todavía no han abordado el tema de la eficacia real que la provisión de apoyos materiales tiene en la prevención del maltrato infantil (Melton y Flood, 1994).

Al igual que resulta importante motivar a las familias para su participación en el programa preventivo, es fundamental lograr su permanencia en el mismo hasta el final de la intervención. En consecuencia, el desarrollo de estrategias orientadas a fomentar la motivación debería formar parte de las actividades del programa durante todo el proceso de intervención, debiendo ser, por tanto, recogidas en el diseño del mismo. A este respecto, algunos autores han señalado la relevancia de determinados factores tales como el lugar en donde se prevé realizar la intervención. Así, se ha observado un elevado número de abandonos (entre un 40 y un 50%) en aque-

llos programas cuya intervención tiene lugar principalmente en locales, sean éstos propios del servicio o ajenos al mismo (Johnson y Breckenridge, 1982). Este hecho, unido a las ventajas obvias que supone el poder trabajar en los propios hogares de las familias, hace que numerosos programas opten por esta alternativa o, cuando menos, combinen ambos tipos de estrategias (asistencia a grupos de padres y visitas del educador familiar al hogar). Conviene señalar a este respecto que, según la reciente revisión de Werkerle y Wolfe (1993), los programas que conceden una atención individualizada a los padres/familias parecen mostrarse más efectivos que aquéllos en los que la intervención se desarrolla en grupo.

Obviamente, la especial importancia que adquiere la motivación de los sujetos para cooperar en estas intervenciones preventivas responde a la naturaleza voluntaria de las mismas. En este sentido, el rechazo a participar en el programa por parte de aquellas familias que reúnen condiciones de riesgo particularmente elevadas, plantea un serio dilema a los profesionales que tienen que optar entre aceptar la negativa de las familias o emprender acciones más agresivas encaminadas a modificar tal decisión. De hecho, ha existido y existe todavía un considerable debate en torno a esta cuestión. Por ejemplo, Barth (1986), aludiendo al elevado porcentaje (85%) de sujetos que habiendo rechazado la intervención les fue retirada posteriormente la custodia de algún hijo, comenta los graves pro-

blemas que puede generar el respetar la decisión de estas familias. Así, aunque se pueden salvar los efectos negativos del etiquetaje, se fracasa en el intento de ayudar a las familias más necesitadas, de proteger a los niños que se encuentran en mayor peligro y de demostrar la efectividad de los esfuerzos de prevención secundaria del maltrato infantil. En esta misma línea, Deborah Daro (Daro, Casey y Abrahams, 1990), llega a sugerir que el trabajo con este subgrupo de población podría requerir nuevas formas de enfocar la prevención e incluir acciones más agresivas, en un intento por romper el círculo de los malos tratos. Un ejemplo podría ser el intervenir directamente con los niños de estas familias, aun existiendo incluso un rechazo explícito por parte de los padres. No obstante, en el extremo opuesto de la balanza se sitúa el conflicto ético que plantea irrumpir sin permiso en la intimidad familiar. De hecho, esta misma autora (Daro, 1988) reconoce que intervenir antes de que se produzca el abuso o abandono puede suponer una violación de la privacidad familiar y del derecho de los padres a decidir sobre el bienestar de sus hijos.

¿Qué tipo de servicios han de incluirse en estos programas?

Puede decirse que básicamente son tres los factores que delimitan el número y tipo de servicios a proporcionar en un programa de intervención, bien sea de índole preventiva o terapéutica: el modelo explicativo adoptado en relación al problema que se pretende evitar o

reducir, la cantidad y calidad de los recursos disponibles para poner en marcha los servicios deseados, y el conocimiento previo en lo referente a la eficacia relativa que los diferentes servicios han demostrado con anterioridad en intervenciones similares a la que se pretende desarrollar.

Limitándonos al ámbito de la prevención secundaria, y en lo relativo al primero de estos factores, es indiscutible que el modelo explicativo que se adopte sobre el maltrato infantil será uno de los elementos esenciales a la hora de determinar aspectos claves en cualquier intervención, como la ya tratada selección de los sujetos y la cuestión que ahora abordamos sobre el tipo de servicios a incluir en un programa de prevención. En este sentido, algunos autores (Gough, 1988) han criticado la ausencia de articulación entre las teorías causales y la intervención, argumentando que, en la práctica, el tipo de servicios ofertados desde los programas no depende tanto de los modelos etiológicos como de las de nociones generales acerca de lo que se entiende debería ser de mayor utilidad para las madres/padres, así como del segundo de los factores a los que hemos aludido, esto es, la propia disponibilidad de recursos de intervención.

Cabe aludir aquí a las dificultades intrínsecas que presenta la conceptualización del maltrato infantil y que entorpecen, en gran medida, el desarrollo de teorías explicativas. El surgimiento de los modelos multifactoriales e interaccionales ha supuesto un

gran avance en el conocimiento y comprensión de este problema, pero su amplitud en cuanto al número de áreas y variables contempladas, junto a la dudosa especificidad de muchos de los factores recogidos, crea importantes obstáculos a la hora de intentar aplicar dichos modelos teóricos a las intervenciones prácticas, empezando por el tema de la selección de los sujetos que se pretende sean objeto del programa de prevención. Así, resulta difícil delimitar en base a estos modelos el tipo de población que se encuentra en una situación de mayor riesgo. Unido a los problemas del número e inespecificidad de los factores de riesgo incluidos en los modelos etiológicos, está la falta de un consenso sobre la importancia relativa que cada uno de dichos factores tiene en relación al maltrato infantil, de forma que mientras hay autores (Altemeier y cols., 1985) que señalan a la historia de crianza parental como la variable principal, otros (Olds y cols., 1988) conceden mayor efecto negativo a factores como la edad, el estatus socioeconómico o la falta de pareja.

Obviamente, el tipo de factores elegidos para realizar la selección de los sujetos condiciona la clase de intervención que se desarrolle desde el programa de prevención. De esta forma, si se considera que la historia parental de crianza es el factor clave asociado al potencial para el maltrato infantil, se dedicarán mayores esfuerzos encaminados a paliar las carencias afectivas de estos padres. Por el contrario, si se estima que es la condición de madre adolescente o sin pareja lo que facilita en

mayor medida la aparición de conductas de desprotección infantil, la intervención estará enfocada al desarrollo de redes sociales que compensen esta ausencia de figuras de apoyo.

Por otra parte, nadie duda de que la eficacia y efectividad han de ser criterios esenciales en la elección de los servicios a proporcionar en un programa de prevención, especialmente cuando, como suele ser habitual, escaseen los recursos disponibles para su realización. Sin embargo, aunque pueden constarse claros avances (Daro y McCurdy, 1994; Wekerle y Wolfe, 1993), el conocimiento existente en la actualidad en este área no permite establecer una clara jerarquía entre los diferentes servicios ofertados en base a la eficacia relativa de los mismos. Desafortunadamente, el problema aquí no radica en que todos los servicios muestren el mismo éxito en la tarea preventiva, sino en el hecho mismo de que los problemas metodológicos evidenciados en el diseño y la evaluación de este tipo de programas, impiden, o cuando menos dificultan notablemente, no ya el demostrar la superioridad de un recurso sobre otro(s), sino la propia eficacia de un determinado servicio dentro de un mismo programa de prevención.

Aunque la evaluación de programas de prevención secundaria será objeto de atención en el apartado siguiente, conviene recordar aquí que la disparidad de criterios existente en algunos de los aspectos claves (definición de maltrato, tipología, factores causales, población atendida ...) empleados en los di-

ferentes programas, frecuentemente hace inapropiada cualquier comparación de sus resultados. Además, la posibilidad de valorar con rigor la idoneidad de los servicios que se ponen en marcha en los programas de prevención se ve igualmente limitada por una serie de cuestiones éticas de difícil resolución.

Teniendo en cuenta estas limitaciones se señalan a continuación el tipo de recursos que más frecuentemente suelen incluir los programas de prevención secundaria del maltrato infantil. Para ello es preciso en primer lugar plantear la distinción que Helfer (1991) realiza dentro de tales programas en función del momento en el que se desarrolla la intervención preventiva, esto es:

- a) Programas de Intervención Perinatal: entendiendo el período perinatal en un sentido amplio (desde los 6-9 meses previos al nacimiento del bebé hasta su primer año de vida).
- b) Programas de Intervención Escolar: también en un sentido amplio, se incluyen en esta categoría los programas cuya intervención tiene lugar dentro del período que va desde la etapa preescolar hasta la finalización de la enseñanza preuniversitaria.

Los servicios que van a ser descritos a continuación se refieren únicamente a los programas perinatales ya que, si bien se asume la importancia de la labor preventiva que se puede realizar con los menores en la etapa escolar, ésta suele estar orientada a tipologías de

maltrato como el abuso sexual que, tal y como hemos señalado con anterioridad, por su diferente naturaleza no son objeto de análisis en este contexto. Por otro lado, existe un amplio consenso en la consideración de que, cuanto antes se intervenga en el núcleo familiar, mayores posibilidades de éxito tiene la actuación preventiva. En consecuencia, la fase perinatal y, en general, los momentos que rodean al embarazo y nacimiento del bebé, es considerado como un período óptimo para la realización de un programa preventivo (Daro y McCurdy, 1994). Otras razones que justifican esta afirmación son:

- El hecho de que algunas de las señales predictoras del maltrato suelen aparecer precisamente durante este período. Entre estos signos pueden destacarse (Lynch, 1977): haber querido abortar y no haber podido realizarlo por algún motivo; embarazo no deseado; deseo de la experiencia del embarazo pero no del niño; preferencia obstinada por un determinado sexo; complicaciones perinatales; inadecuado control médico; utilización del embarazo como medio para retener a la pareja; prácticas de hábitos perjudiciales para la salud del niño (ej: consumo de drogas); expectativas irrealistas sobre el futuro del niño; esperanza de que el niño llene lagunas afectivas de la madre...
- La constatación de que, en este momento, los padres suelen estar muy necesitados de información acerca de las necesidades y capacidades del

bebé, la ejecución del rol parental y los recursos a los que pueden acceder y, por tanto, están más abiertos a posibles ayudas y tienen mayor motivación para aprender (Olds, 1982).

- La posibilidad de que desde estos primeros momentos pueda empezarse a trabajar el modelo de interacción que los padres van a establecer con el futuro bebé, posibilitándose así el sentar las bases para una buena relación entre ambos.
- El hecho de que durante este período las madres/padres acudan con relativa frecuencia a consultas y revisiones médicas facilita el proceso de detección y captación. En muchos casos puede que ésta sea la única ocasión en la que se tenga acceso a determinados sujetos alto-riesgo.

Cuando hablamos de los recursos preventivos utilizados en los Programas de Intervención Perinatal podemos hacerlo aludiendo a diferentes dimensiones como, por ejemplo, el carácter individual o grupal de los servicios y la naturaleza del objetivo básico perseguido por los mismos (enseñanza de conocimientos, cambio de actitudes, aprendizaje de habilidades específicas, reducción del aislamiento y fomento del apoyo...).

El eje fundamental alrededor del cual suelen girar los recursos de tipo individualizado es la asignación a cada familia de una persona, el educador o

trabajador familiar (home visitor), que durante todo el período de la intervención mantiene un contacto frecuente y directo con la familia (Caruso, 1989; Olds y cols.; 1986; Cox, 1993; Daro y McCurdy, 1994; Wekerle y Wolfe, 1993). Las principales funciones que suele desempeñar este educador o visitador familiar son: establecer una relación positiva y de apoyo con los padres; vincular a todos los miembros de la familia en los preparativos del nacimiento del bebé; instruir a los padres acerca de las necesidades y estadios evolutivos de los niños; enseñar técnicas no aver-sivas de control de la conducta de los niños, así como informar acerca de los recursos disponibles en la comunidad. Asimismo, se intenta que esta figura esté lo más accesible posible a la familia para que ésta pueda recurrir a ella en situaciones de crisis.

Otros servicios individuales que incluyen algunos de estos programas están encaminados fundamentalmente a mejorar los hábitos de salud de la futura madre (Olds y cols., 1986; 1988): controlar su peso corporal; favorecer el cumplimiento de una dieta equilibrada desde el punto de vista nutricional; reducir el consumo de sustancias tóxicas como el tabaco, el alcohol u otras drogas; llevar un control médico adecuado, etc. El objetivo fundamental que se persigue con este tipo de actividades es reducir los riesgos asociados a posibles malformaciones físicas y otros problemas en el futuro bebé. A este respecto, puede decirse que el programa de Olds y cols. (1986, 1988) constituye una excepción ya que,

como señalan Tomkins y Kepfield (1992), habitualmente el énfasis está en prevenir el uso de drogas ilícitas por parte de mujeres embarazadas, no concediéndose la importancia que la investigación justifica en relación al consumo de sustancias legales como el tabaco o el café.

En lo que respecta a los servicios de carácter grupal, una distinción básica es entre aquéllos orientados al aprendizaje de cuestiones relevantes para el desarrollo evolutivo infantil y la atención y cuidado a los niños y aquéllos que persiguen el establecimiento y fortalecimiento de las redes sociales de apoyo de estos padres. Estas actividades suelen desarrollarse en grupos formados por 8 ó 10 progenitores que se reúnen con una periodicidad variable, frecuentemente de tipo semanal.

En el caso de los grupos de padres con una orientación claramente pedagógica, el contenido didáctico de las actividades grupales se basa fundamentalmente en los principios de las teorías del aprendizaje y del apego, estando orientadas a la educación y desarrollo de las habilidades parentales necesarias para la ejecución apropiada del rol materno/paterno. En este aprendizaje destacan el entrenamiento en el manejo del estrés, técnicas de autocontrol, habilidades sociales y técnicas no aver-sivas de control de la conducta de los niños.

En el segundo tipo de grupos, las actividades desarrolladas tratan de reducir el aislamiento social en el que habi-

tualmente se encuentran este tipo de padres. Por ello, se les facilita un contexto en el que puedan hablar de sus problemas cotidianos y, particularmente, de las dificultades en la relación con sus hijos y otros familiares. Asimismo, se pretende que vayan ampliando su red de apoyo social de forma que tengan a quién recurrir en situaciones de necesidad o para la realización de actividades de ocio.

Resulta muy difícil establecer cuál de ambos tipos de grupos es el más adecuado para estos padres ya que, sin duda, el intentar paliar algunos de los principales déficits de estos sujetos requiere intervenir tanto en el nivel de los conocimientos como en el aspecto relacional de apoyo. No obstante, los expertos reunidos en la Conferencia Internacional celebrada en 1991 con motivo del decimoquinto aniversario de la fundación del Centro Nacional de H Kempe en los EE.UU, señalaron el relativo limitado éxito del componente educativo de los grupos de padres, enfatizando por el contrario la necesidad de priorizar el desarrollo de grupos de apoyo (Recommendations..., 1991). Más recientemente (Daro y McCurdy, 1994), también se ha indicado la importancia crítica que la disponibilidad de apoyos sociales y la capacidad para acceder a la ayuda necesaria tienen como elementos esenciales de los programas que pretenden asegurar el bienestar de los niños más allá del período de intervención.

Por último señalar que, como es obvio, el componente pedagógico y el de apo-

yo no son incompatibles, al igual que tampoco lo son la orientación individual o grupal en los servicios, siendo habitual que los programas de prevención combinen estos enfoques. Sin embargo, algunos programas de prevención como, por ejemplo, el "Perinatal Early Infancy Project" basan su actuación casi exclusivamente en el entrenamiento en habilidades parentales (Wolfe, Edwards, Manion y Koverola, 1988), mientras que otros como el de Olds y colaboradores (1986) dan un peso prioritario a la figura del educador o visitador familiar sobre la que centran la mayor parte de la intervención. Los buenos resultados aportados por ambos tipos de estrategias parecen avalar el desarrollo de programas de prevención secundaria que combinen adecuadamente los servicios de orientación individual y grupal y que se dirijan simultáneamente al desarrollo de habilidades en los padres y a la reducción del aislamiento social en el que habitualmente se encuentran.

¿Qué aspectos debe recoger la evaluación de estos programas?

El auge adquirido en los últimos años por el tema de la evaluación de programas no puede considerarse sino lógico habida cuenta la especial atención que este campo de actuación merece por la relevancia que tiene para el avance en el conocimiento de las intervenciones preventivas y/o terapéuticas en diferentes ámbitos, incluido el maltrato infantil.

El propósito de la evaluación debe ser facilitar el desarrollo, realización y re-

plicación de los programas. Asimismo, debe permitir conocer el grado en que se han alcanzado los objetivos del programa y explicar qué factores han contribuido al éxito o fracaso del mismo. Sin embargo, en la práctica, todavía hoy este tipo de evaluaciones son escasas. Como señala Barth (1991), la investigación sobre programas perinatales de prevención del maltrato infantil aporta más promesas de futuro que datos reales sobre su efectividad. Aunque numerosos programas pretenden ofrecer datos sobre la eficacia de los mismos generalmente adolecen de importantes déficits metodológicos que limitan la validez y generalización de sus resultados (ver a este respecto, por ejemplo, las revisiones de Daro, 1988; Daro y McCurdy, 1994; Wekerle y Wolfe, 1993; Wolfe, 1993; MacMillan y cols., 1994; Olds y Widom, 1993; Azar, 1988; Howing, Wodarski, Kurtz y Gaudin, 1989). Entre tales deficiencias, cabe destacar las siguientes:

- El hecho de que, muy frecuentemente, la asignación de los sujetos al grupo índice y de comparación no sea realizada al azar (Barth, 1991).
- La inexistencia de un adecuado emparejamiento entre los sujetos del grupo índice y comparación (Azar, 1988).
- El reducido tamaño de la muestra que impide generalizar los resultados a la población de partida (Barth, 1991; Howing y cols., 1989).
- El hecho de que habitualmente el seguimiento establecido en estos programas abarque un período de tiempo muy reducido. Ello impide conocer el verdadero efecto de estos

programas ya que algunos beneficios no se observan de forma inmediata sino a largo plazo (Seitz, Rosenbaum, Apfel, 1985; Helfer, 1982; Azar, 1988; Howing y cols., 1989). De igual manera, se impide conocer si los logros alcanzados se mantienen o no en el tiempo.

- La frecuente necesidad de crear instrumentos de medida para posibilitar la evaluación de determinados aspectos en estos programas, dificulta el sometimiento de los mismos a un adecuado proceso de validación. Por tanto, dichos instrumentos suelen carecer de propiedades psicométricas apropiadas que ofrezcan suficientes garantías.

Existen numerosas razones, además de las ya mencionadas a lo largo de este capítulo, que dificultan la realización de evaluaciones rigurosas y la superación de las deficiencias metodológicas a las que se acaba de aludir. Básicamente, pueden destacarse las siguientes:

- El hecho de que, en ocasiones, sean los propios sujetos quienes soliciten entrar en el programa dificulta la realización de una asignación aleatoria de los mismos al grupo índice o comparación (Barth, 1991).
- La exigencia de priorizar, por cuestiones éticas, las razones ligadas a las necesidades de intervención sobre los requisitos metodológicos asociados a criterios de investigación. Un ejemplo de ello es el frecuente rechazo existente entre los propios profesionales a denegar los servicios a determinadas familias

que consideran se encuentran en una situación de "alto-riesgo".

- El problema económico que supone que, en determinadas circunstancias, el coste de la evaluación pueda ser similar al del desarrollo del propio programa (Giovannoni, 1982; Helfer, 1991).
- La dificultad que implica la realización de largos períodos de seguimiento en los programas de carácter preventivo. Esto es así, entre otras razones, por el coste económico añadido que conlleva la realización de tales seguimientos; la pérdida de contacto que en muchas ocasiones se produce con las familias (bien por deseo expreso de las mismas o porque han cambiado de residencia), y la ausencia, en determinados casos, de una adecuada coordinación con otros servicios de protección infantil de la comunidad que permita conocer información relevante sobre las familias que han participado en el programa (ej: posteriores denuncias de malos tratos).

En esta misma línea, cabe resaltar los problemas asociados a los propios criterios de éxito que suelen utilizarse en este tipo de programas. Así, frecuentemente, se ha utilizado como indicador de éxito la inexistencia de denuncias posteriores de malos tratos. Tal y como se ha señalado con anterioridad esta medida, sin embargo, ha de ser cuidadosamente examinada por los problemas a los que va asociada (Resnick, 1985; Gough, 1988; Helfer, 1982; Giovannoni, 1982; Daro,

1988; Barth, 1991) como son, además de los ya mencionados,:

- El hecho de que el número de denuncias puede depender de factores ajenos a la propia intervención como, por ejemplo, el nivel de sensibilización de la población hacia el problema de los malos tratos.
- La imposibilidad de conocer el número real de sujetos que, en ausencia de intervención preventiva, hubieran llegado a desarrollar conductas maltratantes.
- La frecuente ausencia, ya indicada, de diseños experimentales de evaluación, con grupos índice y comparación perfectamente emparejados.

Por todo ello, y tal y como indica Daro (1988), la evaluación de los programas de prevención debería seguir un triple proceso: 1) estipular las condiciones que se sabe que incrementan la probabilidad de ocurrencia del maltrato infantil, 2) medir la habilidad de los programas para mejorar dichas condiciones, y 3) examinar el impacto que dichas mejoras tienen en los promedios de malos tratos infligidos a los niños. De esta forma sería posible conocer a corto plazo la efectividad del programa en la reducción de las condiciones de riesgo y a largo plazo tener un conocimiento más certero del beneficio de las estrategias preventivas a través de la medición sistemática y continuada de los índices de prevalencia e incidencia de los malos tratos a menores (Giovannoni, 1982). Igualmente, dentro de este interés por diseñar programas de prevención que puedan ser adecuadamente evaluados

y desarrollar estrategias apropiadas de evaluación de los mismos, se constata un énfasis creciente sobre el tema del control de calidad de los programas de prevención (Poertner, Smith y Fields, 1991; Caplan y Caplan, 1994).

A modo de ejemplo, diferentes autores (Helfer, 1987; Daro, 1988; Barth, 1991) han destacado el rigor metodológico seguido, tanto en el diseño como en la evaluación, en el "Prenatal Early Infancy Project" de Olds y colaboradores (1988). En dicho programa, seleccionaron a 400 mujeres primíparas que reunían, al menos, una de las siguientes condiciones: ser adolescente, no tener pareja, o poseer un nivel bajo de ingresos económicos. Dichas mujeres fueron aleatoriamente asignadas a tres condiciones de tratamiento que diferían en función de la cantidad de servicios ofertados, siendo la última condición la única que incluía visitas de enfermeras al hogar durante el embarazo y hasta dos años después del nacimiento del bebé. El seguimiento de todas las mujeres se prolongó hasta que los niños tuvieron dos años, encontrándose diferencias significativas entre las distintas condiciones de tratamiento en las siguientes variables: hábitos de salud de la madre durante el embarazo; implicación de los familiares en los preparativos de la llegada del bebé; peso del recién nacido; temperamento y cociente evolutivo de los niños; utilización de los servicios formales de ayuda existentes en la comunidad; uso de técnicas no aversivas de control de la conducta de los niños; número de veces que se acudía a la sala de urgencias

del hospital; número de embarazos posteriores, y la proporción de denuncias comprobadas de malos tratos a los menores (19% en el grupo control y 4% en el grupo de intervención).

A pesar de la relativa escasez de evaluaciones metodológicamente rigurosas, la excepción representada por algunos programas ha permitido conocer la eficacia de algunas técnicas en la reducción de conductas y actitudes parentales que pudieran precipitar episodios de maltrato. Así, algunos autores (Olds, 1986; Wolfe, 1988) han resaltado el beneficio obtenido con recursos tales como: la enseñanza de habilidades parentales, la asistencia a grupos de apoyo para padres, la realización de visitas al domicilio familiar, la enseñanza de técnicas de afrontamiento al estrés y de habilidades de autocontrol, etc.

En concreto, los logros que más frecuentemente han sido señalados por este tipo de programas son (Daro, 1988; Daro y McCurdy, 1994; Wekerle y Wolfe, 1993; Wolfe, 1993): mejora del apego madre-hijo y de la capacidad materna para responder a las necesidades emocionales de sus hijos; adquisición de habilidades que permitan cubrir adecuadamente las necesidades físicas y evolutivas del niño; menor número de embarazos posteriores; uso más consistente de los servicios sanitarios; mayor número de oportunidades para optar a un empleo; menor dependencia de los Servicios Sociales; mayor porcentaje de personas que finalizan los estudios superiores; mayores tasas de empleo; mayor conocimiento y uso de los

servicios comunitarios disponibles; mejora de la red social de apoyo; mayor interés por el desarrollo del embarazo; mejora de los hábitos de salud de la madre durante el embarazo; niños menos conflictivos y con mejor temperamento; menor uso del castigo físico y de las restricciones; alcance de mayor nivel de desarrollo evolutivo por parte de los niños, y un menor número de visitas a los servicios de urgencia.

Aunque no se pueda afirmar con rotundidad que estos logros hayan prevenido o puedan prevenir el maltrato infantil, por sí mismos, justifican la existencia de estos programas. Tal como señala Resnick (1985), el impacto positivo que un programa de prevención pueda tener sobre las competencias de un individuo es un deseable beneficio a corto plazo. No obstante, para que sea realmente preventivo debe existir una fuerte conexión entre esos beneficios a corto plazo y la reducción de la incidencia del problema a largo plazo. Este último aspecto únicamente podrá establecerse mediante la realización de amplios estudios longitudinales que incluyan largos períodos de seguimiento (Seitz y cols., 1985; Polit y White, 1988; Wiedner, Poisson, Lourie y Greenspan, 1988; Roussey, Bellec, Delahaye, Joubert, Ramee, Ollivier y Giraud, 1993).

Con respecto al tipo de padres que más parecen beneficiarse de los servicios educativos y de apoyo, varios investigadores han señalado la obtención de resultados más efectivos con madres jóvenes y de bajos ingresos (Gabinet;

1983; Badger, 1981; Olds y cols., 1986), señalándose tasas inferiores de éxito con familias pertenecientes a la clase media (McGuire y Gottlieb, 1979; Wandersman, L., Wandersman, A. y Kahn, 1980; Levant y Doyle, 1983). No obstante, como indican Daro y McCurdy (1994), el tema de qué servicios funcionan mejor con qué tipo de sujetos, aun siendo clave para los programas de prevención, requiere claramente un mayor esfuerzo investigador.

Hemos ido mencionando algunos de los aspectos que deberían quedar recogidos en las evaluaciones de los programas de prevención y que están principalmente orientados al conocimiento del impacto producido por tales intervenciones. No obstante, con objeto de favorecer la continuidad y replicación de los programas, las evaluaciones deberían recoger, entre otras, las siguientes medidas (Wolfe, 1984): relación coste-beneficio; satisfacción de los participantes; número de abandonos habidos durante el programa; grado en que se han alcanzado los objetivos; satisfacción del personal del programa, así como los posibles efectos no pretendidos derivados de la intervención.

En relación al análisis coste-beneficio, si bien es un tema que debieran abordar todas las evaluaciones de programas, quizá es todavía más importante en el caso de las intervenciones de carácter preventivo. Ello es debido, en nuestra opinión, a que invertir dinero y esfuerzo en situaciones ya problemáticas es sin duda costoso, pero mucho más lo es hacerlo en situaciones en las que el pro-

blema todavía no se ha presentado. A este respecto Dickin y colaboradores (Dickin, McKin y Kirkland, 1983, pág. 159) señalan que la "viabilidad económica de un proyecto dependerá de la deseabilidad percibida de los efectos esperados del programa en relación con los costes de desarrollar los componentes operantes del mismo". En este sentido, creemos que a la hora de analizar el equilibrio entre lo invertido y lo obtenido en la realización de un programa debería contemplarse una doble perspectiva: ética y económica. La utilización de criterios éticos debería enfocar el análisis hacia los daños humanos que pudieran haberse evitado con la realización del programa, mientras que, desde el punto de vista económico, se debería examinar el ahorro que pudiera suponer para la sociedad el hecho de que ya no fueran necesarios futuros servicios asistenciales para las familias que participen en la intervención. Entre éstos podrían incluirse regímenes de acogimiento, tanto institucional como familiar, gastos sanitarios, ayudas familiares, apoyos escolares, etc. En esta línea, en el mencionado estudio de Seitz y colaboradores (1985) se destaca entre sus conclusiones el hecho de que, sólo en el décimo año en el que se llevó a cabo el seguimiento habrían sido necesarios 40.000 dólares más en concepto de bienestar y necesidades escolares especiales de los 15 niños del grupo experimental.

Para terminar, consideramos preciso realizar un comentario final en torno a este tema de la prevención secundaria del maltrato infantil. En los últimos años se ha venido criticando

el énfasis puesto en las estrategias de prevención secundaria en detrimento del desarrollo de las intervenciones preventivas de tipo primario. Más específicamente, se han planteado objeciones importantes al aspecto que constituye la esencia misma de este tipo de programas, cuestionándose seriamente la posibilidad de detectar poblaciones alto-riesgo para el maltrato infantil. Además de las críticas que sobre esta cuestión se han señalado aquí, consideramos que el análisis realizado por F. Casas (1989) desde una perspectiva comunitaria resulta especialmente oportuno a este respecto.

No obstante, dado que resulta innegable que ambas estrategias aportan claros beneficios, entendemos en el futuro no deberían escatimarse esfuerzos para intentar conjugar las intervenciones preventivas de tipo primario y secundario, tratando, claro está, de paliar las deficiencias que hoy en día se aprecian en cada uno de estos enfoques (Cohn, 1991). A este respecto, y siguiendo a Krugman (1995), puede enfatizarse una vez más que el compromiso con la investigación y la evaluación de programas, así como el diseño de programas que realmente funcionen, son dos de los componentes esenciales de cualquier esfuerzo preventivo futuro.

BIBLIOGRAFIA

ABRAHAMAS, N., CASEY, K., y DARO, D. (1992). «*Teacher's knowledge, attitudes, and beliefs about child abuse and its prevention*». *Child Abuse and Neglect*, 16(2), 229-238.

- ALTEMEIER, W.A., O'CONNOR, S., TUCKER, D., SHERROD, K., y VIETZE, P. (1985). «Working with Parents to Prevent Child Abuse» (pp. 95-103). En: S. Harel y N.J., Anastasiow (Eds.), «The At-Risk Infant: Psycho/Social/Medical Reports» (pp. 95-103). London.
- ALTEPETER, T.S., y WALKER, C.E. (1992). Prevention of physical abuse of children through parent training. En D.J. Willis, E. W. Holden, y M.S. Rosenberg (Eds.), Prevention of child maltreatment: «Developmental and ecological perspectives» (pp. 226-248). New York, NY: John Wiley & Sons.
- AYOUB, C., JACEWITZ, M., GOLD, G.R., y MILNER, J.S. (1983). «Assessment of a Program's Effectiveness in Selecting Individuals At-Risk for Problems in Parenting». Journal of Clinical Psychology, 39(3), 334-339.
- AZAR, S. (1988). «Methodological considerations in treatment outcome research in child maltreatment». En G. Hotaling, D. Finkelhor, J. Kirpatrick y M. Straus (Eds.), «Coping with family violence: Research and policy perspectives» (pp. 288-289). Beverly Hills, CA: Sage Pub.
- BADGER, E. (1981). «Recruitment and attendance of high-risk adolescent mothers for training in parenting». Journal of Adolescence, 4(3), 219-229.
- BALDWIN, N., y SPENCER, N. (1993). «Deprivation and child abuse: Implications for strategic planning in children's services». Children and Society, 7(4), 357-375.
- BARTH, R., ASH, J., y HACKING, S. (1986). «Identifying, Screening and Engaging High-Risk Clients in Private Non-Profit Child Abuse Prevention Programs». Child Abuse and Neglect, 10, 99-109.
- BARTH, R. (1991). «An experimental evaluation of in-home child abuse prevention services». Child Abuse and Neglect, 15(4), 363-376.
- BARTH, R.P., DEREZOTES, D.S., y DANFORTH, H.E. (1991). «Preventing adolescent abuse». Journal of Primary Prevention, 11(3), 193-205.
- BENZEVAL, M., y JUDGE, K. (1992). «Deprivation and poor health in childhood: Prospects for prevention». En H.U. Otto y G. Flosser (Eds.), How to organize prevention: Political, organizational, and professional challenges to social services. Prevention and intervention in childhood and adolescence (pp. 291-324). Berlin: Walter de Gruyter.
- BERTHIER, M.; ORIOT, D.; BONNEAU, D.; CHEVREL, J.; MAGNIN, G. y GARNIER, P. (1994). «Failure to prevent physical child abuse despite detection of risk factors at birth and social work follow-up». Child Abuse and Neglect, 17(5), 691-692.
- BLAU, G.M., WHEWELL, M.C., GULLOTA, T.P., y BLOOM, M. (1994). «The prevention and treatment of child abuse in households of substance abusers: A research demonstration progress report». Child Welfare, 73(1), 83-94.
- BOND, L., y WAGNER, B. (1988). «What makes primary prevention programs work». En L.A. Bond y B.M. Wagner (Eds.), «Families in transition. Primary prevention programs that work» (343-354). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- BROWNE, K., y SAQI, S. (1988). «Approaches to Screening for Child Abuse and Neglect». En: Browne, K, Davies, D., & Stratton, P. (Eds.), Early Prediction and Prevention of Child Abuse (pp. 57-85). Cichester: John Wiley and Sons.

- CAPLAN, G., y CAPLAN, R.B. (1994). «*The need for quality control in primary prevention*». *Journal of Primary Prevention*, 15(1), 15-29.
- CARUSO, G.A.L. (1989). «*Optimum Growth Project Support for families with young children*». *Prevention in Human Services* 6(2), 123-139.
- CASAS, F. (1989). «*Situaciones de riesgo social en la infancia: La prevención de los malos tratos y abandono*». *Infad*, 2, 69-79.
- CICCHETTI, D., y OLSEN, K. (1990). «*The developmental psychopathology of child maltreatment*». En: M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 261-277). New York: Plenum Press.
- COHN, A. (1991). «*What we Have Learned about Prevention: What we Should do about it*». *Child Abuse and Neglect*, 15(1), 99-106.
- COHN, A. y DARO, D. (1987). «*Is treatment too late: What ten years of evaluative research tell us*». *Child Abuse and Neglect*, 11, 433-442.
- COX, A.D. (1993). «*Befriending young mothers*». *British Journal of Psychiatry*, 163, 6-18.
- CRITTENDEN, P. (1988). «*Relationships at risk*». En: J. Belsky y T. Nezworski (Eds.), *Clinical applications of attachment* (pp. 136-174). New York: Plenum Press.
- DANOFF, N.L.; KEMPER, K.J. y SHERRY, B. (1994). «*Risk factors for dropping out a parenting education program*». *Child Abuse and Neglect*, 18(7), 599-606.
- DARO, D. (1988). «*Improving Practice: Prevention Strategies*». En *Confronting Child Abuse and Neglect*. The Free Press, NY:NY.
- DARO, D., CASEY, K., y ABRAHAM, N. (1990). «*Reducing Child Abuse 20% by 1990: Preliminary Assessment*». Chicago IL: National Committee for Prevention of Child Abuse.
- DARO, D. (1991). «*Commentary; Child sexual abuse prevention: separating fact from fiction*». *Child Abuse and Neglect*, 15 (1-2), 1-4.
- DARO, D., y McCURDY, K. (1994). «*Preventing child abuse and neglect: Programmatic interventions*». Special Issue: A research agenda for child welfare. *Child-Welfare*, 73(5), 405-430.
- DE PAUL, J., ALZATE, R., ORTIZ, M.J., y ECHEBARRIA, A. (1988). «*Maltrato y Abandono Infantil: Identificación de Factores de Riesgo*». Universidad del País Vasco. Departamento del Gobierno Vasco y Ministerio de Justicia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- DICKIN, K., McKIN, M., y KIRKLAND, J. (1983). «*Designing Intervention Programs for Infants At Risk: Considerations, Implementation, and Evaluation*». *Early Child Development and Care*, 11, 145-164.
- FINKELHOR, D. (1991). «*Evaluación de programas sobre prevención del abuso sexual: Problemas e investigaciones*». Ponencia presentada en el II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Vitoria-Gasteiz: 11-13 de Noviembre.
- GABINET, L. (1983). «*Child abuse treatment failures reveal need for redefinition of the problem*». *Child Abuse and Neglect*, 7(4), 395-402.
- GARBARINO, J. (1990). «*Preventing child abuse and neglect*». En M. Rothery, y G. Cameron (Eds.), *Child maltreatment: Expanding our*

concept of helping (pp. 169-180). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

GARBARINO, J. y KOSTELNY, K. (1992). «*Child maltreatment as a community problem*». Child Abuse and Neglect, 16(4), 455-464.

GIOVANNONI, J. (1982). «*Prevention of Child Abuse and Neglect: Research and Policy Issues*». Social Work Research & Abstracts, 18, 23-31.

GOUGH, D. (1988). «*Approaches to Child Abuse Prevention*». En K. Browne, D. Davies, y y P. Straton (Eds), Early Prediction and Prevention of Child Abuse. Cichester: John Wiley and Sons.

GROTHBERG, E.H., FEINDLER, E.L., WHIT, C.B., y STUTMAN, S.S. (1991). «*Using anger management for prevention of child abuse*». En P.A. Keller, y S.R. Heyman (Eds.), Innovations in clinical practice: A source book, Vol 10 (pp. 5-21). Sarasota, FL: Professional Resource Press.

HAY, T., y JONES, L. (1994). «*Societal interventions to prevent child abuse and neglect*». Special Issue: A research agenda for child welfare. Child-Welfare, 73(5), 379-403.

HELPER, R.E. (1982). «*A Review of the Literature on the Prevention of Child Abuse and Neglect*». Child Abuse and Neglect, 6, 251-261.

HELPER, R.E. (1987). «*The perinatal period, a window of opportunity for enhancing parent-child infant communication: an approach to prevention*». Child Abuse and Neglect, 11, 565-579.

HELPER, R.E. (1991). «*Child Abuse and Neglect: Assesment, Treatment and Prevention*», October 21, 2007. Child Abuse and Neglect, 15(1), 5-16.

HICKS, R.A. y GAUGHAM, D.C. (1995). «*Understanding fatal child abuse*». Child Abuse and Neglect, 19(7), 855-864.

HOWING, P.; WODARSKI, J.; KURTZ, P. y GAUDIN, J. (1989). «*Methodological issues in child maltreatment research*». Social Work Research and Abstracts, 23(3), 3-7.

HUXLEY, P., y WARNER, R. (1993). «*Primary prevention of parenting dysfunction in high-risk cases*». American Journal of Orthopsychiatry, 63(4), 582-588.

JOHNSON, D., y BRECKENRIDGE, J. (1982). «*The Houston Parent-Child Development Center and the primary prevention of behavior problems in young children*». American Journal of Community Psychology, 10(3), 305-316.

KRUGMAN, R.D. (1995). «*Presidential address -10th Internationa Congress on Child Abuse and Neglect: Future directions in preventing child abuse*». Child Abuse and Neglect, 19(3), 273-280.

LEVANT, R., y DOYLE, G. (1983). «*An evaluation of a parent education program for fathers of school-aged children*». Family Relations Journal of Applied Family and Child Studies, 32(1), 29-37.

LUTZKER, J.R. (1990). «*Behavioral treatment of child neglect*». Special Issue: Child abuse and neglect. Behaviors Modification, 14(3), 301-315.

LYNCH, M, y ROBERTS, J. (1977). «*Predicting Child Abuse: Signs of Bonding Failure in the Maternity Hospital*». British Medical Journal, 5 de Marzo de 1977, 624-626.

MacMILLAN, H.L., MacMILLAN, J.H., OFFORD, D.R., GRIFFITH, L. ET AL. (1994). «*Primary prevention of child physi-*

cal abuse and neglect: A critical review: I. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 35(5), 835-856.

MARTINEZ-ROIG, A. y DE PAUL, J. (1993). «Maltrato y abandono en la infancia». Barcelona: Martínez Roca.

McGUIRE, J., y GOTTLIEB, B. (1979). «Social support groups among new parents: An experimental study in primary prevention». Journal of Clinical and Child Psychology, 8(2), 11-116.

MELTON, G. (1992). «The improbability of prevention of sexual abuse». En D.J. Willis, E. W. Holden, y M.S. Rosenberg (Eds.), Prevention of child maltreatment: Developmental and ecological perspectives (pp. 168-189). New York, NY: John Wiley & Sons.

MELTON, B.B. y FLOOD, M.F. (1994). «Research policy and child maltreatment: Developing the scientific foundation for effective protection of children». Child Abuse and Neglect, 18 (Supp.1), 1-28.

OLDS, D. (1982). «The prenatal/early infancy project: An ecological approach to prevention of developmental disabilities». En: Belsky, J. (Ed.), In the Beginning (pp. 270-285). New York: Columbia University Press.

OLDS, D.L., HENDERSON, C.R., TATELBAUM, R., y CHAMBERLIN, R. (1986). «Improving the Delivery of Prenatal Care and Outcomes of Pregnancy: A Randomized Trial of Nurse Home Visitation». Pediatrics, 77(1), 16-28.

OLDS, D.L., HENDERSON, C.R., TATELBAUM, R., y CHAMBERLIN, R. (1988). «Improving the Life-Course Development of Socially Disadvantaged Mothers: A Randomized Trial of Home Nurse Visitation». American Journal of Public Health, 78(1), 1436-1444.

OLSEN, J.L., y WIDOW, C.S. (1993). «Prevention of child abuse and neglect». Applied and Preventive Psychology, 2(4), 217-229.

POLIT, D y WHITE, C. (1988). «The lives of young, disadvantaged mothers: The five-year follow-up of project redirection». Saratoga Springs, NY: Analysis, Inc.

POERTNER, J., SMITH, P.B., y FIELDS, J. (1991). «Quality control in practice in child abuse prevention programs». Special Issue: Child welfare policy and practice. Children and Youth Services Review, 13(1-2), 29-39.

Recommendations for the 21st Century. (1991). Child Abuse and Neglect, 15(1), 39-50.

RESNICK, G. (1985). «Enhancing Parental Competencies for High Risk Mothers: An Evaluation of Prevention Effects». Child Abuse and Neglect, 9, 479-489.

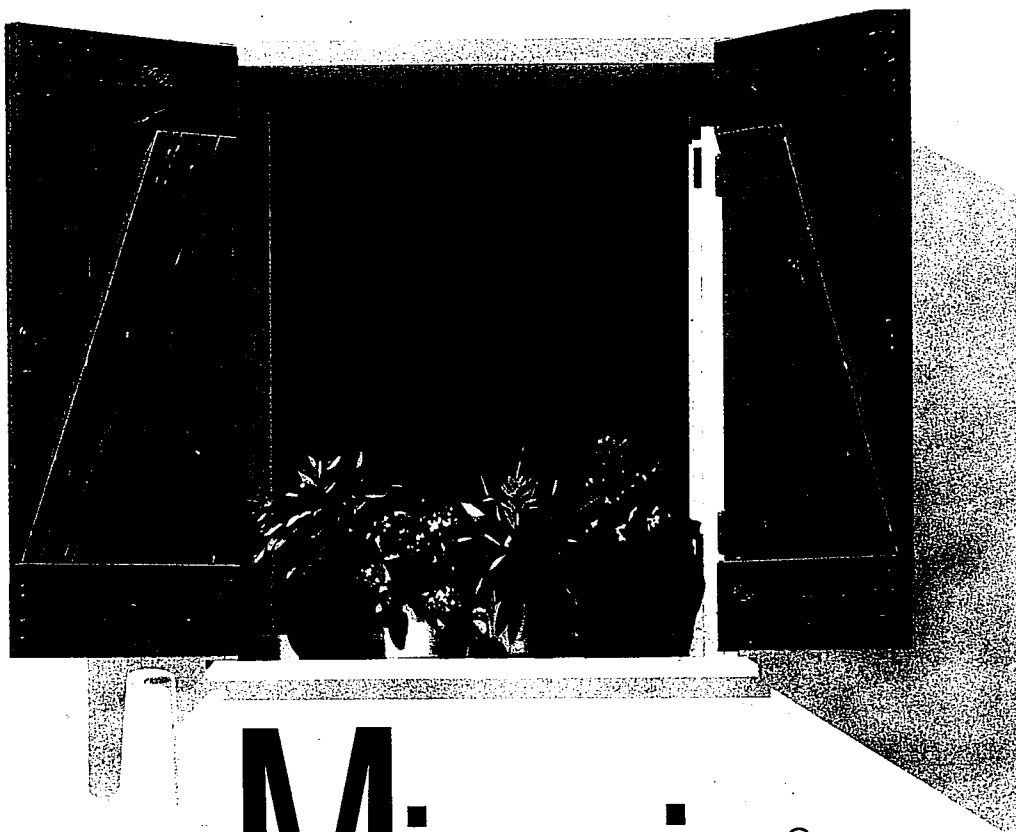
RODWELL, M.K. y CHAMBERS, D.E. (1992). «Primary prevention of child abuse: Is it really possible». Journal of Sociology and Social Welfare, 19(3), 159-176.

ROTHERY, M. y CAMERON, G. (Eds.). (1990). «Child maltreatment: Expanding our concept of helping». Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

ROUSSEY, M., BELLEC, S., DELAHAYE, M., JOUBERT, H., RAMEE, M.T., OLLIVIER, F.N., GIRAUD, J.R. (1994). «Assisting psychosocially distressed mothers-to-be: Primary prevention of child abuse». Child Abuse and Neglect, 17(5), 687-690.

SCOTT, D. (1992). «Early identification of maternal depression as a strategy in the prevention of child abuse». Child Abuse and Neglect, 16(3), 345-358.

- SEITZ, V., ROSENBAUM, L., y APFEL, N. (1985). «Effects of a family support intervention: A ten year follow-up». Special Issue: Family Development. Child Development, 56(2), 376-391.
- SEITZ, V., APFEL, N., y ROSENBAUM, L. (1991). «Effects of an Intervention Program for Pregnant Adolescents: Educational Outcomes at Two Years Postpartum». American Journal of Community Psychology, 19(6), 911-931.
- SIMEONSSON, R.J. (Ed.). (1994). «Risk, resilience & prevention: Promoting the well-being of all children». Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- TOMKINS, A.J., y KEPFIELD, S.S. (1992). «Policy responses when women use drugs during pregnancy: Using child abuse laws to combat substance abuse». En T.B. Sonderegger (Ed.), Perinatal substance abuse: Research findings and clinical implications. The John Hopkins series in environmental toxicology (pp. 306-345). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- TOWER, C.C. (1992). «The role of educators in the protection and treatment of child abuse and neglect». Washington, DC: US Department of Health & Human Services.
- VONDRA, J.L. (1990). «The community context of child abuse and neglect». Marriage and Family Review 15(1-2), 19-38.
- WANDERSMAN, L., WANDERSMAN, A., y KAHN, S. (1980). «Social Support in the transition to parenthood». Journal of Community Psychology, 8(4), 332-342.
- WEINMAN, M.L., SCHREIBER, N.B., y ROBINSON, M. (1992). «Adolescent mothers: Were there any gains in a parent education program?». Family and Community Health, 15(3), 1-10.
- WEKERLE, C., y WOLFE, D.A. (1993). «Prevention of child physical abuse and neglect: Promising new directions». Clinical Psychology Review, 13(6), 501-540.
- WIEDER, S., POISSON, S., LOURIE, R. y GREENSPAN, S. (1988). «Enduring gains: A five year follow-up report on the Clinical Infant Development Program». Zero to Three, 8(4), 6-11.
- WOLFE, D.A. (1987). «Child abuse prevention with at-risk parents and children». En: John, D. Burchard y Sara N. Burchard (Eds.), Prevention of delinquent Behavior. Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology, Vol 10, (pp. 160-199). Sage Publications, Inc, Beverly Hills, CA., US.
- WOLFE, D.A., EDWARDS, B., MANION, I., y KOVEROLA, C. (1988). «Early Intervention for Parents At Risk of Child Abuse and Neglect: A Preliminary Investigation». Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(1), 40-47.
- WOLFE, D.A., WEKERLE, C. y MCGEE, R. (1992). «Developmental disparities of abused children: Directions for prevention». En R.D. Peters, R.J. McMahon, y V.L. Quinsey (Eds.). Aggression and violence Throughout the life span (pp. 31-51). Newbury Park, CA: Sage Pub.
- WOLFE, D.A. (1993). «Prevention of child neglect: Emerging issues». Special Issue: Child Neglect. Criminal Justice and Behavior, 20(1), 90-111. 15(1), 25-30



Minurin[®] Desmopresina

Aerosol nasal 5 ml

única respuesta actual y eficaz

al tratamiento fisiológico de la enuresis nocturna

MINURIN Aerosol nasal. Desamino-8-D-Arginina-Vasopresina acetato (DDAVP), es una sustancia sintética análoga a la hormona antidiurética natural, careciendo de actividad presora y de efectos secundarios, además de poseer una acción antidiurética prolongada. Composición Cuantitativa: Por 100 ml Desmopresina (D.C.I.) 10 mg Excipiente c.s.p 100 ml. Un ml de solución contiene 0.1 mg de Desmopresina. Cada insuflación equivale a 10 mcg de Desmopresina. Indicações: Enuresis nocturna. Diabetes insípida. Posología: Enuresis nocturna: 10 a 40 mcg antes de acostarse (1 a 4 insuflaciones). Diabetes insípida: Adultos: 20 a 40 mcg por día (2 a 4 insuflaciones), repartido en dos dosis. Niños: 10 a 20 mcg por día (1 a 2 insuflaciones), repartido en dos dosis. Contraindicaciones: Hipersensibilidad a la Desmopresina. Precauciones: No se han descrito. Incompatibilidades: No se han descrito. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: Son muy raros. En dosificaciones muy altas puede ocurrir ligero dolor de cabeza y moderado aumento de la presión sanguínea que desaparecen cuando la dosificación se realiza correctamente. Intoxicación y su tratamiento: No se conocen casos de intoxicación. No se conoce un específico antídoto. En los posibles casos de sobredosis, la dosis debe ser reducida, disminuir la frecuencia de la administración o suprimir el medicamento de acuerdo a la seriedad de la situación. Si la considerable retención de líquido es causante de preocupación, se puede inducir diuresis con un salurético como la furosemida. Condiciones para su conservación y almacenamiento: Entre 2° y 8° C. Presentación: Un frasco-aerosol de 5 ml. P.V.P. (IVA): 5.215 Ptas.

FERRING

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

Ferring, s.a.
Pº de la Habana, 15 28036 Madrid.
Tel. 91/564.26.33. Fax 91/563.02.17

ferring

ABUSO SEXUAL INFANTIL: UN RETO PARA TODOS LOS PROFESIONALES¹

CHILD SEXUAL ABUSE: A CHALLENGE
FOR ALL PROFESSIONALS

JOSE MANUEL ALONSO VAREA

*Psicólogo. Equip d'Atenció a la Infancia i Adolescència (EAIA)
Ciutat Vella -Raval-. Ajuntament de Barcelona.*

RESUMEN

Este artículo, realizado desde la perspectiva de un equipo de protección a la infancia y adolescencia, trata sobre:

- a) El **perfil de las situaciones** de abuso sexual infantil, en el Estado Español y en un distrito de la ciudad de Barcelona.
- b) Algunas premisas sobre el **proceso de intervención** con estas situaciones, algunas dificultades y propuestas concretas. Algunas de estas propuestas tratan sobre: la **notificación**, el **acordar conceptos y criterios operativos**, el elaborar guías para la **evaluación psico-social** de situaciones de abuso sexual infantil, la creación de un **Equipo de Prevención y Tratamiento** específico, el papel de la **red pública de atención** en salud mental infantil y de adultos, los **procedimientos judiciales**, el **estudio**, la **oferta formativa** y las **experiencias preventivas** piloto sobre este tipo de maltrato.

ABSTRACT

This article, written from the perspective of a professional team for the protection of children and teenagers, approaches:

- a) The **profile of child sexual abuse situations** in Spain and in a specific area of the city of Barcelona.
- b) Some **principles about the intervention process**, difficulties that can be found, and specific proposals. These proposals deal with the following topics: the notification of situations of child sexual abuse, the agreement on concepts and on intervention criteria, the elaboration of guides on psycho-social assessment of these situations, the establishment of a specialized team on child sexual abuse prevention and treatment, the role of the public network of adult and child mental health care, the judicial proceedings, the pilot preventive experiences on this kind of abuse, as well as research, training offer, etc.

Suele decirse que seguramente en nuestras sociedades son más los niños víctimas de diferentes formas de abuso sexual que los que sufren envenenamiento o enfermedades infecciosas. Se trata de un problema de salud pública en sentido amplio. Es posible que ahora no haya más situaciones de abuso sexual infantil que antes, pues las ha habido siempre, pero quizá actualmente se notifican y se estudian más.

La atención en Catalunya a este tipo de situaciones de abuso sexual infantil desde diferentes ámbitos y servicios es muy reciente. Los profesionales en estos temas adoptan a menudo una postura de inhibición, sin embargo, está aumentando ligeramente la sensibilización social y el interés de los profesionales para poder dar mejores respuestas.

Se suele entender por **abuso sexual** en la infancia (en adelante ASI) la implicación de niños y adolescentes en actividades sexuales que no comprenden plenamente, para las que no están preparados por su desarrollo, para las cuales son incapaces de dar su consentimiento informado, y que violan los tabúes sexuales de los roles familiares¹⁵. Este concepto habla de **coerción** (física, presión o engaño), de **asimetría de edad**, de **imposibilidad de elección** (el menor no puede decir no), del **abuso de poder** y del **manejo inadecuado de los deseos sexuales del adulto**, utilizando éste a los menores para satisfacer sus necesidades y afrontar sus conflictos.

La dinámica relacional abusiva tiene diferentes características ya se trate de incesto o de abusos extrafamiliares. En varias de las referencias bibliográficas (por ejemplo: 5, 9) se pueden hallar modelos explicativos del ASI. Las diferencias profesionales sobre cómo entender el ASI no tienen tanto que ver con el modelo teórico del profesional sino con su **nivel de aceptación de los derechos de la infancia** y de un trabajo clarificador con menores y adultos en prevenir, detectar y evaluar.

Hay acuerdo entre clínicos e investigadores sobre que el hecho de ser víctima de abuso sexual durante la infancia crea un riesgo muy importante de daños significativos para la salud mental inmediatamente y/o a medio y largo plazo. Recomendamos consultar la excelente revisión de Finkelhor⁹ sobre dichas **consecuencias**. En nuestro país F. López¹³ ha encontrado dichos efectos entre las víctimas de abusos al compararlas con una muestra de personas que no habían sufrido abusos. Las víctimas tienen un mayor riesgo de huidas de casa, depresión, hospitalización psiquiátrica, suicidio, pérdida de confianza en sí mismos, abuso de alcohol y otras drogas, hostilidad hacia el otro sexo, insatisfacción o problemas sexuales, enfermedades de transmisión sexual, etc. Por todo ello, es evidente la importancia de **poder prevenir y tratar** adecuadamente a las personas que se han visto implicadas en estas relaciones, para disminuir las probabilidades de repetición transgeneracional del abuso sexual.

A) ALGUNOS DATOS SOBRE EL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Incidencia en el Estado Español

Sólo se ha realizado un estudio estatal riguroso sobre el tema¹³ en el cual se ha hallado que un 19% de los adultos encuestados dijeron haber sido víctimas de abuso sexual antes de los 17 años². Esta frecuencia es similar a la encontrada en países anglosajones y a la hallada en este mismo estudio en las distintas Comunidades Autónomas. Se valora este resultado como elevado pues refleja que al menos esos adultos

reconocen haber tenido este tipo de experiencia pudiendo ser la cifra real mayor.

Por sexos, el 15,2% de los hombres y el 22,5% de las mujeres han tenido este tipo de relaciones abusivas. Es preocupante el que en el 44% de los casos los abusos se repitieran, y que la mitad de la población diga conocer directamente casos de abuso sexual. Las personas que reconocieron haber sufrido en su infancia algún tipo de abuso sexual, cuando señalan la conducta más grave de las que les ocurrieron, el resultado es el siguiente:

«Caricias»	51,6%
«Exhibicionismo»	15,7%
«Masturbación»	9,8%
«Intento de coito vaginal» (3,6%) «Coito vaginal» (2,9%)	6,5%
«Sexo oral»	6,2%
«Proposiciones de actividad sexual»	6,2%
«Intento de coito anal» (1,1%) «Coito anal» (1,8%)	2,9%

Respecto a la relación de las víctimas con los agresores, éstas señalaron:

«Alguien desconocido»	42,5%
«Alguien conocido sin relación especial»	32,7%
«Con algún tipo de parentesco familiar»	11,3%
«Amigos de la familia»	8,3%
«Educadores, religiosos»	4,7%

Situaciones de abuso sexual infantil atendidas por un EAIA

Los Equipos d'Atenció a la Infància i Adolescència (EAIA) en alto riesgo social se ocupan de la protección a la infancia desde el sistema de bienestar social. Están compuestos, como mí-

nimo, por psicólogo/a, pedagogo/a, y asistente social, estando territorializados, es decir, situados en casi cada distrito de Barcelona y en cada ciudad grande o comarca de Catalunya. Son los equipos encargados de valorar las situaciones de alto riesgo social, maltrato, abandono y abusos. Tras esa va-

loración se proponen, si son necesarias, las medidas técnicas y administrativas (guarda, declaración de desamparo, tutela, acogida en centro o en familia) más adecuadas en base al interés del menor, estando igualmente encargados de conseguir que todas estas medidas se lleven a cabo. La protección inmediata del menor cuando convenga y el máximo soporte posible a su núcleo familiar, tanto para evitar la separación como para conseguir el retorno si ésta se ha producido, son dos premisas básicas de estos equipos³.

No se han elaborado estadísticas sobre la incidencia del abuso sexual infantil entre toda la población atendida por estos equipos. Por ello nos centraremos en las situaciones detectadas desde el EAIA de Ciutat Vella. Desde 1990 hemos encontrado al menos 60 menores (algo más del 10% de todos los menores que nos han sido derivados) que han vivido situaciones de abuso sexual infantil con contacto físico (no incluimos exhibicionismo ni proposiciones). Señalaremos algunas características de estas situaciones:

- El 75% de todas las situaciones de ASI detectadas correspondían a menores entre 6 y 15 años. En esta franja de edad encontramos el mismo número de niños que de niñas. La mayor parte de casos dudosos de posible abuso sexual se daban antes de los 5 años. Ello puede ser atribuible a la mayor dificultad, si cabe, de la evaluación en estas edades.
- La tercera parte de los niños/as abusados/as tenían hermanos/as que también habían sufrido dicha situación. Generalmente se había producido junto con el ASI otras formas de maltrato o abandono (físico o emocional).
- Al contrario de lo encontrado en la población en general¹⁴, y debido a las características de la población que llega a un equipo oficial de protección infantil: a) el abusador, en más de la mitad de las situaciones, era el padre o el padrastro o el tío. El porcentaje de abusadores totalmente desconocidos para el menor era insignificante. b) La mayor parte de situaciones de abuso sexual eran de tocamientos, masturbación o penetración, siendo menos frecuentes las formas leves: sólo proposición verbal o exhibicionismo.
- Las formas en que suelen detectarse los ASI en un EAIA son por orden de mayor a menor volumen de notificación:
 - a) Derivación a través de cuerpos policiales en donde el/la menor, otra persona o los propios policías han hecho denuncia.
 - b) El EAIA lo descubre durante un proceso de valoración donde no se suponía previamente que podía estarse produciendo una relación abusiva. A veces, finalizada la valoración, y habiéndose optado por el ingreso del menor en un centro residencial o fami-

lia de acogida, se producen situaciones de abuso sexual durante los contactos del menor con sus familiares.

- c) Derivación por otros servicios que han detectado el abuso sexual y que piden al EAIA su confirmación a través de una valoración en profundidad.
- La violencia hacia la infancia, incluyendo evidentemente el abuso sexual infantil, se produce en todas las clases sociales, sin embargo, en un contexto de gran desigualdad social y carencias (familiares, sociales, educativas, económicas,...) el niño tiene más posibilidades de llegar a ser el «chivo expiatorio» de los conflictos intra y extrafamiliares de sus padres o cuidadores⁵ y debido a una menor protección por parte de su entorno puede ser más objeto de abusos extrafamiliares por abusadores regresivos (que también sienten atracción por adultos) o por abusadores obsesivos (pederastas). Estos últimos están especializados en relacionarse con el menor, en entrar en su mundo, y en realizar abuso sexual, pudiendo llegar a mantener relaciones con docenas de menores. Estos adultos tienen un pronóstico muy negativo.
- Debido al alto grado de deterioro de los adultos que atendemos y a la ausencia de recursos específicos de ayuda y su no potenciación por el ámbito jurídico-legal, es escasa la re-

habilitación de abusadores intra y extra-familiares una vez que se ha denunciado.

B) EL PROCESO DE INTERVENCIÓN SOBRE ESTAS SITUACIONES

Describiremos, algunas **premisas y recomendaciones** a tener en cuenta en las fases del proceso de atención, y algunas de las **dificultades** con las que se encuentran los EAIA y otros profesionales (trabajando en equipo o solos) en dicha intervención con situaciones de ASI. Para cada una de esas fases se señalan **propuestas** para mejorar la intervención en Catalunya, pero podrían ser en gran medida aplicables al resto del Estado español. Muchas de éstas son igualmente válidas para la mejora de la intervención profesional ante otras formas de maltrato. Algunas de ellas van teniendo una progresiva aceptación en diferentes sectores profesionales.

Dos hechos pueden explicar algunas de las dificultades que se señalan a lo largo de este artículo: la reciente importancia que se le da socialmente al tema, y la reciente implantación de nuestro modelo de protección a la infancia. **Tenemos pendiente en el Estado Español establecer un modelo coherente y global de atención a las situaciones de abuso sexual infantil.** Hay poca detección, insuficiente evaluación, tratamiento casi exclusivamente penal, habiéndose de avanzar mucho en el estudio, la formación y la prevención educativa.

DETECCION

Algunas premisas:

- La detección y la manifestación de la experiencia del abuso sexual es preferible a que ésta permanezca en secreto, pues suponen mayores posibilidades de resultados positivos para el niño⁹.
- Al ser en gran medida el tema de los abusos sexuales tabú es difícil que los niños expresen el problema que están padeciendo. Es por ello que los profesionales que están en contacto con el mundo infantil han de **prestar atención a los indicadores** que puedan sugerir la existencia de un posible ASI e intervengan en defensa de las posibles víctimas notificando la detección con cuidado y rigor.

Algunas dificultades:

- Como cabría esperar los EAIA, en su trabajo con otros profesionales de los ámbitos de la educación, salud, salud mental, servicios sociales y justicia, encuentran a menudo en éstos **creencias erróneas**, existentes también entre la población en general y en responsables políticos. Estas creencias contribuyen a ocultar el problema y a tranquilizar a quienes no desean afrontarlo, y en consecuencia a culpabilizar a la víctima al no concederle credibilidad¹³. Algunas de estas creencias son:

«Los abusos sexuales no existen o son muy infrecuentes». Es más

fácil ignorarlos o no aceptarlos como posibles que aceptar que han sucedido.

«Sólo ocurren en ambientes sociales muy especiales, asociándolos a pobreza, baja cultura, etc.». «Si los abusos sexuales ocurrieran en nuestro entorno inmediato nos enteraríamos». Existe mucha resistencia a poder pensar que el abusador pueda pertenecer al núcleo familiar o que pueda ser un conocido (vecino, educador, etc.).

«Los niños cuando nos cuentan haber sufrido abuso sexual no dicen la verdad o están fantaseando». «El ASI sólo supone gravedad si hay penetración». «Los ASI son práctica habitual en algunas familias, siendo «lo normal» para esos menores, por lo cual es mejor no intervenir».

- Se suelen confundir los efectos que ha producido el abuso sexual infantil en el menor con las causas reales. Así, si el menor miente, roba, se fuga, etc., se tiende a explicar que la situación de abuso que reporta el menor está causado por su manera de ser (síntomas del abuso) en lugar de pensar que el abuso es el que puede haberlos producido.
- Otras causas por las que no se suelen notificar estas situaciones por trabajadores sociales, maestros, psicólogos, médicos, etc., son: dificultad de acercarse a la realidad del

niño, ineficacia por sentirse desbordado por el trabajo, no tener certeza, miedo a represalias, no saber como dirigir la ayuda, desconocimiento de la obligación legal de notificar, escasa confianza en los profesionales que a partir de entonces también entrarán en el caso.

Sobre los aspectos deontológicos de la notificación se ha de recordar que «(...) todos y en especial quien por razón de su profesión tenga conocimiento de la existencia de cualquier forma de maltrato a menores, ha de ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial o del organismo competente, el cual ha de garantizar la reserva absoluta y el anonimato del comunicante» (artículo 2.3 de la Llei 37/91 del Parlament de Catalunya sobre medidas de protección de los menores...). En esta línea los códigos deontológicos de los Colegios Profesionales más relacionados con este tipo de atención son favorables a dicha notificación (por ejemplo 7, 8).

PROPUESTA 1: *Las Administraciones Públicas, sobre todo, han de informar adecuadamente a los ciudadanos en general y a los profesionales en particular sobre, p.e.: la Convención de la ONU sobre Derechos de la Infancia, y los aspectos principales de las leyes estatales y autonómicas sobre infancia.*

Ante el no cumplimiento sistemático de los Códigos Deontológicos, los Colegios Profesionales habrían de trabajar con sus asociados la necesidad de notificación, y de asesorarse en caso de duda

sobre si se ha producido abuso, como formas de cumplir con sus obligaciones legales y deontológicas profesionales.

Se ha de recordar a los profesionales que la legislación sobre derechos de los menores y atención a los mismos no es válida sólo para los equipos de protección infantil sino para todos los profesionales.

Muchas veces en función de si un menor llega a uno u otro tipo de equipo especializado en infancia se dan diferentes tipos de (no) intervenciones de detección y tratamiento de víctimas y abusadores. La **Comisión Interdepartamental para la coordinación de actuaciones de la Administración de la Generalitat dirigidas a niños u adolescentes con disminución o en situación de riesgo** que fue creada en 1993 para lograr unidad de criterios y mayor eficacia puede tener un papel importante en la atención al ASI. Está integrada por los Departamentos de Bienestar Social, Sanitat y Ensenyament que tienen funciones, competencias y más de 200 equipos especializados en atención a infancia y adolescencia.

PROPUESTA 2: *Debido a la poca definición institucional que estimule la profundización en temas de abuso sexual infantil sería muy importante que a través de los mecanismos creados por dicha Comisión los tres departamentos citados, y por extensión los equipos especializados que de ellos dependen, llegaran a acuerdos conceptuales y a criterios operativos de actuación ante este tipo de situaciones de ASI.*

Especialmente recomendable sería acordar criterios sobre notificación, derivación, información escrita, evaluación, tratamiento; así como la coordinación entre el Programa de Salud Mental (infantil y adultos) del Departament de Sanitat y la Direcció General de Atenció a la Infància (DGAI) del Departament de Benestar Social.

Al no denunciar los profesionales la relación abusiva en la que está inmerso un menor hay un riesgo de alianzas entre ellos y los adultos abusadores o familiares de los mismos, especialmente perjudicial para los menores. Al pensar que sólo con la intervención terapéutica se podrá frenar el abuso se cae a veces en: la omnipotencia de lo terapéutico, en ver al niño como recurso terapéutico del adulto, en mayor protección del adulto y menor al niño/a, y la descalificación de la justicia y de la administración de protección de menores. ¿Qué se hace en esos casos cuando fracasa la intervención? Generalmente no notificar, siguiéndose produciendo la relación abusiva. El menor probablemente no volverá a señalarlo en el futuro pues decirlo no le ha servido para que se acabara.

PROPUESTA 3: No se ha de trabajar aislados. La intervención eficaz en ASI requiere especialmente: cooperación y confianza interdisciplinar e interinstitucional, así como compartir información, decisiones y responsabilidad. Siempre hay el recurso a la denuncia judicial, pero si por las razones que fuesen no se opta por dicha vía, se ha de notificar por vía administrativa al organismo público de protec-

*ción (DGAI en Catalunya) o a sus equipos (EAIA). Los profesionales de los EAIA que ya cuentan con tres disciplinas junto con los médicos, abogados, fiscales y los profesionales que han detectado el caso han de **decidir la estrategia concreta de intervención**: separación o no del menor, denuncia judicial, etc., en función, entre otros, de la gravedad de los hechos y de la respuesta que ha tenido la familia: reconocimiento de los hechos y aceptación de la ayuda profesional. Si la evolución familiar es negativa se hace imprescindible la intervención judicial.*

Ha de quedar lo más claro posible el contexto profesional de intervención.

EVALUACION

Algunas premisas y recomendaciones:

- Las **evaluaciones psico-sociales** son un proceso sistemático de recogida de información y de elaboración de opiniones profesionales acerca del tipo de manifestaciones, conductas y otras evidencias que basan la sospecha de un posible ASI. Los resultados de dichas evaluaciones pueden ser utilizados para ayudar en la toma de decisiones legales y dirigir la planificación del tratamiento, pudiendo tener repercusiones muy importantes para la seguridad y bienestar del niño. Es muy recomendable el uso de supervisión.
- **Dar credibilidad, apoyo y protección al menor.** Se ha señalado que aquí comienza la intervención terapéutica. La mayoría de las manifes-

taciones de los niños/as sobre ASI son veraces. Cuando los niños se desdicen de afirmaciones anteriores sobre abusos, cosa que hacen a veces, tales desmentidos generalmente se suelen deber a presiones, miedo y tensión⁹. Las pocas veces que fabulan lo hacen por presiones de adultos o para denunciar otros problemas familiares⁵.

A continuación se señalan algunas recomendaciones de la APSCAN (American Professional Society of Child Abuse and Neglect)⁴:

- Se ha de evaluar el **funcionamiento global del niño** (lenguaje, memoria, etc.) utilizando un lenguaje y un formato de entrevista acorde con su nivel evolutivo. Se ha de entender la psicología del menor en sus diferentes edades, relacionándola con las características de la relación abusiva (seducción, secreto, amenaza, retracción, etc.). Garbarino y colaboradores (10) ofrecen múltiples recomendaciones de interés.
- La **observación de entrevistas** por parte de profesionales implicados en el caso (fiscales, jueces, servicios de protección infantil, etc.) puede ser aconsejable si reduce la necesidad de entrevistas adicionales. Es recomendable, cuando hay acuerdo por parte del profesional, disponibilidad logística y consideraciones clínicas que lo avalen, la grabación en audio o en video de la entrevista. En caso de no grabación se han

de detallar en el informe citas textuales de algunas preguntas y respuestas (verbales y no verbales) más significativas relativas al posible abuso sexual.

Tanto si las entrevistas son observadas como si son grabadas el niño ha de ser informado de ello y es deseable obtener el acuerdo escrito de él y de su responsable legal.

- Siempre que sea posible se ha de **entrevistar** primero al cuidador principal para recoger información básica sobre la historia familiar. El niño ha de ser visto individualmente en las primeras entrevistas, salvo cuando se niegue a separarse de su cuidador.

Se recomienda un máximo de seis sesiones para la realización de la evaluación. Si el niño no revela el abuso sexual y el evaluador sigue teniendo sospechas de que éste se ha producido, el niño ha de ser remitido a evaluación más amplia o a terapia, que son menos directivas, y se ha de recomendar que se le proteja de un posible abuso.

El niño ha de ser preguntado directamente sobre el posible abuso en algún momento de la evaluación. No se debe pedir a un niño que reafirme sus manifestaciones sobre el abuso en presencia de un sujeto acusado de haberlo cometido. El niño ha de tener a su disposición instrumentos para ayudarlo a comunicarse: dibujos, juguetes, muñecos, marionetas, etc.

- En los **informes** el evaluador debe referirse directamente a si el abuso ha ocurrido o no, o puede decir que la conducta y manifestaciones verbales de un niño son consistentes o inconsistentes con el abuso. Las opiniones relativas a si el abuso ha ocurrido o no, deben incluir información que los apoye (p.e.: manifestaciones, conducta o síntomas psicológicos del niño y/o del sujeto acusado). Se deben señalar posibles explicaciones alternativas y justificar su exclusión.

PROPUESTA 4: Al igual que en otros países sería adecuado que desde instituciones (como la Comisión Interdepartamental citada), colegios profesionales o asociaciones de profesionales que trabajan estos temas, se elaboraran guías para la evaluación y tratamiento de estas situaciones con criterios amplios que faciliten el acuerdo entre profesionales de un mismo ámbito y de ámbitos diferentes. Este tipo de guías pueden reflejar el consenso sobre la evaluación psico-social de sospechas de abuso sexual infantil manteniendo la flexibilidad para la intervención en cada situación concreta. Algunos de los aspectos que pueden contemplar estas guías son: características del evaluador, componentes de la evaluación, metodología de entrevistas con adultos y niños, conclusiones, informes y terapias.

TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

Estamos pasando poco a poco de modelos centrados sólo en la separación a otros centrados en la comprensión e

intento de recuperación del núcleo convivencial del menor. Nuestra legislación condena al agresor sexual con penas de cárcel no existiendo la alternativa de tratamiento terapéutico. Existen estudios norteamericanos¹⁴ que han mostrado que de las cuatro alternativas penales al delito de abuso sexual: prisión con o sin tratamiento terapéutico, libertad provisional con o sin tratamiento terapéutico, son las opciones que incluyeron tratamiento las que dieron mejores resultados en el cambio de conducta del agresor.

Algunas premisas:

- **Parar la dinámica del abuso sexual** y prevenir para que no vuelva a ocurrir. Desvelar el secreto en las mejores condiciones para el menor. Se ha de proteger al menor de todos los intentos de diferentes miembros de la familia para que se retracte de la situación de abuso divulgada⁵. En muy pocos casos se puede lograr que el abusador salga judicialmente o por propia decisión. La situación más frecuente, en caso de incesto, es que la seguridad del menor (física y psicológica) no pueda ser totalmente garantizada por lo cual se le ha de separar provisionalmente.
- **Todos los miembros de la familia necesitan apoyo y tratamiento.** Un tratamiento intensivo puede ayudar a muchas familias con problemas de abuso y abandono infantil. Hijos y padres necesitan tratamiento tanto

separados como juntos. «Las posibilidades terapéuticas de una familia abusiva comienzan y deben mantenerse a través del desarrollo de una situación de crisis que impida a la familia reestructurarse alrededor de la descalificación de la víctima o la minimización o negación de los hechos abusivos. A partir de esa situación de desorden se deben crear las condiciones para un reordenamiento que respete los derechos de cada uno»⁵.

- Cualquier comportamiento transgresivo por parte de los **profesionales**, ya sea por un exceso de intervención o por falta de ella, no hace más que potenciar las fuerzas destructivas y el riesgo de impunidad para los adultos abusadores y maltratantes⁵.

A) CLINICO

Los equipos de salud mental suelen trabajar con las «demandas espontáneas», por lo cual pensamos que se han de familiarizar más con la realización de «tratamientos obligados» a los cuales la familia acude por la presión de los equipos de la Administración pública competente en protección de menores o de los jueces y no tanto porque pidan respuestas a un problema autodefinido por ellos. En estos últimos tratamientos mediante «la redefinición de la naturaleza del contrato terapéutico, la aceptación de la realidad de una terapia sin confianza y el desarrollo de formas de cooperación en ausencia de

un acuerdo, es posible asistir a familias y agencias de protección social moviéndolos desde un contexto adverso hacia otro de resolución del problema»¹.

PROPUESTA 5: La red pública de atención en salud mental infantil y a adultos ha de poder asumir mejor este tipo de tratamientos, aumentando su formación especializada en ASI y siguiendo criterios interdepartamentales (ver propuesta 2).

PROPUESTA 6: Paralelamente a lo anterior y sin ánimo de sustituir a la red de salud mental, sería interesante la creación, con carácter piloto, de un Equipo de Prevención y Tratamiento terapéutico específico para situaciones de abuso sexual infantil^{12, 14}.

A demás, la creación de este equipo supondría un avance en cuanto al reconocimiento social del tema, una provisión de ayuda específica para algunas familias, una fuente de aportaciones de técnicas y criterios para el resto de la red de atención a menores, y coordinación de las iniciativas que se pongan en marcha desde diferentes instituciones y entidades. Podría sentar precedentes asumiendo tratamientos indicados por los jueces, y habría de poder ofrecer ayuda a abusadores con penas de prisión y con indicios de recuperabilidad.

B) JUDICIAL/LEGISLATIVO

Cuanto más vulnerable sea una persona ante el sistema legal mayores han

de ser los mecanismos de salvaguardia para esa persona en su relación con dicho sistema.

PROPUESTA 7: Los tribunales han de ser un medio adecuado para el testimonio infantil. En esta línea los procedimientos han de dar un trato más adecuado a las necesidades, desarrollo del menor, sus sentimientos e intimidad (p.e.: a veces se miran más las posibles contradicciones de los menores, sin entender a qué pueden responder, más que las de los adultos abusadores). Ultimamente se va realizando alguna mejora en este sentido.

Los procesos judiciales sobre estos delitos han de ser ágiles y consecutivos a la denuncia de los hechos. Se ha señalado la necesidad de mayor especialización, al igual que otros profesionales, de los jueces de familia en situaciones de vulneración de derechos de la infancia¹².

PROPUESTA 8: En la obtención de pruebas se ha de prevenir la posibilidad de realizar un maltrato institucional que la propia acción judicial pueda comportar al exigir al niño rememorar la situación de abuso y verse afectado por las sucesivas declaraciones y exploraciones médicas que se le solicitan en la presencia de adultos desconocidos o enfrentándolo con el propio abusador en diligencias de careos. Igualmente, «la agresividad de la defensa del abusador puede reforzar la amenaza y coacción del abusador y provocar la indefensión del menor, lo cual conlleva muchas veces la injusta retirada de los cargos y la negación de los hechos denunciados previamente»⁶.

Sería necesario dotar al ámbito judicial de los recursos técnicos necesarios, y que éstos fueran utilizados, en general y salvo excepciones en los procedimientos para impedir victimizar aún más al menor durante el proceso judicial. Recursos como: salas con espejos unidireccionales, circuitos cerrados de TV o el propio desplazamiento de jueces o fiscales al lugar donde se encuentre internado el menor².

PROPUESTA 9: Se habría de discutir por los Colegios Profesionales, asociaciones, etc. el proyecto del nuevo Código Penal, y el que éste pudiera contemplar la posibilidad de que en determinados casos de ASI (p.e.: si no ha sido de mucha gravedad, si ha ocurrido por primera vez, si hay reconocimiento por el abusador, etc.) se pudiera dar opción entre un tratamiento obligatorio con libertad provisional o el ingreso en prisión, y en otros casos prisión con tratamiento obligatorio, como se viene haciendo en otros países culturalmente cercanos al nuestro. Mientras tanto se podrían dar casos de jurisprudencia en ese sentido.

Cuando se juzgan casos de abusos habiendo pasado mucho tiempo entre la denuncia y el juicio, como sucede a veces, se podría valorar de cara a la sentencia, como en casos similares de personas con toxicomanía que se rehabilitan, el reconocimiento del delito, el tratamiento realizado y la evolución favorable del mismo valorada por diferentes peritos, no sólo por los que hayan tratado al abusador y a su núcleo familiar.

La puesta en práctica de estas propuestas de tratamiento clínico y judicial podría facilitar el aumento de notificaciones al saber el profesional que notifica la situación abusiva la posibilidad real de tratamiento para el agresor.

ESTUDIO, FORMACION Y PREVENCIÓN

PROPUESTA 10: Realizar en el ámbito de las diferentes Comunidades Autónomas estudios sobre la población infantil atendida con problemas de este tipo, evaluación de la atención que se dio a estos menores y a sus familias, así como estudios más detallados que los realizados a nivel estatal sobre incidencia del fenómeno del abuso sexual.

PROPUESTA 11: Hay coincidencia en señalar la necesidad de aumentar la oferta formativa sobre abuso sexual infantil para todos los profesionales (educación, salud, salud mental, servicios sociales, policía y justicia) que pueden relacionarse con cierta intensidad con víctimas de ASI y con los adultos de dichas familias. De forma prioritaria se habría de comenzar por los profesionales de los equipos especializados en infancia y por los que trabajan en centros residenciales de atención a menores.

Paralelamente a la formación, los seis ámbitos profesionales señalados necesitan **intercambiar más información entre ellos**. Los que trabajamos en la intervención psico-social hemos de conocer mejor el tratamiento legal

y judicial, y, a su vez, fiscales, abogados y jueces han de familiarizarse más con las etapas del desarrollo infantil, las dinámicas relacionales del ASI y las técnicas de exploración más eficaces.

Hay experiencias interesantes, en varios países desde hace años, de prevención educativa del ASI como para poder valorar los riesgos que pueden tener dichos programas así como para poder evitarlos en gran medida. Los estudios de evaluación de programas de prevención del abuso sexual concluyen que: los niños aprenden los conceptos de prevención que los programas enseñan, saben que tienen derecho a rechazar esas acciones y que lo pueden contar a alguien, ayudando estos programas a que los niños que lo han sufrido o lo están sufriendo lo revelen.

El marco legal de creación de los EAIA hace referencia numerosas veces a la prevención de situaciones de alto riesgo social para los menores. En la actualidad y con la experiencia que han acumulado los EAIA, éstos cuentan con profesionales de diferentes disciplinas preparados para poder impulsar dichas tareas relegadas a un último plano en la actualidad.

En Catalunya no se han elaborado todavía programas, materiales y actividades de prevención del ASI. El programa de Educación para la Salud en la escuela de los Dep. de Ensenyament

y de Sanitat de la Generalitat¹¹ habría de subsanar en el futuro estas significativas ausencias. La escuela podría ser el lugar más idóneo para que se desarrollen programas de educación sexual dirigidos a niños, padres y maestros. La reforma educativa ha incluido formalmente la educación sexual en los distintos ciclos educativos. Dentro de ésta se podría tratar sobre cómo evitar el abuso sexual dentro de una visión positiva de la sexualidad explicando el concepto de abuso sexual, potenciando el respeto al propio cuerpo por parte de los demás, el derecho a decir no a contactos incorrectos, y el saberlo comunicar si ha ocurrido.

PROPUESTA 12: Los Departamentos de Bienestar Social (básicamente a través de los EAIA de la DGAI), Ensenyament y Sanitat pueden impulsar experiencias piloto de tipo educativo de prevención del ASI, apoyándolas para que se puedan realizar por las escuelas motivadas con la colaboración de los equipos especializados de cada territorio.

Para finalizar, pienso que «existe el reto de que seamos capaces de plantear este tema con objetividad, serenidad y eficacia, sin perder la riqueza social que supone la interacción abierta y confiada entre los adultos y los niños, y sin volver a interiorizar miedos hacia la sexualidad»¹³ que tanto le está costando superar a nuestra cultura.

BIBLIOGRAFIA

1. ACKERMAN, F. y otros: «El cliente involuntario: evitando la 'terapia-comosi'». *Revista Sistemas Familiares*, abril 1993, págs. 9-14.
2. ADIMA (Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato): «*Guía de atención al Maltrato Infantil*». 1993. 351 págs.
3. ALONSO VAREA, J.M.: «*Servicios Sociales Especializados en Infancia*». RTS (Revista de Treball Social), n.º 132 (1993) págs. 97-108.
4. APSCAN (American Professional Society of Child Abuse and Neglect): «*Guías para la evaluación psico-social de sospechas de abuso sexual a niños pequeños*». 8 págs. Traducido por AVAIM (Asociación Vasca de Ayuda a la Infancia Maltratada).
5. BARUDY, J.: «*Dictaduras familiares, maltrato infantil e incesto*» y «*El enfoque sistémico del maltrato infantil: una intervención alternativa a la violencia*» ambos trabajos publicados en *II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada* (Vitoria, 1991), editado por el Gobierno Vasco 1993, págs. 159-187 y 341-364.
6. CASAL DELS INFANTS DEL RAYAL: Documento presentado a las «Jornades sobre joventut i nova violència urbana». Barcelona 1994.

7. COL·LEGI OFICIAL DE PSICO·LEGS: «Codi Deontològic». 1989.

8. COL·LEGI OFICIAL DE DIPLO·MATS EN TREBALL SOCIAL I AS·SISTENTS SOCIALS DE CATALUN·YA: «Codi d'ètica dels assistents so·cials». 1989.

9. FINKELHOR, D.: «Abuso sexual: anà·lisis de los conocimientos actuales» y «Eva·luación de programas de prevención del abuso sexual: problemas e investigaciones» en *II Congreso...* 1993, págs. 205-219 y 401-431.

10. GARBARINO, J. y otros: «Lo que nos pueden decir los niños». Ministerio de Asuntos Sociales. 1993.

11. GENERALITAT DE CATALUN·YA. DEP. ENSENYAMENT/DEP. SA·NITAT: «Educació per a la salut a

l'escola. Orientacions i programes». Barcelona, 1984.

12. ID. DEP. BENESTAR SOCIAL: «Conclusions de les Jornades sobre la Pre·venció per al Benestar Social de la Infancia». Barcelona, 1994.

13. LOPEZ, F.: «Abusos sexuales a me·nores. Lo que recuerdan de mayores». Ministerio de Asuntos Sociales. Ma·drid, 1994.

14. NOGUEROL, V.: «Programas de Prevención» en *III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. págs. 127-135. Madrid, 1993.

15. SCHETER, M./ROBERGE, L.: «Sexual exploitation» en HELFER, R./KEMPE, C.: «Child abuse and neglect. The family and the community». Cambridge Mass, 1976.

⁽¹⁾ Este artículo es un resumen de una ponencia presentada a las «Jornades Internacionals de Serveis Socials», organizadas por la Generalitat de Catalunya. Barcelona, enero 1995.

⁽²⁾ La definición de ASI que se realizó en este estudio era: entender por menor hasta los 16 años inclusive, que el agresor tuviera 5 años más que la víctima o haberse servido de violencia o amenazas físicas. En el caso del exhibicionismo sólo se incluía si la víctima y el exhibicionista se encontraban solos.

IMPLICACION DEL SISTEMA LEGAL EN EL ABUSO SEXUAL INFANTIL: UN SACO LLENO DE PREGUNTAS, DILEMAS Y FRUSTRACIONES

THE INVOLVEMENT OF THE JUDICIAL SYSTEM IN CHILD SEXUAL ABUSE: A BAG FULL OF QUESTIONS, DILEMMAS AND FRUSTRATIONS

VICTORIA NOGUEROL

INTRODUCCION

Las consecuencias del abuso sexual infantil pueden ser devastadoras para la víctima, no sólo por la experiencia del abuso en sí mismo, sino también por las consecuencias del propio proceso judicial, cuando el caso es investigado y juzgado: los procedimientos burocráticos, las traumáticas entrevistas, la frustrante incredulidad de los profesionales implicados, la sorprendente carencia de protección para los niños incluso durante el proceso judicial y, consecuentemente, la intolerable alta frecuencia de reabusos.

La manera en que nuestra sociedad trata el abuso sexual infantil aumenta la rabia y los sentimientos de indefensión que muchos sentimos cuando nos enfrentamos a él.

Los problemas que se encuentran las víctimas (y profesionales) durante el proceso judicial se ilustrarán a través de un caso clínico que resume muchas de las experiencias de la autora en su

trabajo con casos de abuso sexual infantil. También conectará el problema en el contexto de la literatura internacional sobre el abuso sexual y ofrecerá reflexiones sobre cómo mejorar las formas de intervención judicial en el abuso sexual infantil.

ABSTRACT

The consequences of child sexual abuse can be absolutely devastating for the victim, not only because of the experience of the sexual abuse in itself but also because of the consequences of the judicial process when a case is actually investigated and prosecuted: the bureaucratic procedures, the painful interviews, the hurtful disbelief of professionals involved, the surprising lack of protection for the children even during the judicial process and consequently the unacceptably high frequency of reabuse. The shortcomings of the way our society deals with child sexual abuse increases the rage and the feelings of helplessness which many feel when confronted with it.

The problems faced by victims (and professionals) when going through the judicial process will be illustrated by a fictitious case report which comprises many of the experiences of the author while working on cases of child sexual abuse. The autor also puts the problems touched upon in the context of the international literature on the subject and offers suggestions as to how to improve the judicial ways to intervene in child sexual abuse.

INFORME: MARIA JIMENEZ SANCHEZ

Doña Elena Sánchez ha sido atendida en el Centro de Psicología para realizar la evaluación y diagnóstico psicológico de su hija María Jiménez ante la posible sospecha de abusos sexuales por parte de su padre. La demanda inicial de consulta vino motivada por el comportamiento observado en su hija que se manifestaba en pesadillas y trastornos del sueño, lenguaje sexualizado, miedo al padre, agresividad hacia la madre así como el comprobar la existencia de semen en la vulva y en las sábanas de la cama de María quien no había contado nada a su madre.

Elena Sánchez tiene 33 años, es decoradora y está casada con Juan Jiménez, de 35 años y profesor de Universidad. Tienen una única hija, María, nacida de un embarazo y parto normales hace 6 años. Sufrió las enfermedades propias de la infancia y no ha habido accidentes o enfermedades graves en su historia clínica. Tiene una buena escolarización cursando el segundo curso de educación general básica.

La vida familiar está organizada en términos de hábitos y rutinas diarias, aunque el matrimonio no mantiene una relación afectiva satisfactoria, son muchos los conflictos acumulados desde que se casaron sin entusiasmo hace ocho años, siendo frecuentes, desde el principio, las discusiones y peleas conyugales así como castigos inapropiados a su hija María.

Elena sospechaba que su marido pudiera abusar sexualmente de su hija pero no se lo quería creer, pensaba que pudiera ser fruto de su imaginación. Había aprendido a echarse la culpa de lo que pasaba desde muy pequeña. Su padre siempre la culpaba por todo lo que sucedía y su madre nunca la defendía frente a las acusaciones de su padre. Por tanto, el incesto también podía ser culpa suya, fruto de su imaginación. Durante su infancia se sintió desamparada, el padre era muy distante, rígido y autoritario y ella se sentía siempre insegura y demandando afecto de una madre que no se lo daba.

Cuando Elena se decidió a buscar ayuda psicológica presentaba un alto nivel de ansiedad, había descubierto semen en la vulva de su hija y esta prueba corroboraba sus dudas, largamente gestadas y siempre reprimidas, sobre un posible abuso sexual de su marido a su hija. Elena preguntó en ese momento a "María si lo que había en su culo era un supositorio que le había puesto papá", la niña no respondió.

La madre se puso en contacto con un abogado quien la desanimó por no te-

ner pruebas suficientes para la acusación. Le aseguró que si la niña no contaba lo que sucedía era preferible que no pusiera la denuncia, le podían quitar la custodia de su hija por falsas acusaciones. Elena conectó con algunas instituciones, donde le pidieron que observara bien los síntomas para estar segura antes de hacer nada. No sabe lo que tiene que hacer; aquí comienza el rosario de frustraciones.

La actitud insegura, dubitativa y extremadamente ansiosa que desde el inicio mostró la madre ha provocado una reacción negativa en su hija María, quien no se sentía protegida ni apoyada por su madre para hablar. Su actitud provocó también recelo en los abogados contratados para llevar el caso, quienes desconfiaban de la veracidad de su testimonio por la forma inconsistente y contradictoria en que se comportaba Elena, quien a veces quería continuar y a veces se arrepentía de lo que había iniciado. Dada su elevada ansiedad, Elena llamaba insistentemente a abogados y psicólogos buscando pruebas desesperadamente, actitud esta que con frecuencia provocaba el rechazo de los demás.

Abatida por la indecisión un día, fuera de todo pronóstico, Elena puso la denuncia por abusos sexuales y dado su alto nivel de ansiedad comenzó en tratamiento psicológico individual. En él apareció su propia historia infantil de incesto, la dependencia afectiva hacia su esposo, su incapacidad de proteger a su hija porque nunca nadie la protegió a ella y el miedo enorme a que pu-

dieran quitarle a su hija por no tener pruebas suficientes para tramitar la denuncia contra su marido.

La denuncia tuvo finalmente una influencia importante en la hija, quien hasta ahora no había reconocido la existencia del abuso y se tenía que enfrentar forzosamente a la difícil prueba de acusar o no a su padre, y se negó a hablar: "no pasa nada, nadie me hace nada". En este momento María no tenía apoyo psicológico y tampoco lo tenía de su madre, quien todavía se debatía en la duda de si seguir adelante o no con la denuncia. Sabía que era cierto el abuso sexual, había recogido datos suficientes pero aún quería creer que se lo podía estar inventando, aún la dependencia de su marido era muy fuerte.

La hija comenzó la terapia psicológica y en su primera sesión manifestó: "ya no vivo con papá porque hace cosas malas, no te puedo decir cuáles. Pasan cosas pero no te las puedo contar". Al cabo de varias sesiones de juego María contó que no podía hablar porque su papá la iba a matar si decía algo. Aunque no habló del incesto sí expresó claramente que no quería ir nunca más con su papá porque era malo con ella.

María no podía hablar del abuso sexual, la intensidad de las amenazas intermitentes recibidas de su padre: "te mataré, no volverás a ver a tu madre, me meterán en la cárcel", así como la falta de apoyo de su madre, la ataban irremediablemente al miedo, la rabia y al mantenimiento del secreto.

El Juez que instruyó el caso ordenó, desde la primera vista, que María mantuviera las visitas semanales con su padre, lo cual provocó un aumento de los síntomas inicialmente manifestados por María y que habían remitido el tiempo en que no vio a su padre: alteraciones del sueño, lenguaje y conducta sexualizada, agresividad, nerviosismo, así como el haber negado toda posibilidad de existencia de abuso sexual: “no ha pasado nada, me queréis liar entre todos, se me ha olvidado todo”. De hecho, cada vez que María visitaba a su padre éste abusaba sexualmente de ella y aprovechaba también para recordarle que había prometido no decir nada a nadie porque si no él iría a la cárcel. Como consecuencia de ello, María regresaba a casa y mostraba una rabia especial contra su madre: “tu no me ayudas, tu hablas mucho pero no haces nada”, la madre estaba paralizada.

Mientras, Elena se culpa por no haber reaccionado antes, por no haber notado nada durante la convivencia de matrimonio que pudiera indicar que estaba sucediendo el incesto; su marido no mostraba ningún rasgo que pudiera alertar de su conducta abusiva. Ella necesitó la terapia para confrontar sus actitudes ante el abuso sexual, ante la dependencia, ante su propio incesto para poder, posteriormente, ayudar a su hija.

Además de las enormes frustraciones que el proceso del abuso sexual en sí mismo conlleva, se añaden las aportadas por otros profesionales o Institu-

ciones implicadas en el caso, como la directora del colegio al que asiste María, quien al tener conocimiento del problema manifestó a la madre que ella dirige un colegio privado con una excelente reputación en el que nunca se ha producido un caso como éste y que por la “buena imagen” del mismo sería preferible que se llevara a su hija a otro centro escolar. En la misma línea de obstruccionismo y falta de colaboración el centro se negó, sólo inicialmente, a realizar un informe psicopedagógico solicitado por el psicólogo.

Después de un tiempo de terapia psicológica María se decidió a romper el secreto y así se animó a comunicárselo también a su profesora, le contó que su papá hacía cosas feas con ella como tocarle el culo y que ella era buena y no decía nada. La profesora consideró que parecía bastante increíble, conociendo a su padre, quizá María mintiera, por lo que le respondió que no era posible, “papá no puede hacer nada malo” y que “seguramente lo hace jugando”.

Una vez presentado el informe psicológico relatando que los síntomas presentados por María podían ser coincidentes con los mostrados por víctimas de abuso sexual así como el propio testimonio de la niña, que finalmente lo verbalizó, y una vez puesta la denuncia por la madre, el Psicólogo del Juzgado citó al padre, a la madre y a la hija para entrevista y evaluación. El informe del psicólogo del Juzgado concluía que el padre era un hombre perfectamente normal muy bien ajus-

tado, responsable y trabajador y que no existían, por tanto, razones para pensar que se pudiera producir el abuso sexual, entendiendo que el padre no supone en modo alguno riesgo potencial para el normal desarrollo y bienestar de la hija. El psicólogo del Juzgado expresó asimismo que más parecía se estuviera manipulando a la niña para satisfacer los deseos de la madre de apartar al padre de la hija y que por tanto no había existido ningún abuso sexual en la menor y sí una manipulación de la madre apoyada por el informe psicológico.

Asimismo, fue frustrante la actitud de la policía ante las entrevistas iniciales mantenidas con la madre. Fue de incredulidad; más parecía que ella estaba enamorada de su marido que acusándole de incesto, comentó el policía. Su extremo nivel de inseguridad inicial y la escasa preparación del policía en la intervención del abuso sexual hacía que éste entendiera que la madre estaba inventando el abuso. La niña se sintió avergonzada por la forma en que se desarrolló su interrogatorio en que el policía insistió en precisar los datos concretos de cómo y de qué forma se realizó el abuso sexual, lo que añadió un estrés adicional a la situación de tensión que ya estaba viviendo María.

Los repetidos interrogatorios que exigió el proceso judicial no parecían los más indicados a las necesidades de una niña de seis años, la forma en que éstos se desarrollaron hacía que María se sintiera incómoda, como si ella

tuviera la culpa o hubiera provocado lo sucedido sintiéndose insegura y desprotegida. Por todo ello, el continuar con la terapia psicológica la animaba para enfrentarse y comprender mejor el proceso judicial que estaba padeciendo.

En este caso de incesto la cuestión clave para el Juez responsable no era si había existido o no abuso sexual, sino si el padre era el responsable del abuso sexual para negarle, en este caso, el derecho de visita y para ello debía de estar convencido y las pruebas que se presentaban eran insuficientes para tomar dicha determinación. No iba a negar el derecho de visita sin tener pruebas más firmes a pesar de admitir que existía una duda razonable de que se estuviera produciendo el abuso sexual. Esta defensa de los derechos del acusado entraba en claro conflicto con los derechos de la menor, quien ante la sospecha de que el abuso sexual se podía producir necesitaba ser protegida inmediatamente para evitar que el abuso se repitiera.

El psicólogo que llevaba el tratamiento de María se tuvo que enfrentar durante el Juicio a la ya clásica y frustrante pregunta de si puede asegurar que el padre es el autor del abuso sexual, desafortunadamente esto es algo que no se puede asegurar completamente; el abuso sexual es algo que no se presencia por el profesional. No puede por tanto, dar una prueba definitiva, puede dar un criterio profesional ajustado.

El período que transcurrió de varios meses desde que se realizó la primera entrevista produjo preocupación en Elena y reforzó el sentimiento, una vez más, de que ni ella ni su hija son importantes o que seguramente en este punto del proceso han creído el testimonio de inocencia de su marido.

A requerimiento del Juez y en contra de lo que se proponen como recomendaciones básicas para la protección del menor, María fue llamada a declarar en presencia de su padre, incluso nadie impidió que mantuviera una conversación a solas con ella durante la espera previa al Juicio.

Durante la conversación aumentó, lógicamente, las amenazas para que María no le acusara en su declaración.

Las preguntas que le formularon durante el juicio fueron una señal para María de que los adultos no la estaban creyendo. Sentía que se la estaba juzgando por un comportamiento incorrecto cometido por ella: ¿y por qué dejabas que te tocara el culo?, ¿por qué no se lo dijiste a nadie?, preguntas altamente frustrantes para la menor y para el psicólogo al descubrir su impotencia en la prevención de situaciones traumáticas para la menor durante el proceso.

María tuvo que acudir en presencia del Juez en diferentes ocasiones lo que la obligó a revivir el traumático hecho varias veces. Su testimonio nunca fue contundente, María se debatía entre el reconocimiento y la negación de los

hechos. Finalmente la sentencia fue absolutoria: el testimonio de María parecía insuficiente y no había más pruebas para acusar al padre de abuso sexual, máxime cuando el padre presentaba una imagen tan seria y colaboradora. Por tanto no se suspendían las visitas quincenales. Esta medida tuvo un efecto devastador en la menor. Una vez que, apoyada por algunos profesionales, se atrevió a acusar a su padre por cometer abusos sexuales para que no volviera a suceder, descubre ahora que nadie la protege y la obligan a estar con él cada quince días.

En el presente caso, como en tantos otros, el Juez se mantiene en su sentencia y decide que no se puede separar a María de su padre sin las suficientes pruebas de culpabilidad, considerando que el testimonio de la niña era insuficiente.

La madre entrega, obediente, su hija cada semana al padre sabiendo que con mucha probabilidad ésta está siendo abusada y amenazada de nuevo. Estas visitas sí provocaban, tal como se comprobó, un aumento de los síntomas físicos y emocionales expresados por la hija: comportamiento agresivo y sexualizado, pesadillas y terrores nocturnos, conducta agresiva hacia la madre.

El sentimiento de la niña una vez que se ha desestimado la denuncia fue de enorme frustración, la Justicia ha reconocido que el agresor es inocente y ella siente que no ha sido escuchada ni creída a pesar del daño, las amenazas y el largo pro-

ceso padecido, siente que quizá ella tenga la culpa y, sobre todo, que toda la tortura que ha vivido durante el proceso judicial, no ha servido para nada.

Cada día se está comprobando con más precisión las consecuencias a veces devastadoras que el abuso sexual tiene para los niños. Estas no sólo se producen como consecuencia del abuso sexual en sí mismo, sino también desafortunadamente por el a veces traumático proceso legal que se desarrolla desde que el abuso sexual es denunciado hasta su sentencia.

Este proceso suele ser una experiencia larga y dolorosa para la víctima y la familia al tener que enfrentarse a actitudes incrédulas de muchos profesionales y frustrantes procedimientos que no siempre llevan al reconocimiento y alivio del sufrimiento del niño sino que lo perpetúan. Y es un proceso complicado porque los abusos sexuales son los casos de maltrato infantil más difíciles de probar, no suelen presentarse pruebas físicas y desafortunadamente están mantenidos bajo el secreto. Russel, D.E. (1984) tras una investigación realizada con 900 sujetos en Estados Unidos señala que sólo un 5% de los casos de abuso sexual habían sido denunciados y de los pocos que se denuncian muchos se desestiman por falta de pruebas por lo que los casos de abuso sexual infantil continúan ocultos. Algo similar sucede en España, los casos denunciados son insignificantes comparados con los que se producen. La investigación realizada por López, F. (1994) en España con una muestra de 2000 suje-

tos ofrece el 23% de hembras y 16% de varones víctimas.

Por tanto, el tabú que rodea al abuso sexual infantil es enorme, Summit, R.C. (1983) explica por el síndrome de acomodación al abuso sexual cómo los niños se ven obligados a través de chantajes y amenazas del adulto a mantener el secreto del abuso sexual llegando a acostumbrarse a él, incluso a gustarle, lo que garantiza al agresor que éste no va a ser detectado.

Se hace difícil detectar los casos de abuso sexual, además de por la general falta de evidencias, puesto que el perfil psicológico que ofrecen tanto el agresor sexual como la madre de víctimas de incesto puede resultar confuso y contradictorio, invitando a evaluar la inocencia del supuesto agresor y la locura paranoica de la madre Noguero, V. (1994).

Es complicado comprobar la culpabilidad del denunciado porque de acuerdo con las investigaciones sobre el perfil del agresor sexual Abel, G. (1984) los hombres que cometen abusos sexuales a menores no lo demuestran en su vida cotidiana; es éste un comportamiento que mantendrá ocultos sus sentimientos de ira y rabia en lo más interno de ellos mismos por lo que no se muestran diferentes al resto de los sujetos.

Es importante que el psicólogo que lleve el caso reciba una formación específica en abuso sexual, sin entrenamiento en el complejo mundo del abuso

sexual los profesionales es fácil que decidan creer a un adulto serio y responsable frente a un hijo que no habla y una madre inconsistente, insegura e histérica, Summit, R.C. (1983).

Se hace también difícil el proceso por la falta de colaboración de determinadas Instituciones y/o profesionales cuyos comportamientos negativos y de rechazo vienen explicados por las falsas creencias y mitos sociales sobre el abuso sexual que favorecen actitudes pasivas y obstruccionistas o defensivas como negar el problema o su veracidad de los hechos considerándolos exageraciones o restarle importancia a lo sucedido, considerando que la intervención sería más conflictiva que el abuso en sí mismo. Butler, S. (1978).

En diferentes países se trata de resolver esta actitud a través de la Ley de Protección de Menores. Obliga a que cualquier pequeña sospecha de que un menor pueda estar siendo maltratado se denuncie por cualquier profesional que lo detecte. El incumplimiento de esta ley puede llevar a una sanción económica o suspensión temporal del puesto de trabajo resultando la aplicación de esta ley en un mayor número de denuncias y en la posibilidad de proteger a mayor número de menores abusados.

El caso clínico presentado es uno más de los muchos en que los niños están amenazados para mantener el secreto. Se aproxima a la frustración que el proceso Judicial provoca con sus trámites

y obstruccionismo y la gravedad de sus consecuencias. El caso es ficticio, las fechas, datos y personajes son, para respetar una total privacidad, inventados, no obstante mirando los casos trabajados en los últimos años se observan las enormes similitudes entre ellos a pesar de que algunos hayan proporcionado importantes satisfacciones y otros considerables frustraciones. En todos ellos existen unos puntos claves en sus implicaciones legales. Algunos se presentarían en los siguientes dilemas:

Dilema 1:

¿Qué es prioritario?, ¿evitar en abusos sexuales el riesgo de que el menor sea abusado de nuevo apartando al supuesto agresor de su lado?, o ¿preservar el derecho de inocencia del supuesto agresor permitiéndole estar junto al menor mientras no se demuestre su culpabilidad?

Dilema 2:

¿Cómo puede organizarse la participación de peritos y profesionales en el proceso del abuso sexual de forma que se evite la guerra entre Instituciones y profesionales al acusarse de parcialidad por estar pagados por la parte contraria?

Dilema 3:

¿Ha de influir el perfil inseguro, vulnerable, paranoico de la madre para determinar si existe o no abuso sexual?

Mientras la comunidad se pronuncia sobre estas cuestiones se plantean las siguientes *recomendaciones para el proceso judicial*:

- Coordinar los esfuerzos de las diferentes Instituciones y profesionales que están relacionados con el abuso sexual: escuela, comisaría, juzgado, centro de salud.
- Es importante una formación especializada para todos aquellos profesionales de salud, trabajo social, de salud, jurídico, educativo que trabajen en el mundo del abuso sexual infantil.
- Creación de una comisión de profesionales reconocidos en su tarea de investigación e intervención en el abuso sexual que elaboren informes periciales reconocidos por su asepsia y sin estar sometidos a acusaciones de ser parte interesada.
- Policía, jueces y abogados han de reconocer que las experiencias de abuso sexual causan considerables daños emocionales en las víctimas. Durante las primeras etapas de la investigación debe recibir un trato muy respetuoso para recobrar la confianza perdida.
- Se ha reconocido a lo largo del proceso en el sistema de Justicia: los menores sufren abusos emocionales añadidos por parte de los profesionales por los trámites que se realizan.
- Los interrogatorios a los menores deberían realizarse en un lugar tranquilo que les ofrezca protección y dignidad y, dado que el agresor suele ser un hombre, sería recomendable que fueran realizados por una mujer.
- Que la víctima pueda testificar durante el juicio sin estar en presencia del agresor: cristales unidireccionales, biombos, sala con video...
- Los profesionales deben preparar a la víctima para la experiencia del Juicio que puede tener un efecto curativo para el menor cuando ha sido preparado adecuadamente.
- Los profesionales deben revisar la sentencia absolutoria con el menor para evitar que interprete que esto sucede porque piensan que él miente.
- Se reconoce prioritario el tratamiento terapéutico para la víctima y la familia tanto para la reparación del daño emocional del abuso sexual como para la preparación psicológica durante el proceso judicial.
- Reformar el código penal de manera que el agresor pueda incorporarse a tratamiento terapéutico individual o familiar tanto desde prisión como en libertad provisional.

BIBLIOGRAFIA

- ABEL, G.; BECKER, J.V.; CUNNINGHAM, RATHER, J.; RENLEAN, J.; REID, J.; (1984). «*The treatment of child molesters*». New York: SBC'TM (772 West 168th st, Box 17, New York, NY 10032).
- BEITCHMAN, J.H.; et al (1991): A review of the short-term effects of childhood sexual abuse. «*Child Abuse and Neglect*», 15, pp. 537-556.
- BRIERE, J.; et al (1988): «*Symptomatology in men who were molested as child: A comparison study*». American journal of orthopsychiatric, 58(3) pp. 457-461.
- BUTLER, S.; (1978). «*Conspiracy of silence: the trauma of incest*». New Glide Publications. San Francisco, California.
- FINKELHOR, D. (1986). «*A Sourcebook on child sexual abuse*». California. Sage Publications.
- FURNISS, T. (1991). «*The multi-professional handbook of child sexual abuse: integrated, management, therapy and legal intervention*». Rotulledge. London.
- LOPEZ, F.; y otros (1994). «*Los abusos sexuales a menores*». Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.
- NOGUEROL, V.; (1995). «*Intervención ante el abuso sexual infantil. Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario*». Documentos técnicos de salud pública núm. 22. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid.
- NOGUEROL, V.; MADINA, J. (1991). «*El abuso sexual infantil. Experiencias desde una práctica clínica. I Congreso Internacional Infancia y Sociedad*». Bienestar y Derechos Sociales de la Infancia. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.
- NOGUEROL, V.; SANCHEZ MORO, C. (en prensa). «*Dossier sobre abuso sexual infantil*». Centro de Estudios del Menor. Madrid.
- SGROI, S. (1982). «*Handbook of clinical intervention of child sexual abuse*». Massachusetts, Lexington Books.
- SUMMIT, R.C. (1983). «*The child sexual abuse accommodation syndrome*». Child abuse and neglect, 7, pp. 177-193.
- WYATT, G.E.; POWELL, G.J. (1988). «*Lasting effects of child sexual abuse*». Newbury Park-USA. Sage Publications.



Expertos en Crecimiento desde el Primer Día.

SANDOZ NUTRITION COLABORA EN LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL Y EN PRESERVAR SU SALUD MEDIANTE UNA NUTRICIÓN ADECUADA

SANDOZ NUTRITION produce desde 1865 alimentos especializados para la infancia. En toda nuestra comunicación con pediatras, enfermeras, farmacéuticos, comadronas y madres hemos resaltado las ventajas tanto nutricionales como psicoafectivas de la lactancia materna.

Investigamos para conseguir los mejores alimentos: las leches más parecidas a la materna para cuando ésta no sea posible o suficiente; las leches de continuación y papillas para iniciar la alimentación complementaria; los suplementos nutritivos para cubrir posibles deficiencias en su dieta; las fórmulas especiales para situaciones digestivas y metabólicas alteradas.

Sin embargo, sabemos que para su desarrollo no basta con una alimentación correcta. También es importante un ambiente relajado y seguro, una buena orientación pediátrica y educativa y, sobre todo, la presencia y cariño de los padres. Y en esta actividad contribuimos activamente.

Por ello SANDOZ NUTRITION colabora en la prevención del maltrato infantil, trabajando por la salud, el crecimiento y la felicidad de los niños. Para contribuir a que este mundo sea más cálido, más acogedor y más alegre para ellos.

PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE SITUACIONES LIMITE

EMBARAZADA ADOLESCENTE QUE ACUDE A CENTRO SANITARIO PRACTICAMENTE EN LAS ULTIMAS SEMANAS DE EMBARAZO O EN EL MOMENTO DEL PARTO

PROTOCOL OF BEHAVIOUR FACED WITH LIMIT SITUATIONS

ANTONI MARTINEZ ROIG*, MONTSERRAT ROIG DE MARIANA**

*Hospital Universitari del Mar. Barcelona. *Pediatra, **Asistente Social*

RESUMEN

Se expone la situación de riesgo que suponen para el niño y la madre, el hecho del embarazo de la adolescente. Si bien debe ser considerado siempre así, las circunstancias personales de la madre, la aceptación por parte de la familia, la paternidad conocida o no, la posibilidad de que el origen sea el incesto o la presentación social del embarazo en el momento del parto suponen distintos grados de riesgo. Se ofrece un protocolo de actuación para valorar la situación de la madre y del hijo, diferenciando la posibilidad de existencia previa de abuso sexual.

Palabras clave: Adolescente embarazada. Abuso sexual. Actuación sanitaria.

ABSTRACT

We explain the risk situation of a pregnant teenager for the mother and son. Though it always has to be considered, the mother personal circumstances, the family acceptance, the known or not known paternity, the possibility the cause could be the incest or the social pre-

sentation of the pregnancy in the moment of the birth are them all different grades of risk. We offer an actuation protocol to value the situation of the mother and son situation, and differentiating the possibility of previous existence of sexual abuse.

Key words: Pregnant teenager. Sexual abuse. Sanitary actuation.

Los profesionales sanitarios en su práctica diaria están habituados a trabajar ante situaciones límite o de urgencia a las que se debe dar una respuesta médica rápida. Cada vez más el concepto de Pediatría Social, que valora al niño sano y enfermo en función del grupo humano del que forma parte y del entorno donde se desarrolla, hace que se habitúen a las respuestas enfocadas tanto hacia el propio niño, como hacia las personas responsables de su cuidado y educación o hacia el ambiente que le influye positiva o negativamente.

Una de las situaciones límite en las que se precisa esta rapidez de acción es ante las situaciones de maltrato infantil, en

las que nunca se sabe qué ocurrirá en el futuro si no hay una intervención protectora hacia el niño. En estas situaciones la actuación viene condicionada por todo un conjunto de manifestaciones que presenta el niño.

También existen situaciones límite para el recién nacido, tanto de tipo puramente médicas como ambientales o algunas en las que se entremezclan las dos. Las de tipo ambiental es posible que apenas den manifestaciones en el niño en este momento de su vida, pero es evidente que suponen una situación de riesgo más o menos grave, entendiendo como riesgo la contingencia desfavorable a la que esté expuesto y que supone un peligro incierto.

Una de estas situaciones, que suponen un peligro incierto y a la que hay que dar una respuesta rápida, desde los primeros días de vida, es la del hijo de madre adolescente. Pero incluso dentro de esta circunstancia se deben distinguir distintas posibilidades sin el mismo riesgo. Podríamos clasificar de menor a mayor de la siguiente manera: a) padres adolescentes con una situación personal estable y con un correcto soporte familiar desde el momento en que se conoce el embarazo; b) madre adolescente sin aceptación de la situación por parte de la pareja pero con un correcto apoyo familiar desde el momento en que se conoce el embarazo; c) madre adolescente de padre desconocido no consecuencia de abuso pero con correcta aceptación y apoyo familiar desde el conocimiento de la gestación; d) madre adolescente rechazada por su

propia familia al conocer el embarazo, pero aceptada por la pareja y su familia desde el momento de conocerlo; e) madre adolescente con sospecha de que la gestación sea consecuencia de incesto y que se mantiene en el núcleo familiar; f) madre adolescente de padre desconocido y rechazada por su familia desde el momento en que se conoce la situación y que desde el principio decide avanzar en la gestación; g) madre adolescente rechazada por su propia familia desde el momento que conocen la situación, que inicialmente se plantea el aborto pero luego lo rechaza.

Las tres últimas situaciones son las de mayor riesgo teórico para el niño y son las que los profesionales sanitarios que las atienden deben actuar con presteza para proteger al niño y a la madre desde el momento en que contactan con la embarazada. La situación límite es la del contacto en el momento del parto o presentación social del embarazo a la familia en el momento del parto, hecho bastante frecuente en estas circunstancias. Por este motivo ofrecemos este protocolo de actuación para dicho momento.

VALORACION DE LA SITUACION DE RIESGO QUE SUPONE PARA EL RECIEN NACIDO

Datos a recoger de la madre:

- 1) *Valorar si la paternidad es:*
 - 1.1. conocida y aceptada en entorno familiar
 - 1.2. desconocida y aceptada en entorno familiar
 - 1.3. no aceptada en entorno familiar

1.4. sospecha de incesto

2) *Valorar los siguientes puntos:*

- a) ocultación del embarazo al entorno
- b) posibilidad de abuso
- c) control médico del embarazo
- d) nivel general de formación personal
- e) nivel de instrucción
- f) nivel de habilidades maternas
- g) tipo de vida y relaciones
- h) sexualidad y tipo de relaciones
- i) conocimiento de los métodos anticonceptivos
- j) planteamiento de aborto en algún momento. Motivos del rechazo
- k) método a utilizar para cuidado y educación hijo
- l) posibilidades materiales para cuidar al hijo
- m) modificación de la vida futura después del nacimiento futuro. Caso de modificaciones aspectos de las mismas.
- n) nivel de colaboración de la familia

Cuando se sospeche abuso sexual:

- A) se afirma incesto desde el principio
 - a.1 interrogar siempre la misma persona
 - a.2 provocar situaciones contradictorias para valorar falsedad de la afirmación
 - a.3 no hacer valoraciones de la conducta
 - a.4 evitar que las distintas personas del equipo hagan comentarios
 - a.5 se hace una valoración de la

situación; no se hace inculpación a nadie

B) sospecha sin ningún comentario a favor o en contra

- b.1 evitar que sea preguntada por distintas personas
- b.2 la entrevista debe ser llevada por experto en anamnesis adolescentes y en discernir veracidad afirmaciones
- b.3 provocar situaciones de estrés durante la entrevista con la intención de desestabilizar y se puedan obtener datos

3) *Valoración de la situación entorno social*

- 2.1 Estructura familiar y momento en que se encuentra
- 2.2 Contexto socioeconómico
- 2.3 Características personales de la familia
- 2.4 Relación pareja paterna y paterno-filial
- 2.5 Tipo de límites impuestos
- 2.6 Valoración familiar de la situación y su futuro
- 2.7 Situaciones estresantes
- 2.8 Respuesta de la familia cuando conoce el embarazo
- 2.9 En el caso que se conozca el padre, relación con el mismo y su valoración
- 2.10 Planes para la hija y nieto/a

Cuando haya motivos para pensar en incesto conocido y ocultado por entorno: provocar durante la entrevista situaciones de desestabilización emocional para conseguir aperturas personales

CONTACTO CON LA ESCUELA, CENTROS DE OCIO Y SERVICIOS DE PROTECCION INFANTIL DEL BA- RRIO DE PROCEDENCIA

Conocer la valoración que de la adolescente y su familia poseen. Conocer posibles actuaciones de ayuda

Datos a recoger del niño (después del parto)

1. Características del parto
2. Presencia o ausencia de sufrimiento, anoxia, etc.
3. Características morfológicas
4. Valoración de posibilidad de enfermedades de transmisión vertical o sexual
5. Manifestaciones clínicas de síndrome de abstinencia a drogas
6. Manifestaciones de síndrome alcohólico fetal
7. Presencia de malformaciones
8. Necesidad de tratamientos médico-quirúrgicos
9. Valoración de antecedentes patológicos familiares

Planificación de soporte a la madre y al hijo

Psicológico
Médico
Trabajadora familiar

De soporte familiar

Psicológico para aceptar la situación así como a la madre e hijo, cuando sea la familia extensa la que se va a hacer cargo

Notificación de la situación de riesgo

A FISCAL DE MENORES
A BIENESTAR SOCIAL

Profesionales a intervenir

HACIA LA MADRE

- COMADRONA
- PSICOLOGO
- ASISTENTE SOCIAL
pediatra en 2º término

HACIA EL NIÑO

- PEDIATRA

HACIA FAMILIA

- PSICOLOGO
- ASISTENTE SOCIAL
pediatra en 2º término

BIBLIOGRAFIA

ARRUABARRENA, M.I.; de PAUL, J. «*Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*». Ed. Pirámide. Madrid. 1994. Pp:63-102.

BAGLEY, Ch.R.; THOMLISON, R.J. «*Child Sexual Abuse. Critical Perspectives on Prevention, Intervention, and Treatment*». Wall & Emerson Inc. Toronto. 1991. Pp: 79-180

HOBBS, Ch.J.; HANKS, H.G.I.; WYNE, J.M. «*Child Abuse and Neglect A Clinician's Handbook*». Churchill Livingstone. Edinburgh. 1993. Pp: 139-194

MANDE, R.; MASSE, N.; MANCIAUX, M. «*Pediatric Social*». Flammarion Medecine Sciences. París. 1977. Pp: 2-18.

NEINSTEIN, L.S. «*Salud del Adolescente*». J.R. Prous Ed. Barcelona. 1991. Pp: 495-506; 851-864.

PROYECTO ATENCION AL MENOR VINCULADO A LA PROSTITUCION

PROYECT ATTENTION TO THE CHILD
LINKING TO PROSTITUTION

JUAN CARLOS DIEZMA CRIADO

« ... A los 11 años salí de la casa, no volví y desde ese día no volví a ver a mi papá. No lo quiero ver. Me molesta estar donde él está. Esa no era mi casa, yo no tengo casa. Allí sólo aguantaba hambre y sólo servía para llevarle plata a él»... Niño de 15 años¹.

RESUMEN

En el siguiente artículo se exponen las líneas maestras del proyecto «*Atención al menor vinculado a la prostitución*», que desde mediados de 1994 se puso en marcha en Santa Fe de Bogotá (Colombia) como proyecto de cooperación entre la Consejería de Integración Social de la Comunidad de Madrid, a través de la Oficina Técnica de Cooperación de la Embajada de España en Colombia, por parte española, y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (I.C.B.F.), perteneciente al Ministerio de Salud, por parte colombiana.

Asimismo se analiza la situación actual colombiana de los menores en contacto con la prostitución, a través de los datos aportados por una investigación sobre este tema llevada a cabo hace tres años por la Cámara de Comercio de Bogotá y por un informe realizado por la Defensoría del Pueblo sobre el menor explotado sexualmente.

ABSTRACT

In the following article are set forth a written document as a project called «*Attention to the child linking to prostitution*». It was set off in Santa Fe of Bogota (Colombia) in the middle of 1994 as a project of cooperation between The Consergergy of Social Integration of the Comunity of Madrid through the Spanish Embassy and its technic department of cooperation and the Colombian Institute of Family Welfare (I.C.B.F.) which belongs to the Colombian Welfare Ministry.

As well as it is investigated the real Colombian situation of children who are in contact with prostitution. The piece of information was brought forward after an investigation of the topic which took place three years ago under the Chamber of Commerce and done under the Protection of the Folk over sexual abuse of children.

PRELIMINARES

Como en otros muchos países, en Colombia el amparo legal y la protección de los derechos de las niñas y los niños es reciente. En 1968 se crea el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), cuyo cometido es la protección de la infancia y la integración armónica de la familia, siendo actualmente la entidad rectora del Sistema Nacional de Bienestar Familiar. Inspirado en la filosofía de la Convención de los Derechos del Niño, en noviembre de 1989 se promulgó el Código del Menor que definió los Derechos Fundamentales del menor y las medidas y procedimientos que deben adoptar las autoridades para la atención de la infancia y adolescencia en situación irregular, así como los organismos competentes para ello. En 1990 se funda el Comité Interinstitucional para la Defensa, Protección y Promoción de los Derechos Humanos de la Infancia y la Juventud, y el 7 de agosto de ese mismo año se crea la Consejería Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia.

La consolidación legal de los derechos fundamentales de los niños y niñas acontece con la reforma constitucional, en 1991. En el artículo 44 de la Carta Política estos derechos quedan explicitados además de preceptuarse que son la familia, la sociedad y el Estado quienes tienen la obligación de proteger a los menores contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos con riesgo. Finalmente se establece que los Derechos de

los Niños y Niñas prevalecerán sobre los derechos de los demás.

PROYECTO «ATENCIÓN INTEGRAL AL MENOR VINCULADO A LA PROSTITUCIÓN»²

El Proyecto «Atención Integral al Menor Vinculado a la Prostitución» nace como respuesta a los contundentes datos aportados por una investigación sobre prostitución infantil llevada a cabo en el Centro de Bogotá, en 1993, por la Cámara de Comercio de esta ciudad³, de la que más adelante se hará referencia con mayor detenimiento. Según esta investigación, 3000 niñas y jóvenes menores de 18 años ejercían la prostitución en el Centro de Bogotá, en 1993. Este dato, de por sí elocuente, cobra mayor dramatismo si tenemos en cuenta que, en 1990, a través de una muestra poblacional, se estimó que el número de menores que practicaban la prostitución, en esa zona, era de 1200. Esto supone que el fenómeno se ha más que duplicado en sólo tres años.

Consecuentemente a esta realidad, el proyecto se plantea como un programa piloto para la zona centro de Santa Fe de Bogotá, liderado por la Regional ICBF de esta ciudad, con la participación de entidades tales como la Procuraduría General de la Nación, la Cámara de Comercio y la Defensoría del Pueblo, más una serie de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), laicas y religiosas, con experiencia de trabajo en este tema, entidades privadas y menores y adultos vinculados a la prostitución. El proyecto está cofinanciado por la Consejería de Inte-

gración Social de la Comunidad de Madrid⁴, a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).

Objetivo general.

El objetivo general propuesto es «desarrollar interdisciplinaria e interinstitucionalmente acciones de intervención a nivel nacional para menores de dieciocho años vinculados a la prostitución mediante programas de prevención, capacitación, asistencia y atención integral, aumentando así sus posibilidades de sobrevivir a los riesgos de infección asociados a ella y al abandono social»⁵.

Como se deduce de esta declaración de intenciones, la idea inicial es poner en marcha el proyecto en una zona delimitada para su mejor evaluación. Posteriormente y a la luz de los resultados obtenidos, extenderlo a todo el territorio nacional, dado que el problema de la prostitución infantil y juvenil es un fenómeno que, según todos los indicios, alcanza a todas las regiones de Colombia.

Objetivos específicos.

A continuación se exponen una serie de objetivos más concretos que el proyecto se propone alcanzar:

- Capacitar a los beneficiarios del proyecto con conocimientos y destrezas que permitan su inserción laboral normalizada.
- Identificar el perfil de los menores dedicados a la prostitución, las zonas y los sitios donde trabajan.

- Sensibilizar y capacitar a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, empresas privadas que trabajan con menores, sobre la importancia de la participación de éste, no sólo como usuario sino como trabajador en programas de prevención y educación.
- Reducir el riesgo de infección de ETS, VIH/SIDA y hepatitis virales.
- Realizar un diagnóstico de las necesidades educativas y diseñar metodologías de intervención.
- Diseñar materiales educativos conjuntamente con los beneficiarios del proyecto.
- Incrementar la percepción de riesgo para la adopción de conductas sexuales que lo disminuyan.
- Incentivar valores positivos hacia la vida, el cuerpo y la salud que generen procesos de autocuidado y prevención en el menor.
- Brindar al usuario de sustancias psicoactivas apoyo psicoterapéutico, asistencia médica y psiquiátrica.
- Incorporar valores hacia la solidaridad, respeto por el otro y a la diferencia.
- Incentivar la adopción.
- Trabajar con las familias de los menores en un plan de reintegración familiar.
- Sensibilizar, educar y motivar a la comunidad hacia este problema.

Estrategias de acción.

Básicamente se plantean tres estrategias:

- sensibilización e implicación de diferentes instituciones en el proyecto,
- capacitación para capacitadores,

- desarrollo de procesos de acercamiento.

Sensibilización e implicación institucional.

Con el objeto de sumar recursos y unificar criterios, se considera necesario crear un espacio de concertación con Instituciones, ONGs..., que tengan experiencia en el trabajo con la población beneficiaria del proyecto. La participación de varios organismos y organizaciones, como es en el caso que nos ocupa, según quedó reflejado en párrafos anteriores, conlleva la necesidad de establecer mecanismos de coordinación intra e interinstitucional que hagan posible operativizar adecuadamente los acuerdos alcanzados.

Capacitación para capacitadores.

Un problema común de muchos proyectos es la falta de preparación específica de las personas implicadas, sobre todo cuando se trata de una problemática tan compleja como es la prostitución de menores. Es por ello que desde un principio se contempló la realización de una serie de talleres, que tienen como objetivo preparar a las personas que participarán directamente en la ejecución y quienes serán multiplicadores del proyecto.

Acercamiento.

Es ésta una etapa vital que hace posible el contacto y captación del menor. Debe ser un proceso constante y permanente durante todas las fases del proyecto y llevado a cabo por aquellos

más cercanos al problema, esto es, promotores, educadores de la calle y agentes educativos (prostitutas y ex-prostitutas).

Existen una serie de criterios que deben ser tenidos en cuenta si se quiere tener éxito en el proceso de acercamiento: a) el contacto debe hacerse en «su» propio territorio, es decir, en la calle; b) hay que ganarse poco a poco su confianza; c) lo ideal es el concurso de los «iguales», los agentes educativos; d) tienen que existir referentes claros de afecto y autoridad amistosa; e) y por último, hay que tener paciencia, no hay que esperar cambios globales de estilos de vida sino cambios incrementales.

Como un elemento de apoyo a esta estrategia, se concibe la creación de «centros de atención ambulatoria», que son centros de régimen abierto que hacen posible que los menores tengan un lugar de encuentro, con total libertad para entrar y salir, sin la rigidez y disciplina de los hogares o residencias, que para muchos es un obstáculo insalvable.

Hay que tener en cuenta que muchos menores, al principio, no están dispuestos a abandonar su espacio cotidiano de vida. Están acostumbrados a la calle, que para ellos es su verdadero hogar, donde gozan de gran libertad, tolerando muy mal cualquier tipo de disciplina o responsabilidad. Es necesario este tipo de centros que diversifiquen la oferta de recursos para la integración social de estos niños y niñas.

En estos centros el acercamiento se ve reforzado, siempre y cuando exista un clima de seguridad, confianza y respeto, y donde el o la menor sea protagonista de su propio proceso.

Dentro de las actividades que se llevan a cabo, destacan la realización de talleres para la capacitación laboral, cursos de alfabetización y educación básica..., pero por encima de todo, lo que se pretende es la recuperación progresiva de sí mismo, por parte del menor, recuperar la autoestima, adquirir responsabilidades, saber autocuidarse.

De la estrategia de acercamiento se espera:

- El conocimiento de la zona y la elaboración de un mapa con la ubicación de los lugares de prostitución, horarios, etc.
- La identificación de personas y establecimientos con las que entrar en contacto.
- La elaboración del perfil del menor vinculado a la prostitución.

Servicios ofrecidos por el Proyecto.

Hay dos tipos de servicios: de protección y de prevención.

Servicios de Protección.

En teoría, el proyecto ofrece cuatro tipos de hogares diferentes (Hogar de Paso; Terapéutico; Permanente y Familiar), que suponen una cadena escalonada hacia la integración social del menor, que va desde un régimen abier-

to y de bajo compromiso con la institución (el Hogar de Paso), hasta un régimen cerrado y de máximo compromiso para el cambio del estilo de vida (el Hogar Permanente). El Hogar Familiar es el último eslabón y pretende ser un hogar propio para aquellos que no ha sido posible su reintegración familiar. La edad máxima de protección es hasta los 18 años. Alcanzada esta edad y de no haberse producido la integración familiar, a los jóvenes se les apoya en la búsqueda de un empleo, dándoles un margen de tiempo para su definitiva ubicación.

Estos Hogares son generalmente administrados y coordinados por una ONG local, con experiencia previa de trabajo en la calle con menores vinculados a la prostitución. En estos lugares existen normas de convivencia que todo el mundo debe respetar. Las actividades que se organizan van desde talleres de capacitación laboral (pintura, cerámica, aprendizaje de oficios...), de comunicación interpersonal y charlas educativas, hasta la integración en el sistema educativo (básicamente la enseñanza primaria).

Otros servicios de protección previstos son:

- Servicios de Salud, a través de conciertos con centros de salud, SILOS (Sistemas Locales de Salud), centros de atención especializada, hospitales, etc.
- Servicios de Registro Civil, dado que el 60,5% de los menores vinculados a la prostitución carecen de

identificación⁶, consistentes en el acceso a tarjetas de identidad o cualquier otro documento de identificación, para los menores que participen en el programa, a través de un concierto con la Registraduría.

- Servicios de Medicina Legal para la atención de los malos tratos.

Servicios de Prevención.

Este tipo de servicios son los siguientes:

- Hogares Comunitarios de Bienestar, que prestan atención a los menores de 7 años y a las mujeres embarazadas. Aquí se fomenta la lactancia materna y se da alimento a los niños.
- Hogares Infantiles (ICBF). Los niños aquí tienen acceso a actividades de tipo nutricional y pedagógicas; los padres a actividades de tipo educativo y de organización con la comunidad.
- Jardines infantiles, donde se presta atención a niños y niñas entre 2 y 5 años.
- Familia, Mujer e Infancia (FAMI), persigue la mejora de la calidad de vida, prestando atención preventiva a la niñez, la mujer gestante y lactante, la familia y la comunidad.

ANÁLISIS DE LA REALIDAD COLOMBIANA⁷

Aunque lo que se refleja en este apartado corresponde a un contexto concreto, el colombiano, casi con toda probabilidad muchas de las conclusiones relacionadas con la explotación sexual de los

menores son extrapolables a otras realidades y contextos, dado que la prostitución, sobre todo en esta franja de edad, tiene elementos prácticamente universales, entre otras cosas debido a su carácter marginal y clandestino.

Como punto de partida en el fenómeno de la explotación sexual infantil y juvenil se encuentra primero el deterioro y más tarde, la descomposición familiar, en un contexto de profundas desigualdades económicas y sociales, y de precarias condiciones de vida que sufren un sector de la población. El o la menor se ve obligado u obligada a abandonar el hogar y a vivir en la calle. Esta situación lo coloca en una posición de máxima vulnerabilidad, pues suelen ser características concomitantes, a parte de la propia condición de menor de edad, un escaso nivel educativo y extremas necesidades económicas. Es precisamente la precariedad económica familiar y/o personal el común denominador de los casos de prostitución infantil.

Vivir en la calle.

La calle es el lugar por excelencia donde se origina y desarrolla la explotación sexual del menor, de forma clandestina, debido a su ilegalidad⁸ y al rechazo social que provoca, lo que propicia una mayor explotación de los menores por proxenetas, traficantes y dueños de establecimientos.

La calle tiene sus propios códigos y normas, y todo análisis de lo que allí acontece, debe tenerlo en cuen-

ta. Conceptos como autoridad, familia, sociedad y Estado, son sinónimos de agresión y no de ayuda. Se trata de un medio hostil y sumamente duro donde la comunicación es básicamente gestual, imperando la Ley del Silencio como mecanismo de defensa vital. Es un espacio no estructurado, de libertad e igualdad, pero a la vez de vulnerabilidad y violencia. El futuro no tiene sentido. Impera vivir al día, es esencial no dejar pasar oportunidades. Bajo estas circunstancias, los menores de la calle se convierten en habilidosos, fuertes, astutos y desarrollan gran agresividad. Se asume tempranamente el rol de adulto. No existen normas, sólo las que dicta «el parche», el grupo de iguales donde el o la menor se refugia.

Es precisamente en «el parche» donde la mayoría de las niñas se inician en el trabajo sexual a cambio de protección, droga y comida.

Vivir en la calle y ejercer la prostitución significa para el menor padecer múltiples problemas de salud, entre los que destacan:

- Infección por VIH, ETS (más de la mitad de las menores de 18 han padecido, al menos, alguna ETS).
- Drogodependencias (la mayoría consumen basuco⁹ y/o inhalantes, además de alcohol).
- Embarazos prematuros no deseados (el 75% de las menores han sido madres)

Esta situación se ve agravada por el hecho de que, en la práctica, los meno-

res de la calle no pueden acceder a los servicios de salud. Estos resultan económicamente inaccesibles, culturalmente inadecuados, socialmente inaceptables para ellos y además la mayoría de estos niños y jóvenes carecen de documentos de identificación, lo que supone otro mecanismo de marginación (a efectos legales «no existen»).

Algunas de las consecuencias de todo esto es la automedicación (los medicamentos se pueden conseguir libremente), la visita a curanderos y los abortos sépticos.

Estos «gamines»¹⁰ finalmente están indefensos frente a la llamada eufemísticamente «limpieza social», que no es ni más ni menos que la matanza de estos niños a manos de grupos paramilitares, generalmente compuestos por ex-policías con gran destreza en el manejo de armas de fuego. Desgraciadamente este fenómeno es a veces visto con buenos ojos por los comerciantes y personas que viven en los barrios donde callejean los gamines, pues piensan que son un estorbo para sus intereses.

Una idea de la magnitud de esta barbaridad nos la da los datos suministrados por Medicina Legal a la Procuraduría Delegada para el Menor y la Familia, publicados por el diario EL TIEMPO¹¹ y recogidos en el Proyecto de Atención Integral del Menor vinculado a la Prostitución, según los cuales entre enero y mayo de 1993 se reportó el asesinato de 609 menores. Cabe esperar que la cifra real sea aún mayor.

Factores asociados a la explotación sexual de los menores.

Como ya se señaló al principio, lo que ocurra en el grupo primario va a ser determinante para la suerte de los menores en el futuro. El camino hacia la explotación sexual tiene su origen en el propio hogar, en conflictos de todo orden (económicos, psicoafectivos, familiares...), que suelen crear un clima predisponente al ejercicio de la prostitución o provocar el abandono del hogar del menor, para posteriormente prostituirse. Todo ello en el contexto de un ambiente de pobreza y desigualdad social que hace posible que el fenómeno se dé y que ocurra a gran escala.

Factores que inducen a la prostitución.¹²

- Familiares:

Encontramos aquí que la violencia, tanto física como psicológica, es un factor inductor de primer orden, junto con el conflicto y la descomposición familiar. Otros factores sobresalientes son la falta del padre o de la madre, padres drogodependientes, crianza a través de terceros y el abandono.

- Psicosociales y afectivos:

En este apartado se identifican claramente dos factores: rechazo en el hogar (en casa nunca la quisieron) y violación (por padre, hermanos o padrastros), con el agravante de que muchas veces se da con la complicidad de la madre.

- Económicos:

Las razones económicas hacen referencia a la carencia o insuficiencia de ingresos, falta de capacitación, imposibilidad de encontrar empleo o deseo de ganar más dinero. No es infrecuente que el o la menor sostenga económicamente a la familia. Ellos, los menores, confiesan sentirse utilizados por sus padres para conseguir dinero.

El conjunto de todos estos factores, íntimamente relacionados entre sí, llevan al abandono del hogar y a que el 45% de las menores del centro de Bogotá (no se tienen datos de los chicos) se queden vagando por las calles.

Al margen de las precarias condiciones económicas y la falta de capacitación, que nos obliga a entender a la prostitución infantil como un mecanismo de supervivencia, es claro que existe un trasfondo de vacío afectivo y soledad. A destacar que la figura del padre permanece ausente en el discurso de estos menores.

Mecanismos de vinculación.

Parece ser que la mayor influencia proviene de los amigos (sobre todo de las amigas). Después destaca el papel de los familiares, sobresaliendo la figura de la madre como la persona quien inicia a la menor, entendiéndose que en la mayoría de los casos se trata de hijas de mujeres prostituidas. En estas situaciones, los hijos son testigos presenciales del trabajo de sus madres, lo que a

veces les conduce hacia el alcoholismo y la drogadicción.

A parte de lo anterior, en el caso de las chicas, el novio es otro inductor hacia la explotación sexual.

Características generales de las/los menores.

- Edad: entre 9 y 17 años, siendo la franja predominante la comprendida entre los 14 y 17. La edad promedio de inicio es a los 13 años.
- Ocupación de los padres: según el testimonio de las chicas, en relación al padre, el 20% está sin empleo y otro 10% pide limosna. Resulta muy significativo que el 32,5% de las jóvenes encuestadas dice no saber cuál es el oficio de su padre, lo que pone de manifiesto la escasa relación entre ambos.

En cuanto a la madre, el 22,5% de las respuestas señalan la prostitución como principal ocupación y un 17,5% hace referencia a la venta de drogas. Es también un porcentaje alto (16%) las que dicen no saber a qué se dedica su madre.

- Lugar donde viven: la mayoría de las niñas y chicas lo hacen en «piezas» (cuartos) de residencia, arrendadas entre varias, o de casas de familia (75,5%). Sólo un 7,5% confiesa vivir con la familia.
- Con quién: la mayoría (60%) vive con amigas y en segundo lugar con el novio (22%).
- Nivel educativo: difícilmente estas niñas alcanzan el bachillerato (15%).

Lo normal es que tengan estudios primarios incompletos (42,5%). Un 15% no ha recibido ningún tipo de educación.

- Estado civil: las tres cuartas partes de la población estudiada son solteras y un 15% afirma tener una unión libre.
- Maternidad. N° de hijos: el 60% tienen un hijo, un 15% llega a tener hasta 3 y sólo un 25% no tiene ninguno.

Como suele suceder en madres adolescentes y además ejerciendo la prostitución, la mayoría de estos niños, si es que no han sido abandonados, son cuidados por terceras personas, bien ajenas a la familia y sin que haya amistad con la madre (un 36% de los casos), bien por la abuela (27% de los casos). Un 21% de las madres confiesa no tener a nadie con quién dejar a sus hijos, lo que da idea de la soledad real de estas personas.

La maternidad precoz ocasiona una cascada de problemas médicos y socioeconómicos. En primer lugar supone mayores complicaciones en el embarazo, parto y postparto, lo que origina altas tasas de mortalidad materno-infantil, y en segundo lugar dificulta el acceso a la educación y a la formación profesional, con la consecuencia directa del desempleo. El resultado final es una mayor pobreza.

Algunos aspectos relacionados con el ejercicio de la prostitución.

- Tiempo de ejercicio de la actividad: casi el 95% no superan los 5 años, siendo el tiempo medio ponderado de 2,4 años.

- Lugares de trabajo: el 80% lo hace en algún tipo de establecimiento, el resto en la calle. Los establecimientos más comunes son los «sex-shows», en donde trabajan el 32,5% del total. Aquí se consume alcohol, hacen «strip tease», etc. Un 22,5% lo hace en las «residencias», donde viven.

Cuestiones relativas a la salud.

De todos es sabido que el ejercicio de la prostitución es un problema sanitario, con múltiples consecuencias negativas para la salud de quien la ejerce y de quien la utiliza. Es además un reservorio para muchas enfermedades de transmisión sexual.

- Conocimiento del riesgo: habría que hablar más de desconocimiento que de conocimiento pues casi la mitad confiesa «no tener ni idea» sobre las enfermedades que pueden contraer. Un 32,5% se cree expuesta a alguna ETS y únicamente un 12,5% cree poder adquirir el SIDA.
- Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS): A pesar de la juventud de estas niñas, el 55% ya ha tenido alguna ETS, destacando la sífilis (18%), el condiloma (15%) y la gonorrea (10,5%).

Preguntadas sobre qué es lo que hacían para tratarse este tipo de enfermedades, el 75% afirmó no acudir nunca al médico, existiendo un 37,5% que no hace nada por curarse. Las que lo hacen, sin acudir

al médico, es porque se automedican, por criterios propios o siguiendo los consejos de una amiga o los que le dan en la droguería (farmacia).

- Información sobre el SIDA: aquí el panorama es desolador. El 57% no ha tenido ninguna clase de información sobre esta enfermedad (el 50% asegura no saber nada de ella), mientras que el porcentaje restante, aunque sí la ha recibido, en su mayoría confiesa no haber entendido el mensaje.

Los medios más frecuentemente utilizados para obtener información son libros, revistas, periódicos y la televisión.

- Utilización y conocimiento de métodos anticonceptivos: la mayoría no utiliza métodos anticonceptivos. Como se ha comentado antes, no hay conciencia de los riesgos sanitarios a los que se está expuesto. Además, el 30% dice no conocer método alguno.

Entre los conocidos, con diferencia es el preservativo el que mejor se conoce (58%), siendo utilizado por el 45% de las menores, aunque con escasa consistencia dado que, ante más dinero o cualquier otra presión del cliente, se deja de usar.

- Consumo de drogas: prácticamente la totalidad de los menores implicados en el mundo de la prostitución consumen algún tipo de droga

y es fácil saber por qué, si tenemos en cuenta las características de este mundo, donde imperan la violencia, el maltrato, el abandono y la desprotección, como características medioambientales, más baja autoestima, depresión, angustia y desesperación, si nos atenemos a los síntomas que comúnmente presentan las personas que trabajan en él. El alcohol y el resto de las drogas ayudan a soportar la explotación y la humillación que muchas veces supone el contacto corporal. Además, las niñas y jóvenes que trabajan en los «sex shows» tienen la obligación de consumir alcohol a cambio de recibir alimentación, alojamiento y atención médica, habiéndose encontrado un 53% de adictas a esta sustancia, según los datos de la Defensoría del Pueblo.

Las drogas más consumidas son el basuco y el pegante (inhalante). Lo hace un 70%. También se consume marihuana.

Cabe resaltar por último, que un 42% de las menores encuestadas no conoce ninguna consecuencia del consumo de estas drogas.

Algún apunte sobre la rehabilitación.

Frente al complejo panorama expuesto en los apartados anteriores, existen algunos datos esperanzadores de cara al futuro. Al 70% de las chicas le gustaría rehabilitarse, para salir adelante, dejar la droga o para vi-

vir con seguridad y tranquilidad, lo que supone una fuerza potencial, en caso de arbitrase alternativas válidas de solución. Pero todavía queda un 30% que expresa una voluntad negativa hacia un proceso así, fundamentalmente porque creen que tal como viven, son libres.

Desde luego rehabilitarse no pasa por volver con la familia, según su opinión. Tanto los chicos como las chicas expresan mayoritariamente el deseo de no regresar con sus familias (58%) y lo justifican porque creen que van a ser maltratados (32%), que no se les quiere (29%), porque sus padres son muy pobres (18%) o porque no saben donde están (16%). Pero que no se interprete esto como que no necesitan una familia, todo lo contrario. Se aferran al sentimiento de libertad pero en el fondo se sienten profundamente solos y anhelan una familia «ideal», que proteja en lugar de dañar y que ame en lugar de castigar.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES¹³

La explotación sexual de menores en Colombia tiene el tremendo agravante del fenómeno del «gaminismo». Hasta que no se visita el país, no es posible hacerse una idea de las dimensiones de este fenómeno. La permanente existencia en la calle de un ejército de niños totalmente desprotegidos y sin reconocimiento legal de su existencia, hipoteca, a nuestro entender, el éxito de los esfuerzos que se hagan para erradicar el problema de la prostitución.

Se requiere una mayor sensibilización social hacia la situación de estos menores y que se comprenda que no se trata, en rigor, de menores prostituidos o que ejercen la prostitución¹⁴, ya que el término *prostitución* presupone un acto consciente, libre y voluntario, y es claro que en el caso de los menores y bajo sus condiciones de vida, ninguno de los tres requisitos se cumple.

Aunque se aprecia un paulatino aumento de la sensibilidad gubernamental hacia la problemática del menor explotado sexualmente, es necesario el liderazgo de una institución con competencias y recursos económicos, y esa institución en Colombia es el ICBF, pero la realidad, hoy por hoy, es que todavía no ha asumido ese protagonismo.

Recomendaciones para la atención del problema.

- Evitar el tratamiento «delincuencial».
- No caer en estrategias paternalistas.
- Tener en cuenta las especificidades definidas por conceptos tales como modalidad de trabajo sexual, lugar, existencia o no de vínculo familiar, sexo, etc., a la hora de diseñar programas de intervención.
- Se requiere una coordinación interinstitucional.
- Se necesita personal cualificado para atender las necesidades de los menores.
- La atención preferencial a las ETS y al SIDA debe enmarcarse en el CUIDADO DE LA SALUD y en la generación de conductas de AUTOCUIDADO.

- Se necesitan programas terapéuticos para tratar las drogodependencias.
- Inclusión del acercamiento/intervención al núcleo familiar.
- Sensibilizar y concienciar a los menores.
- Propuestas educativas flexibles, adaptadas a sus especiales características.
- Desarrollar cursos de capacitación para artes y oficios con posibilidad de salidas profesionales.

Recomendaciones para la prevención.

- Desarrollo comunitario infantil y juvenil, que responda a sus intereses generacionales.
- Garantizar la participación de los jóvenes en los organismos creados para su protección.
- Fortalecimiento y desarrollo del Plan Nacional de Educación Sexual.
- Alternativas para el tiempo libre.
- Capacitación y generación de fuentes de empleo, con especial atención a las empleadas del hogar.
- Protección a los menores y sus familias.
- Atención a la población indígena.

BIBLIOGRAFIA

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. «*Proyecto de atención integral del menor vinculado a la prostitución*». Santa Fe de Bogotá. Abril, 1994. (Documento mimeografiado).

Cámara de Comercio de Bogotá. «*La prostitución infantil en el Centro de Bogo-*

tá. *Un ensayo de investigación social urbana*. Taller de publicaciones de la Cámara de Comercio de Bogotá. Santa Fe de Bogotá. Enero, 1994.

(1) Testimonio recogido durante la investigación «*En favor de la niñez explotada sexualmente*», llevada a cabo en 1994 por la Defensoría del Pueblo.

(2) Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. «*Proyecto de Atención Integral del Menor vinculado a la Prostitución*». Santa Fe de Bogotá. 1994. Documento mimeografiado.

(3) Cámara de Comercio de Bogotá. «*La Prostitución Infantil en el Centro de Bogotá. Un ensayo de Investigación Social Urbana*». Taller de Publicaciones de la Cámara de Comercio de Bogotá. Santa Fe de Bogotá, 1994.

(4) Actualmente denominada «*Consejería de Sanidad y Servicios Sociales*».

(5) Ob. cit. 2, pág. 24.

(6) Ob. cit. 3

(7) Lo reflejado en este capítulo está basado en los datos aportados por dos investigaciones llevadas a cabo en 1993 y 1994, por la Cámara de Comercio de Bogotá y por la Defensoría del Pueblo, respectivamente, cuyos títulos son, según el orden dado de las Instituciones responsables de las mismas, «*La prostitución infantil en el Centro de Bogotá. Un ensayo de investigación social urbana*» y «*En favor de la niñez explotada sexualmente*». La primera se centra exclusivamente en la prostitución femenina del Cen-

Defensoría del Pueblo. «*En favor de la niñez explotada sexualmente*». Santa Fe de Bogotá. Diciembre, 1994. (Documento mimeografiado).

tro de Bogotá, mientras que la segunda engloba los dos sexos y tres ciudades más, a parte de Bogotá.

(8) En Colombia, ejercer la prostitución no es delito; lo que la ley penal castiga es la inducción a ésta, agravándose la sanción cuando la víctima es un menor de edad.

(9) El basuco es un subproducto del proceso de obtención de la cocaína.

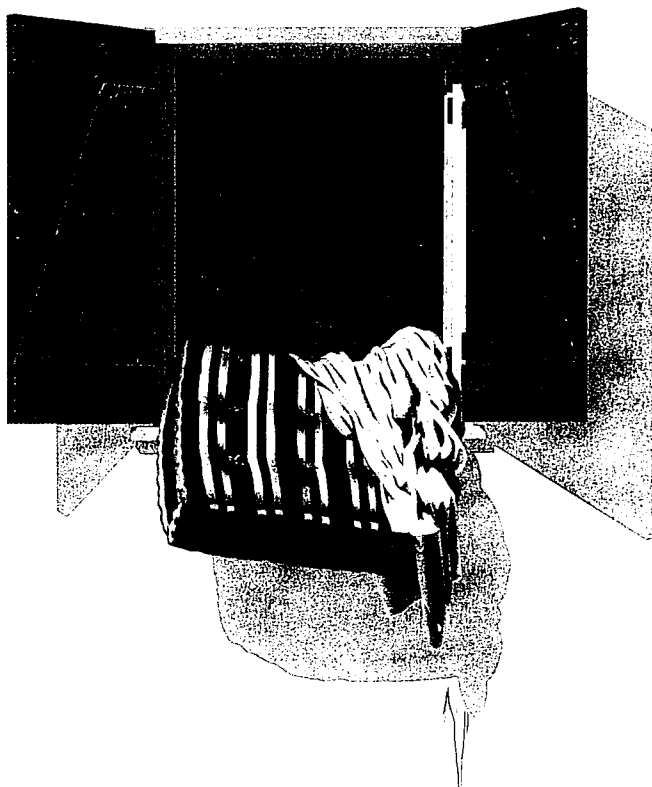
(10) Denominación que significa «niño de la calle». Otros sinónimos son «ñeros» o «desechables».

(11) «El Tiempo». Diario Nacional. 6 de abril de 1994.

(12) Los porcentajes y datos referidos exclusivamente a menores del sexo femenino, proceden del estudio llevado a cabo por la Cámara de Comercio de Bogotá, en 1993, del que ya se ha hecho referencia en páginas anteriores, salvo que se especifique otra cosa.

(13) Estas recomendaciones fueron formuladas por el equipo técnico y colaboradores que realizaron el Proyecto «*En favor de la niñez explotada sexualmente*».

(14) Aunque dichos términos han sido empleados en este artículo, únicamente se ha hecho en aras del estilo literario, recomendándose su no utilización cuando se refiera a menores.



enuresis nocturna

un trastorno de
gran prevalencia
el 50% de los enuréticos
nocturnos permanecen ocultos

FERRING

PRODUCTOS FARMACEUTICOS

Ferring, s.a.

Pº de la Habana, 15 28036 Madrid.

Tel. 91/ 564.26.33. Fax 91/ 563.02.17

LA SITUACION LEGAL DE DESAMPARO DEL MENOR DE EDAD. NOTAS SOBRE SU CONCEPCION JURIDICA

THE LEGAL SITUATION OF CHILD'S DESERTION.
NOTES ABOUT JURIDICAL UNDERSTANDING.

CARLOS SANTA-MARIA BLANCO

Abogado

INTRODUCCION

Desde que el artículo 172 del Código Civil, en su reforma de 1987, introdujo la figura de la tutela pública por ministerio de la ley para los menores que se encontraran en situación legal de desamparo, lo que podemos entender por desamparo se ha convertido en esencial y desencadenante de todo un concierto de actuaciones públicas y privadas que, incluso, han llegado a tener eco en los medios de difusión nacionales.

Después de ocho años de funcionamiento de la tutela pública y diversas interpretaciones sobre la deficiente redacción legal sobre estas cuestiones, se tiene la sensación de que el binomio desamparo-tutela pública no ha funcionado como se esperaba, hasta el punto de resultar escasas, porcentualmente hablando, las intervenciones en que esta tutela pública se haya llevado a cabo con éxito, si por éxito entendemos, como no puede ser de otra forma, la definitiva integración familiar del niño públicamente tutelado.

Junto a otras consideraciones, la indeterminación de los contenidos que la tutela pública debe tener, de una parte, y el farragoso concepto de lo que por desamparo se entiende, de otra, son causas concomitantes en la relativa pasividad y considerable retraso que suele producirse en la decisión de asumir dicha tutela pública. Si por un lado no tengo claro lo que puedo lograr con la tutela y por otro lado no estoy seguro de que el Juez admita que existe desamparo, me las arreglo mientras pueda para intervenir por otros medios y evitar así posibles traspies.

Reflexionar sobre lo que la Ley entiende por desamparo, que es lo que este trabajo propone, puede ayudar a resolver estos problemas, o al menos a eliminar alguna de las causas que motivan la situación.

Como, además, resulta que el concepto legal de desamparo es exactamente el mismo en el vigente artículo 172 CC y en la nueva redacción que para el citado artículo propone el Anteproyecto de Ley de Protección Jurídica del Me-

nor y Modificación parcial del Código Civil, actualmente en trámite parlamentario, quizás también ayude a recordar que esta reforma legislativa sería una buena ocasión para resolver las dudas que el concepto plantea.

CONCEPTO LEGAL DE DESAMPARO

La puesta en funcionamiento de la función tutelar de la entidad pública territorial, respecto a los menores, está condicionada por que exista «situación de desamparo» en éstos.

El concepto de desamparo se recoge en el artículo 172,1º CC, en los siguientes términos:

«Se considera como situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio 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».

Existen, inicialmente, en el concepto legal por desamparo, tres notas a destacar:

1. **Ambito limitado.** La causa de la privación moral o material, ha de estar referida al ejercicio de los deberes de guarda de los menores.
2. **Carácter finalista,** que se concreta en la necesidad de un resultado. El menor se considera desamparado cuando queda privado de la necesaria asistencia moral o material.

3. **Carácter objetivo.** El resultado de privación no está condicionado, para considerarlo desamparo, por la intención de sus guardadores, sino que existe tanto por el incumplimiento, como por el imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de guarda.

1. Ambito del desamparo

Me parece importante, en primer término, delimitar el ámbito del desamparo, por cuanto éste va a condicionar considerablemente la determinación de los supuestos concretos en que los menores puedan considerarse desamparados.

La causa del desamparo, según el artículo 172,1º CC, está ligada al «**ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores**». Cuando estos deberes se incumplen, no se ejercitan, o se ejercitan de forma inadecuada, con el resultado de privación al menor de la necesaria asistencia moral o material, se produce la «situación de hecho» de desamparo que define el artículo en cuestión.

Así pues, es preciso delimitar cuáles sean los «deberes de protección para la guarda de los menores» que establecen las leyes, que sería lo mismo que plantear cuáles son los deberes que la ley impone a los guardadores. Porque no todos los «deberes de protección» de los menores están comprendidos dentro de la guarda, ni la «guarda» agota las medidas de protección a menores

prevista en la Ley. Si el «desamparo» está legalmente referido a los deberes de guarda de menores, tendremos que dejar fuera del desamparo aquellos otros deberes de protección no relacionados con la guarda.

Delimitar el contenido concreto de la guarda de menores, encuentra un primer inconveniente en que la misma no está regulada, de modo expreso y separado de otras medidas protectoras, en nuestro derecho¹. Sin embargo, existen normas de las que puede deducirse cual pueda ser el contenido específico de la función de guarda de menores, tales como el art. 154, 269, 303, 90, 92, 94, 96, 103 CC, entre otros.

Cuando se estudia la doctrina, observamos cómo las cuestiones de guarda o custodia de menores son tratados, generalmente, en el ámbito de las relaciones paterno-filiales o de la tutela, por ser el marco más frecuente y deseable en que tales funciones protectoras se desarrollan. Ello hace inevitable, a veces, utilizar indistintamente las palabras «menor» o «hijo» y «guardador» o «padres», para referirse a la concreta cuestión del deber de guarda, y que las referencias que aquí se hacen a los distintos autores, precisen la convención de considerar en esta sede, intercambiables los vocablos aludidos.

Para la doctrina, la guarda de menores está indisolublemente ligada a la convivencia, de tal suerte que tener a los menores en compañía de los guardadores, constituye presupuesto de la misma². De esta suerte, guardar a los

menores significaría lo mismo que convivir con ellos.

Como contenido al deber de guarda de menores tendríamos lo siguiente:

a) **Convivencia**, entendida tanto en el sentido literal de **comunidad de vivienda** de los menores con los guardadores, como de **integración familiar** del menor³. La convivencia, en sentido estricto, tiene su reflejo en normas legales, tales como el domicilio legal del menor, que es el de sus padres o guardadores (art. 64 LEC), o el de preferencias en el uso de la vivienda familiar en los casos de separación y divorcio de los padres (art. 96 CC).

El cumplimiento del deber de guarda no se satisface con tener al menor bajo el mismo techo, sino que exige, además, comunicación afectiva e intelectual, buen ejemplo y cariño ambiental⁴.

La atención especial que la ley presta al libre y completo desarrollo de la personalidad del menor (arts. 10 y 27 CE y 154 CC) exige una estrecha y personal relación entre éste y sus guardadores, relación en la que el afecto, la comprensión y la participación del menor en la vida familiar se hacen imprescindibles para los fines pretendidos⁵.

Los ejercientes de la patria potestad, dice CASTAN VAZQUEZ⁶, cumplen

normalmente la obligación de convivencia con los hijos, teniendo a éstos en su compañía en el hogar. Y si tal modo de cumplimiento de convivencia corresponde a los padres, lo mismo tendríamos que decir de los demás guardadores, cuando no sean los padres.

Este deber de convivencia no impide, como dice BERCOVITZ⁷, que se pueda concretar temporalmente una residencia del hijo en domicilio distinto del de sus progenitores, siempre que se trate de situaciones transitorias y que responda a su beneficio, como sucede en los casos de enseñanza, tratamiento médico, viajes o estancias fuera del domicilio con fines de recreo o estudios. Puede ocurrir, explica CASTAN VAZQUEZ, que las circunstancias impongan el alejamiento de la casa paterna o lo aconsejen como conveniente para la guarda y educación del hijo. No hay en estos casos, añade, incumplimiento del deber de convivencia.

- b) **Vigilancia.** Velar por los menores es principio que los autores consideran común a todos los deberes de protección, y su contenido responde a la obligación de vigilar o controlar que el menor es debidamente atendido y tratado por quien quiera que, en cualquier circunstancia, pueda tener competencia para influir en éste⁸.

Velar por el menor, dice LEON ARCE, es el deber de guarda que su-

pone la obligación de impedir al hijo perturbaciones dañosas o peligros graves⁹. Al guardador cumple, pues, vigilar que todo aquél que pueda tener trato con el menor (maestros, médicos, parientes, etc.), le depare trato y actitudes adecuadas y beneficiosas, apartándolo de lo que pudiera ser perturbador o dañoso.

Se trataría, en definitiva, de un deber de atención a que el menor reciba la asistencia adecuada a sus necesidades, con independencia de quién pueda prestársela. En tal sentido, el guardador vendría obligado a asegurarse de que el menor reciba **alimentos y educación**, y disponga de **representación** legal. Veamos las tres cuestiones:

- **Alimentación.** Es evidente que el sustento del menor está exigido por la propia integridad física de éste, lo cual determina que quien lo guarda tiene la ineludible obligación de alimentarlo.

Los autores coinciden en estimar que el deber de alimentos ha de extenderse a lo que contempla el artículo 142 CC, esto es, sustento, habitación, vestido y asistencia médica¹⁰.

Sin embargo, esta obligación tiene distinto alcance a la de convivencia, antes apuntada, por cuanto estará contenido en el deber de guarda en lo que BERCOVITZ denomina dimensión de asistencia directa, por diferen-

cia con la económica, cuyo cargo no es necesariamente obligación del guardador.

Así vemos cómo los padres, aun cuando no tengan a los hijos bajo su guarda, tienen obligación de prestarles alimentos durante su minoría de edad (arts. 90, 92, 93, 103, 110, 111 CC), lo que se traduce en obligación de sufragar los gastos que tales alimentos originan¹¹.

Algo parecido sucede en los casos de tutela, en los que el tutor cumple siempre procurar alimentos al pupilo (art. 269 CC) en lo que de asistencia directa estos tienen, pero no siempre está el tutor obligado a soportar la carga económica que los alimentos comporta, como sucede en los casos en que el menor tenga bienes propios y suficientes para ello, según los artículos 274 y 275 CC, además de otros en los que existe alguna discrepancia en la doctrina¹².

Y la misma idea aparece en el acogimiento familiar, entre cuyas obligaciones está la de convivencia y alimentos de los acogidos (art. 173.1 CC), cuando se contempla legalmente la posibilidad de que el mismo sea remunerado (art. 173.2 CC).

En conclusión, pues, el guardador debe asegurarse de que el menor reciba alimentos, exigien-

do los mismos de quien venga obligado a prestarlos.

- **Educación.** El artículo 27,2º CE dice que 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*».

Y en este caso, deberíamos delimitar, como se hacía con el deber de alimentos, distintas facetas de lo que pueda entenderse por educación. Parte importante de la educación es aquella que tiende a la formación cívica o de urbanidad del menor, en la que se hace imprescindible una actuación directa y personal de los guardadores¹³. Podríamos así hablar de una asistencia directa en la educación, que no puede desligarse de la guarda.

Sin embargo, otra parte importante de la educación de los menores es la correspondiente a su instrucción intelectual y profesional¹⁴, que precisa de utilización de centros e instituciones en las que se delegan partes esenciales de la formación de los menores¹⁵, y que no formarían parte de las concretas funciones de guarda y custodia.

Existe, además, en la educación y formación de los menores, otras implicaciones que exigen matizar

considerablemente el alcance que las mismas puedan tener, en relación con la guarda, a saber:

En primer lugar, en palabras de LETE DEL RIO, que la *«educación es un tema que corresponde muy especialmente al ámbito de la familia, o más concretamente a los padres y, en su defecto, a quien los sustituya»*¹⁶. La atribución a los padres del derecho a elegir la educación que tienen para sus hijos, tiene carácter constitucional (arts. 27.3º CE y 5 Ley Orgánica 5/1980), y la misma no está dependiendo de que éstos tengan la guarda del menor, antes al contrario, no pierden este derecho por esa circunstancia. Incluso tal derecho se extiende hasta la tutela, en la que el tutor vendrá obligado a cumplir los deseos manifestados por los padres del tutelado en tal sentido (art. 223 CC).

Con estas premisas, las funciones del guardador respecto a la educación, se limitarían al cumplimiento de lo querido por quienes tengan el específico derecho a decidir sobre tal educación. El guardador, en quien no concurra la condición de titular de este derecho, no sería sino un servidor del mismo, obligado a cumplir los designios de aquél¹⁷.

Y en segundo término, la implicación que la educación tiene con los derechos de la personalidad, que conduce, por mandato del

art. 162,1º CC, a entender que cuando el menor tenga suficiente juicio, no puede imponérsele una opción educativa concreta contra su voluntad¹⁸.

Si cuando el menor carece de capacidad natural, la decisión sobre las opciones educativas corresponden a los padres (art. 27 CE y 154 CC), y en su defecto a los tutores (art. 269,2º) con matices (art. 223 y 271,1º CC), y cuando adquiere tal capacidad le corresponden al propio menor (arts. 162,1º y 267 CC), es claro que la guarda no determina facultades educativas propias del guardador, en ninguno de los casos, sino tan solo obligaciones complementarias y sometidas a los designios de quien las tiene.

- **Representación legal.** Previsiones de representación legal para los menores, contiene el Código Civil para los padres (art. 154), el tutor (art. 267), el curador (art. 288), el defensor judicial (art. 299) y el Ministerio Fiscal (art. 299 bis), en los respectivos casos que contempla.

En cuanto al guardador, que carece de capacidad para representar al menor por tal función, el art. 229 CC le obliga a promover la tutela del custodiado, y el 303 CC, que contempla la guarda de hecho, exige igualmente la necesidad de constituir la tutela, por remisión al art. 228 CC.

En este ámbito, la función del guardador se engloba nuevamente en el deber de velar, concretado en promover la dotación de representación legal al menor, sea a través de la tutela, cuando no exista patria potestad (arts. 222.1 y 229 CC), sea de la curatela, cuando exista emancipación (art. 286 CC), sea de defensor judicial, por conflicto de intereses o carencia de ejercicio (art. 299 CC).

En resumen, podríamos decir que el ámbito del desamparo está referido a los deberes de guarda, es decir a la específica función de convivencia y la general de velar porque el menor esté debidamente atendido en su esfera personal (alimentación, educación y representación), lo cual exige recabar tales atenciones de quienes vengan obligados a ellas, o del Juez en otro caso.

Desamparo sería, pues, siguiendo a I. GARCIA GARCIA, «*carencia de ambiente familiar idóneo, esto es, de relaciones familiares normales*»¹⁹. Lo cual destaca la relación entre desamparo y convivencia.

2. Relevancia del resultado

Para que exista legalmente desamparo, el menor debe quedar «*privado de la necesaria asistencia moral o material*» que la ley establece para los deberes de guarda.

En un primer paso, vemos cómo falta de asistencia puede ser, de un lado, moral y de otro lado material. La primera, estaría referida al deber de convivencia, en sentido amplio, que la guarda exige, en el que podría incluirse las funciones educativas que cumplen al guardador, si fuesen delegadas por sus titulares.

La segunda, comprendería la alimentación y representación del menor guardado, cuyo aseguramiento de satisfacción, no su titularidad, corresponde a la guarda.

La exigencia de resultado específico ha sido criticada por RUIZ-RICO²⁰, para quien tal circunstancia reproduce en el desamparo las deficiencias que se apreciaban en el abandono, definido por el antiguo 174 CC, estimando que hubiera sido deseable otra concepción en que se atendiera al interés o desinterés de los padres hacia el menor, pues con este sistema, en su opinión, pueden verse perjudicados los padres que, por fuerza mayor, no puedan atender temporalmente al hijo, y beneficiados aquellos que, aun con intención de desentenderse del menor, lo entreguen a terceros.

Sin embargo, esto no ha impedido a los autores considerar que el desamparo es más amplio que el abandono, por la vía de estimar la existencia de dos tipos: el desamparo culposo, equiparado a abandono, y el forzoso, debido a causa mayor²¹, con diferentes consecuencias para ambos, como veremos después.

En los comentarios a este requisito de privación en que ha de quedar el menor, para ser estimado desamparo, se aprecia cómo la doctrina suele desvincularlo del estricto ámbito de la guarda, para entender que existe desamparo siempre que el menor quede privado de protección, sea cual sea la privación. Así, CABALLERO GONZALEZ²² afirma que la falta de asistencia jurídica debe entenderse incluida en el concepto de desamparo, y en similar sentido, GARCIA GARCIA²³, al estimar que el menor sin padres o tutores estará también en situación de desamparo forzoso. Con tales premisas, un menor sometido a guarda de hecho del art. 303 CC, estaría legalmente desamparado²⁴.

Este planteamiento, a mi parecer, además de ir, como reconoce CABALLERO GONZALEZ (ver nota anterior), contra la literalidad de la definición legal, produce múltiples **problemas de interpretación interpretativa**, además de conducir a objetivas situaciones de injusticia.

Empezando por este último problema, dice con razón RUIZ-RICO²⁵ que sería injusto privar a los padres de la compañía de sus hijos, por puras razones de economía o salud. Un menor dejado temporalmente por los padres bajo guarda de un familiar, o un amigo de su confianza, por motivos de enfermedad, podría considerarse desamparado por «imposible ejercicio de los deberes de protección», al «estar privado de la necesaria asistencia jurídica», que los guardadores de hecho no podrían prestarle.

En cuanto a la interpretación normativa, tendríamos los siguientes problemas:

- a) Si debe considerarse «desamparado» a todo menor sin padres o tutores, carecería de sentido el motivo 1º del art. 222 CC, que contempla la necesidad de tutela del menor no sujeto a patria potestad, por cuanto este supuesto estaría subsumido en el apartado 4º del mismo artículo, referido a la tutela pública por desamparo y supondría que en la totalidad de los casos está prescrito el nombramiento del tutor (art. 222 CC), existiría una «tutela pública por desamparo», dejando sin efecto las previsiones establecidas en los arts. 223, 224, 225, 227, 234, apartados 1º a 4º, 235, 236, 237 CC, en que se contempla la vinculación judicial para nombrar tutor en favor de parientes y personas designadas por los padres en testamento, por cuanto dicho nombramiento sólo podría hacerse por la vía del art. 239.2º, que no se somete a tales prescripciones.
- b) Incluir la falta de asistencia jurídica entre los supuestos que dan lugar a desamparo, dejaría sin sentido las previsiones del art. 215, apartados 2º y 3º, que se amplía a los arts. 286 y siguientes CC, y referidas a los supuestos en que debe nombrarse al menor curador o defensor judicial.

La curatela está prevista (art. 286.1º) para los casos en que el menor emancipado no reciba asistencia de los padres y con el fin de que el cu-

rador (art. 288) intervenga en aquellos actos que el menor no puede realizar por sí mismo. En el momento en que el menor emancipado precisara curador, estaría «privado de la necesaria asistencia jurídica», lo que pondría en juego la «tutela pública por desamparo» (art. 172,1º y 222,4º CC), dejando sin sentido las previsiones sobre curador, que ya no serían precisas. Y lo mismo sucedería con el defensor judicial (arts. 299 y ss), previsto para los casos de conflicto de intereses (apartado 1) e incumplimiento de funciones (apartado 2) por los representantes legales.

Existiría «imposible ejercicio», en un caso, e «incumplimiento» en otro, de los deberes de protección jurídica del menor, con resultado de privación de asistencia para éste, lo que volvería a producir el nacimiento de la «tutela pública por desamparo», dejando sin sentido la necesidad de defensor judicial.

Es más que probable que las consideraciones anteriores hayan conducido a los autores a distinguir, como hemos dicho antes, entre desamparo culposo y desamparo forzoso, para atribuir al primero el efecto de entrada en vigor de la «tutela automática» de la entidad pública, excluyendo al segundo de tal efecto. Pero esto lo veremos después.

En mi opinión, superar los problemas que la desvinculación entre el resultado de privación y el ámbito de la misma produce en el desamparo, pasa por

limitar éste a los deberes de guarda y por recordar que la solución legal arbitrada por la ley para la situación de desamparo, no es la única que la propia ley contempla para los distintos supuestos en que pueda existir privación de asistencia moral o material en los menores.

La limitación del desamparo a aquellos casos en que el menor esté privado de la asistencia que la ley prevé para la guarda (compañía y vigilancia), se encuentra en la propia literalidad del art. 172,1º CC, que así lo contempla, como hemos comentado más arriba, además de estar en consonancia con la específica finalidad, reconocida por unanimidad, de procurar al menor un medio familiar idóneo, cuando carece de él.

Y esta limitación, lejos de ser una cortapisa para la protección integral de los menores, viene exigida por el respeto a otras medidas protectoras, cuales son la tutela ordinaria, la curatela o el defensor judicial. No se entiende la utilidad o justificación que, en beneficio del menor, pueda tener la inclusión en desamparo de aquél que, fallecidos sus padres, por ejemplo, queda en el seno de su familia y tutorizado por quien aquellos determinaron, si lo hicieron, o por sus abuelos o tíos, en su defecto, con los que, normalmente, el menor tendrá relaciones afectivas adecuadas.

¿Para qué se precisaría la intervención de la entidad pública en esta situación, cuando ya la ley garantiza la protección del menor con la intervención del Juez

(arts. 231, 259, etc.)? Como tampoco tiene sentido alguno la «tutorización pública» del menor que precise, sencillamente, representación legal en un supuesto concreto en que su representante no pueda prestarlo y para el que está previsto el defensor judicial, que no afecta a la guarda de los menores, y sería una desproporción estimar la necesidad de una «tutela» en tal supuesto.

Con esta perspectiva, yo no creo, siguiendo al respecto a SANCHO²⁶, que pueda considerarse en situación de desamparo al menor sometido a una guarda de hecho (art. 303 CC), si el guardador cumple con sus funciones de guarda (integración familiar y atención a sus necesidades). Que tal guarda, cuando no exista patria potestad, exija la constitución de tutela (art. 303 CC, en relación con 228 CC), que nada impide su constitución en favor del guardador (art. 235 CC), es cosa distinta a la de considerar «desamparado» al menor guardado adecuadamente. Y ello es también independiente de que pueda entrar en juego, en esa situación, el artículo 170 CC, privándose judicialmente a los padres de la patria potestad, si existiese incumplimiento de los deberes inherentes a la misma, porque esta tiene, junto a los específicos deberes de guarda, otros de obligado cumplimiento (art. 154 CC).

Recapitulando, y para terminar con este apartado, me parece importante no perder la delimitación, hasta ahora indicada, del ámbito del desamparo, por cuanto el mismo es clave para

luego entender cuál pueda ser la función que cumple a la entidad pública, en cuanto tutora legal del menor desamparado.

3. Objetividad

Este carácter del desamparo está claramente señalado por la propia definición legal, cuando, como dice RUIZ-RICO²⁷, la ley lo define como situación «de hecho», por la que se está disponiendo la necesidad de atender a actos puramente externos, sin entrar a valorar causas o intenciones²⁸.

Un menor estará desamparado cuando quede privado de la necesaria asistencia, moral o material, que la ley atribuye a los deberes de guarda, con independencia de cuál sea la voluntad o intención de quienes tienen tales deberes.

Siguiendo la definición legal, observamos cómo el desamparo, que exige el resultado de privación moral o material de la protección legal prevista para la guarda, puede provenir de tres conductas distintas: incumplimiento, ejercicio imposible y ejercicio inadecuado.

a. Incumplimiento de los deberes de guarda. Se produciría éste cuando los guardadores se desentienden de los menores²⁹, y si tal incumplimiento lo relacionamos con la guarda, podría tener varias manifestaciones:

- **Falta de convivencia.** Incumplir el deber de convivencia que la guarda exige, puede resultar tan-

to por **mantenerlo alejado** del guardador, como por la **no integración familiar** del menor.

Sin embargo, en el primero de los aspectos, no debe olvidarse que un **alejamiento** temporal no significa, por sí solo, incumplimiento del deber de guarda, por cuanto, como ya dijimos, a los titulares de la potestad se les reconoce cierta discrecionalidad en tal sentido. Ello obligaría a valorar, previamente a considerar desamparado al menor por alejamiento de sus guardadores legales, si tal distanciamiento está o no dentro de las facultades de éstos, sabiendo que las premisas son la temporalidad y el beneficio del menor³⁰.

En cuanto a la **integración familiar** del menor, segundo aspecto de la convivencia, que exige relación personal y afectiva y participación de éste, su incumplimiento no está, en ningún caso, excusado por el alejamiento temporal, por cuanto los afectos y la comunicación es algo que debe mantenerse siempre, pues en otro caso estaríamos ante un desentendimiento de los titulares de la potestad inadmisibles.

Ahora bien, dado que el resultado de privación es imprescindible para que el desamparo exista, sólo el incumplimiento de los deberes de convivencia, que produzca en el menor carencia de

integración familiar, daría origen a desamparo. Dicho en otras palabras, estará desamparado el menor que carezca de asistencia familiar, y no lo estará, por el contrario, aquél otro que tenga esa asistencia, sea prestada por los titulares de la guarda, sea por otras personas.

Aquel incumplimiento de los deberes de convivencia de los padres o tutores que no signifique desamparo, porque el menor no quede desasistido, no impedirá la privación o suspensión de la patria potestad o la tutela (arts. 170 y 247 CC), pudiendo el Juez adoptar las medidas que considere oportunas, en beneficio del menor (art. 158 CC y 303 CC). Y en este sentido es, cuando menos, dudoso que resulte beneficioso para el menor una guarda de la entidad pública, cuando está familiarmente integrado, aunque no sea con sus padres o tutores legales.

- **Incumplimiento del deber de vigilancia.** En este aspecto cobra especial relieve el desentendimiento de los guardadores de las necesidades del menor. Así, no procurarle alimentos, con independencia de quién deba sufragarlos (padres, parientes o tutor), no procurarle educación, con independencia de quién deba decidir su orientación (padres o tutores), o no dotarlo de representación legal, con independencia

de a quién le corresponda ejercitarla (padres, tutores, curador, defensor judicial o Ministerio Fiscal), sería incumplimiento de los deberes de guarda.

Y aquí debemos hacer, de nuevo, la precisión referida al resultado, porque si el guardador, sea quien sea éste, recaba alimentos para el guardado o lo alimenta él mismo, le procura adecuada educación y pide, de quien proceda, nombramiento de representante legal y administrador de los bienes del menor, no existiría desamparo porque, otra vez, el menor está atendido, aunque no sea por los titulares de la guarda, sin perjuicio de que contra éstos se adopten las medidas cautelares o privativas correspondientes (arts. 158, 170, 247, 303, etc.).

- b) Ejercicio imposible.** También se produce desamparo cuando el menor se ve privado de las atenciones que conlleva la guarda a causa de que nadie las puede ejercer.

A esta «imposibilidad de ejercicio», vincula la doctrina los casos en que concurren en los titulares de la potestad de guarda, problemas económicos o de salud que le impiden, contra su voluntad, ejercer tales funciones³¹.

Sin embargo, nuevamente hay que relacionar, para el desamparo, lo que es la «imposibilidad» de los titulares de la guarda, con la circunstan-

cia de que el menor esté privado de guarda. Si mientras los padres están enfermos, o ausentes, los hijos son cuidados por los abuelos, o por otros parientes, no existiría desamparo, con independencia de que fuere preciso, en su caso, arbitrar el nombramiento de representante legal para ellos, en tanto subsista la enfermedad o la ausencia.

Desamparo existiría, en este supuesto cuando, junto a la imposibilidad del ejercicio de la guarda por los obligados a ello, el menor quedase sin efectiva guarda, pero no en otro caso, sirviendo aquí los mismos argumentos dados con anterioridad.

- c) Ejercicio inadecuado.** Esta causa de desamparo ofrece la peculiaridad de llevar implícito, a mi entender, el resultado de privación exigido por el concepto legal, por cuanto «privado de la asistencia que conlleva la guarda», estará necesariamente quien debe soportar un ejercicio inadecuado de la misma.

No obstante, determinar si el menor es guardado en forma adecuada no resulta tarea fácil³², pues en ello están involucrados principios y creencias personales que, mientras sean lícitos, deben ser respetados. Así, podría considerarse inadecuado, y de hecho hay personas que lo consideran, que el menor resida en un colegio en régimen de «internado», alejado durante considerables períodos del año del domicilio familiar, mientras que los guardadores po-

drían estimar que tal medida es la más idónea para la educación del menor. Y en similar situación estarían las opciones por un determinado tratamiento médico, o las objeciones que algunas religiones oponen a las transfusiones de sangre o a las intervenciones quirúrgicas.

La concreción de lo que sea adecuado en el ejercicio de los deberes de guarda, para diferenciarlo de lo inadecuado, tendrá que estar referido a las convenciones sociales mayoritarias y a los límites generales de legalidad y moralidad en dicho ejercicio, lo cual supone un fuerte componente de indeterminación que exige especial atención a las circunstancias de la situación concreta.

En cualquier caso, debe recordarse aquí, como se hizo en los supuestos anteriores, que la falta de adecuación en el ejercicio de la guarda, que da lugar a desamparo, debe separarse de la titularidad de la guarda, que da lugar a desamparo, debe separarse de la titularidad de la guarda, para atender al resultado de que el menor sufra por parte de sus guardadores, sean o no los titulares de la guarda, el inadecuado ejercicio de la misma.

Como resumen al sentido y alcance del desamparo, teniendo en cuenta todo lo anterior, podríamos decir que se entiende desamparado a aquel menor que no está debidamente guardado, es decir, que carece de una relación familiar normal. Que esta re-

lación familiar se la brinden sus padres u otras personas no es relevante para la calificación de desamparo. También es irrelevante cuál haya sido la intención del guardador, por cuanto hay que atender al resultado de privación en que el menor quede.

Podrá decirse que excluir del concepto de desamparo, y por ende de la tutela pública, al menor sometido a un «guardador de hecho», está posibilitando el odioso «tráfico de niños», que la reforma de 1987³³ pretendía evitar³⁴. Sin embargo, manteniendo como obligada referencia el beneficio del menor, no creo que la cuestión sea tan sencilla, ni que la inclusión en «desamparo» de la guarda de hecho vaya a evitar, de modo absoluto, tan desagradable tráfico.

En primer lugar, no todas las situaciones de guarda de hecho presuponen «tráfico de niños», y así podemos pensar en los casos, muy corrientes en nuestra sociedad, en que los padres dejan a los hijos bajo la custodia temporal de los abuelos, o de los tíos, o de otros parientes o amigos de su confianza, sea por motivos de trabajo, viajes, enfermedad, etc. Mientras los menores permanecen en esta situación, están guardados de hecho por terceros³⁵ y nadie piensa que en tales casos pueda existir tráfico, y nadie opina que en tales situaciones deba hacerse cargo la entidad pública de la tutela de los guardados así.

Sin duda que pueden existir otras situaciones en las que los padres en-

treguen los menores a extraños, con evidente intención de desentenderse de los hijos. En tales casos, mucho menos frecuentes, si los «guardadores de hecho» atienden debidamente al menor, tampoco existiría desamparo, lo cual no significa que tal guarda no suponga «infracción legal», por cuanto se estarían delegando funciones de la potestad que son intransferibles e indisponibles, lo que claramente supone, para los padres, incumplimiento de sus deberes y es causa de privación de la patria potestad.

Ahora bien, una cosa es que esta delegación de facultades derivadas de la potestad sea ilícita (art. 6,3º CC) y otra que suponga desamparo. La ilicitud de la delegación no supone la ilicitud de la guarda, porque el guardador de hecho no tiene facultades cedidas de los padres, sino atribuidas por la propia ley³⁶, y así, los arts. 303 y 304 CC le están reconociendo, y obligando a la vez, el ejercicio de guarda de interés del menor, y el 306 CC, acepta la posibilidad de resarcimiento a que se refiere el art. 220 CC, y el 229 CC, le exige promover la tutela, cuando corresponda.

Por esta vía, puede argumentarse, estaríamos legitimando la posibilidad de «burlar» la intervención pública en los acogimientos familiares y adopciones, dado que los padres podrían entregar al hijo, incluso mediante precio, a personas que se encargaran de su guarda. Los padres podrían verse privados de la patria potestad (art. 170 CC), pero

eso no afectaría a los guardadores que seguirían con el menor.

Sin embargo, ya he dicho antes que la cuestión no parece tan fácil porque, de un lado, la conversión de una «guarda de hecho» en un «acogimiento familiar», o en una «adopción», precisa ineludiblemente de la intervención de la entidad pública, tenga o no la tutela (arts. 173,1º y 176,2º CC y 1828 LEC). En segundo lugar, porque la «guarda de hecho» está sometida al control de la Autoridad Judicial (art. 303 CC), que deberá proveer, en beneficio del menor, acerca de las medidas protectoras adecuadas entre las que podrían estar, el acogimiento, con consentimiento de la entidad pública, o la tutela ordinaria, previa privación de la patria potestad. El beneficio del menor podría recomendar que estas medidas recaigan en favor de los guardadores, pero también podría hacerlo en sentido contrario y entonces no conservarían la guarda.

Con estas premisas, efectivamente resulta posible, aunque poco probable, que alguien se arriesgue a «dar precio» por ser guardador de un menor, con la perspectiva de no poder pasar de esa situación de hecho, sin contar con el beneplácito de la entidad pública, o con la favorable sanción de la autoridad judicial. Esta supondría mantener la guarda en una difícil clandestinidad, reñida con la obligada asistencia al menor que, desde su nacimiento, precisa de controles médicos, vacunaciones, etcétera, en que la intervención de sus representantes legales se hace imprescindible.

Pero es que, además, el problema no se soluciona por incluir en desamparo la guarda de hecho, ni impediría que esas guardas irregulares se produjeran. La hipótesis seguiría siendo igual de posible e igual de improbable; el riesgo de los guardadores, el mismo. La única diferencia estaría en la entrada en vigor de la tutela pública, pero ni siquiera eso alteraría el destino final del menor: su acogimiento familiar, su adopción o su tutela por persona adecuada, que deberá adoptarse en favor de quienes resulten más beneficiosos para el menor.

Además, esta segunda opción de estimar desamparado, en todo supuesto, al menor guardado de hecho, puede producir otras consecuencias negativas a tener en cuenta. La posibilidad de intervención de la entidad pública, podría inducir a los padres a no dejar a sus hijos con amigos o parientes, en ningún caso, por temor a que aquella ponga en marcha la tutela pública y decida, por ejemplo, entregar en acogimiento al menor a extraños, a los que ni los padres ni el hijo conocen, haciendo considerablemente incómoda la relación paterno-filial, además de poner en peligro la patria potestad y la estabilidad familiar.

Algunos autores, intentando paliar las dificultades que la objetividad, junto al carácter finalista, sugiere, pese a aceptar el carácter objetivo del desamparo, hacen hincapié en distinguir tipos distintos de éste, en función de que exista o no voluntad de desamparar en los padres o tutores, a saber:

- a) **Desamparo «forzoso» o involuntario**³⁷, también llamado «aparente»³⁸, que se produciría en los casos de fuerza mayor, y vinculado al supuesto del art. 172,2º, en que los titulares de la potestad pidan a la entidad pública la guarda, por enfermedad u otra circunstancia grave. GARCIA GARCIA incluye también en este tipo los casos en que los menores queden sin padres o tutores.
- b) **Desamparo «culposo» o voluntario**³⁹, entendido como abandono⁴⁰, y calificado así para los supuestos en que los padres o tutores se desentienden de sus deberes para con sus pupilos (incumplimiento), o ejercen inadecuadamente sus funciones (incorrecto o inexacto cumplimiento).
- c) **Desamparo «total» o «real»**⁴¹, que comprendería el llamado antes culposo y el forzoso, cuando los padres o tutores no hayan pedido la guarda de la entidad.

Estas distinciones van encaminadas a arbitrar consecuencias distintas, en cuanto a la intervención de la entidad pública, en función del tipo de desamparo ante el que estemos, y que podríamos resumir en dos:

- a) **Acción tutelar**, que se produciría en todos los casos en que los padres o tutores no hayan pedido la guarda a la entidad, es decir, en el culposo y en el real o total, según la terminología de cada autor⁴².

b) **Acción guardadora**, como excluyente de la «eminente tutela pública automática», concurrente en el solo supuesto en que los titulares de la potestad, además de no ser culpables, son diligentes. Esta diligencia consistiría en pedir a la entidad pública la asunción de la guarda⁴³.

La idea de este planteamiento, sería la siguiente: Cuando los padres o tutores, por motivos económicos o de salud, no pueden atender al hijo, se produciría una situación de desamparo. En este caso, la entidad pública sería la tutora, pero los padres pueden evitar tal tutela pública si piden a la entidad que sea sólo guardadora.

Y su fundamento nacería de una específica interpretación del art. 172,2º CC:

Cuando este artículo dice que la entidad pública «asumirá solo la guarda», está introduciendo una suerte de excepción a la regla general de tutela recogida en el apartado 1º, de tal modo que lo normal en el desamparo será la tutela pública (que comprendería tanto la guarda como la educación, representación y administración de los bienes del menor), y la excepción, la simple guarda⁴⁴.

Con estas premisas, lo que en realidad se está haciendo es sentar que, pese a la literalidad legal, no toda situación de desamparo da lugar a la tutela pública, sino tan solo algunas de ellas. GARCIA GARCIA dice, en tal sentido, que

el legislador ha establecido la «guarda automática» del menor en casos de desamparo, restringiendo la «tutela automática» solamente al desamparo culposo⁴⁵.

Sin embargo, tal construcción jurídica no encaja con las normas positivas, por cuanto la ley no hace tales distinciones. Así, el art. 172,1º, dice que corresponde a la entidad pública la tutela de los menores que se encuentren en situación de desamparo, el 222,4º, por su parte, somete a tutela a los menores desamparados, y el 239,1º, por último, atribuye a la entidad pública tal tutela. Ninguno de estos preceptos limita la tutela pública al desamparo «culposo», ninguno excluye el desamparo «forzoso» de la tutela pública, ni siquiera lo hace el art. 172,2º, del que se deduce, en forma indirecta y discutible, tal distinción. Lo que la ley dice es que el desamparo, ya sea culposo o sea forzoso, da lugar a la tutela pública, y por tanto tendremos que atenernos a dicho principio, porque donde la ley no distingue no debemos distinguir.

En mi opinión, como he apuntado antes, mejor que por la vía de hacer distinciones en el tipo de desamparo en función de la intención de los titulares de la guarda, la cuestión se resuelve con más concordancia si nos atenemos al texto legal y, en consecuencia, limitamos el desamparo al ejercicio de la guarda, de un lado, y atendemos al resultado de efectiva privación en que debe quedar el menor, de otro lado.

En tal caso, el llamado desamparo «forzoso» no existiría, por cuanto la petición de los titulares de la guarda para que otros se hagan cargo de ésta por imposibilidad de aquéllos⁴⁶, deja al menor efectivamente guardado, eliminando el resultado de privación necesario y por tanto la posibilidad de desamparo.

Y vinculando la necesidad legal de privación de las asistencias de la guarda al concepto de desamparo, es indiferente que el mismo sea culposo o real, en cuanto que en ambos se produciría negligencia en los titulares de la guarda cuando, no ejerciendo o no pudiendo ejercer directamente las funciones de guarda, se abstienen de proveer para que otros realicen tal función.

Como recapitulación final, podríamos decir que es desamparo aquella situación objetiva (independiente de la voluntad de los guardadores) de privación de asistencia moral o material que la ley atribuye a la guarda (convivir y velar), en que se encuentra un menor. Para el desamparo lo importante es que la guarda suponga efectiva protección al menor. Que ésta no sea ejercida por sus titulares legales no da lugar al desamparo, siempre que exista guardador adecuado que la ejerza en beneficio del menor. El incumplimiento de los deberes de guarda de los titulares, en este último caso, dará lugar a otras medidas sancionadoras (arts. 170 y 247 CC) y protectoras (arts. 158, 173, 176, 222, 286, 299 CC, etc.), sin que el desamparo tenga que ser presupuesto de las mismas.

(1) Ver J.M. CASTAN VAZQUEZ, «Comentarios al Código Civil y Compilaciones Forales», dirigidos por Manuel Albaladejo. Revista de Derecho Privado. 2ª Edición. Madrid 1985. Tomo III, Vol. 2º, pág. 112; J.M. RUIZ-RICO RUIZ, «La Tutela ex lege, la Guarda y el Acogimiento de Menores». Actualidad Civil-número 2, semana 11-17 de enero de 1988, pág. 72; A. GIL MARTINEZ, «La Reforma de la Adopción», Dykinson, Madrid 1990, págs. 56 y 59.

(2) R. BERCOVITZ RODRIGUEZ-CANO, «Comentarios a las reformas del Derecho de Familia», Tecnos, Madrid 1984, Vol. II, pág. 1049, que se remite, a su vez, a DIEZ-PICAZO - GULLON y LACRUZ - SANCHEZ; CASTAN VAZQUEZ, «Comentarios al Código Civil...», citado, Tomo III, vol. 2º, pág. 112.

(3) BERCOVITZ, «Comentarios a las reformas...», citado, pág. 1049; CASTAN VAZQUEZ, «Comentarios al Código Civil...», citado, pág. 113, entre otros.

(4) BERCOVITZ, op cit., pág. 1049, que reproduce lo dicho por LACRUZ - SANCHEZ, «Elementos de Derecho Civil», Librería Bosch, 1984, Tomo IV, pág. 742.

(5) FONSECA GONZALEZ, «El deber de oír a los hijos», en «La tutela de los Derechos del Menor», 1º Congreso Nacional de Derecho Civil, Córdoba, marzo 1984, Junta de Andalucía, pág. 134; A. LEON ARCE, «Reflexiones en torno a la regulación española en materia de patria potestad en relación al principio 'Tout pour l'enfant'», en «La Tutela de los Derechos del Menor», citada, pág. 271; E. MIRET MAGDALENA, «Influencia de la fa-

milia en los problemas del menor», en «La Tutela de los Derechos del Menor», citada, pág. 299.

⁽⁶⁾ CASTAN VAZQUEZ, op. cit.

⁽⁷⁾ op. cit págs. 1049 y 1050; y en igual sentido DIEZ-PICAZO - GULLON, «Sistema de Derecho Civil», Tecnos, 1992, Vol. IV, pág. 367; CASTAN VAZQUEZ, op. cit., págs. 113 y 114; etcétera.

⁽⁸⁾ BERCOVITZ, op. cit., pág. 1049; RUIZ-RICO, op. cit., pág. 74; L. MARTINEZ-CALCERRADA, «En nuevo Derecho de Familia», Tomo I, 2ª Edición, Madrid 1984, pág. 31 y 33.

⁽⁹⁾ A. LEONARCE «Reflexiones en torno...», en «La tutela...», citada, pág. 271.

⁽¹⁰⁾ BERCOVITZ, op. cit. pág. 1052; CASTAN VAZQUEZ, op. cit., pág. 121.

⁽¹¹⁾ BERCOVITZ, Ver nota anterior.

⁽¹²⁾ J.M. LETE DEL RIO, «Comentarios al Código Civil...», dirigidos por Manuel Albaladejo, Tomo IV, pág. 376, interpretando, a contrario sensu, el art. 215 CC, opina que la obligación de alimentos entre parientes de los arts. 143 y ss. CC, se antepone a la del tutor, discrepando así de SANCHO que se inclina por la obligación directa del tutor a prestar alimentos al tutelado, obtenida del artículo 153 CC.

⁽¹³⁾ BERCOVITZ, op. cit., pág. 1053.

⁽¹⁴⁾ CASTAN VAZQUEZ, op. cit., pág. 126.

⁽¹⁵⁾ BERCOVITZ, op. cit. pág. 1053.

⁽¹⁶⁾ LETE DEL RIO, op. cit., pág. 378.

⁽¹⁷⁾ Ver en tal sentido a RUIZ RICO, op. cit., pág. 73.

⁽¹⁸⁾ DIEZ-PICAZO - GULLON, «Sistema...», citado, Tomo IV, pág. 367; BERCOVITZ, op. cit., pág. 1054; R. NOGUEIRA SORIANO, «La doctrina del Tribunal Constitucional sobre el principio de libertad de enseñanza», Revista Jurídica de Castilla-La Mancha, número 3.

⁽¹⁹⁾ I. GARCIA GARCIA, «Notas para una construcción jurídica del acogimiento de menores en el derecho español», La Ley 1984-4, pág. 995.

⁽²⁰⁾ RUIZ-RICO, op. cit., pág. 63.

⁽²¹⁾ I. GARCIA GARCIA, op. cit., pág. 996; GIL MARTINEZ., op. cit., pág. 20.

⁽²²⁾ J.M. CABALLERO GONZALEZ, «La Tutela de los menores en situación de desamparo», La Ley 1988-2, pág. 1056.

⁽²³⁾ I. GARCIA GARCIA, op. cit., pág. 1000.

⁽²⁴⁾ CABALLERO GONZALEZ, op. cit., pág. 1056.

⁽²⁵⁾ RUIZ-RICO, op. cit., pág. 63; y en igual sentido E. VALLADARES RASCON, «Notas urgentes sobre la nueva ley de adopción», Poder Judicial, 2ª época, número 9, marzo 1988, Consejo General del Poder Judicial, págs. 31 y 32.

⁽²⁶⁾ F. SANCHO REBULLIDA, «La adopción según la ley de 11 de noviembre de 1987», Suplemento al «Derecho de familia» de «Elementos...», Barcelona 1988, pág. 16. Rechaza el autor que exista situación de desamparo en un menor asistido por guardador de hecho, basándose en la necesidad

de resultado que el concepto tiene, en los siguientes términos: «*A mi juicio, en esta hipótesis no se produce situación de desamparo en sentido legal, pues ésta consiste literalmente en la que se produce de hecho: si no hay situación fáctica de desamparo (por lo que sea, por cualquier amparo existente de hecho), tampoco la hay legal.*».

⁽²⁷⁾ RUIZ-RICO, op. cit., pág. 63.

⁽²⁸⁾ En igual sentido VALLADARES RASCON, op. cit., pág. 33; y GARCIA GARCIA; op. cit., pág. 1000.

⁽²⁹⁾ GARCIA GARCIA, op. cit., pág. 1000.

⁽³⁰⁾ BERCOVITZ, «Comentarios...», citado, pág. 1049.

⁽³¹⁾ Ver RUIZ-RICO, VALLADARES, GARCIA GARCIA, en citas anteriores.

⁽³²⁾ GIL MARTINEZ, op. cit., pág. 23.

⁽³³⁾ Ver Preámbulo de la ley 21/1987.

⁽³⁴⁾ RUIZ-RICO, en la obra ya citada, pág. 63, sugiere esta idea, calificándola de «mucho más grave», al criticar la necesidad de resultado de privación en el desamparo, que propicia, a su parecer, la entrega temporal o definitiva del menor a terceros.

⁽³⁵⁾ Así lo califica, por ejemplo, SANCHO, ver nota anterior número 26.

⁽³⁶⁾ Así lo entiende RUIZ-RICO, op. cit., pág. 74.

⁽³⁷⁾ GARCIA GARCIA, op. cit., pág. 1000.

⁽³⁸⁾ VALLADARES RASCON, op. cit., pág. 35.

⁽³⁹⁾ GARCIA GARCIA, ver nota anterior.

⁽⁴⁰⁾ GIL MARTINEZ, op. cit., pág. 20.

⁽⁴¹⁾ VALLADARES RASCON, op. cit., págs. 34 y 35.

⁽⁴²⁾ GARCIA GARCIA, op. cit., pág. 1000; VALLADARES RASCON, op. cit., págs. 34, 35 y 37.

⁽⁴³⁾ Ver nota anterior; y en igual sentido, RUIZ RICO, op. cit., pág. 63.

⁽⁴⁴⁾ VALLADARES RASCON, op. cit., pág. 34; RUIZ-RICO, op. cit., pág. 62 y 63.

⁽⁴⁵⁾ GARCIA GARCIA, op. cit., pág. 100.

⁽⁴⁶⁾ Que sería el director del establecimiento o los acogedores familiares, según el art. 172,3º CC, aunque también podría ser otro pariente o amigo, que actuaría como guardador de hecho, según el art. 303 CC.

REUNION DE PRESIDENTES DE ASOCIACIONES DE INFANCIA DE ESPAÑA

A. BALLESTEROS

Las Asociaciones de Infancia desde sus respectivas áreas de actuación han tenido siempre en cuenta la necesidad y conveniencia de trabajar en común y aunar esfuerzos de cara a una mayor efectividad en sus acciones en favor de la infancia y la adolescencia.

A lo largo de estos últimos años, algunas asociaciones han realizado actividades conjuntas específicas, no siempre desde iniciativas de las propias ONGs, como es la entrevista con el Fiscal General del Estado en 1993 y las aportaciones a la Instrucción 2/1993 (el Ministerio Fiscal y el Derecho a la Intimidad de los Menores víctimas de un delito), participación a instancias de la Dirección General del Menor y la Familia en la elaboración del informe del Estado Español a la O.N.U. sobre el desarrollo de los contenidos de la Convención de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas, asistencia a distintos foros, etcétera. Aun así, por diferentes motivos no se ha llegado a concretar programas conjuntos y a establecer canales de comunicación y coordinación.

La multiplicidad de asociaciones por y para la infancia puede resultar enri-

quecedora, aunque la dispersión no siempre favorece los resultados.

Por lo tanto, se vio la conveniencia de mantener una reunión de algunas asociaciones de infancia de ámbito estatal, analizar la situación de la infancia-adolescencia y sus necesidades, así como el papel de estas asociaciones y planificar actividades que se puedan realizar conjuntamente.

A la citada reunión, que se celebró el día 6 de octubre del presente año en la sede de esta Federación, asistieron los presidentes o representantes de las siguientes asociaciones:

- Aldeas Infantiles S.O.S. de España: D^a Isabel Carrasco.
- Asociación para la Educación Democrática (AED): D. José María Rianza Ballesteros.
- Asociación Mensajeros de la Paz: D^a María Antonia Carrasco.
- DNI España: D^a Mar Ocaña Torregrosa y D. Juan José Montenegro Cabello.
- Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil

(FAPMI): D. Antoni Martínez Roig y D. José Díaz Huertas.

- Fundación Cooperación y Educación (FUNCOE): D^a Purificación Laquet Baldellou.
- Fundación Familia, Ocio y Naturaleza (FONAT): D. José Luis Fernández Rioja.
- Liga para la Educación y la Cultura Popular: D^a Ana Luisa López.
- Unicef, Hogares Anar, Movimiento Junior y Acción Católica disculparon su asistencia por motivos de agenda, aunque se mantuvo contacto con las mismas.

En ella se acordó seguir avanzando en la búsqueda de espacios de encuentro y coordinación y en la elaboración de estrategias conjuntas de cara a mejorar la calidad y efectividad de las respuestas en favor de la infancia y adolescencia.

Desde los distintos campos de actuación de las asociaciones -de la prestación directa de servicios a la sensibilización social y formación de profesionales- se plantearon diferentes puntos de interés general. Entre otros, la falta de una preocupación social ante los temas de la infancia y la movilización de la sociedad sólo ante situaciones de índole emocional (Ruanda, Bosnia, etc). Este desconocimiento de la infan-

cia es mayor en la etapa que va de 0 a 6 años y la adolescencia. Otro punto a destacar fue la importancia de las políticas integrales de infancia y del desarrollo de un Plan de Infancia y de un Consejo de la Infancia a similitud del Consejo de la Juventud.

Por parte de las asociaciones se constató la necesidad de coordinación, las dificultades de financiación, la importancia de la presencia en los medios de comunicación, etc.

Se consideró la conveniencia de establecer una **PLATAFORMA DE ONGs DE INFANCIA**, en la que además de las Asociaciones asistentes se invitaría a formar parte de la misma a otras asociaciones. Para que esto se lleve a efecto se realizarán las gestiones oportunas.

Se acordó elaborar un documento común que recogiera puntos de coincidencia de las Asociaciones de Infancia respecto a las necesidades y problemas de este sector. Ese documento se presentaría en el Día Internacional de los Derechos del Niño, el 20 de noviembre, dentro de las actividades que se realizarán ese día. Para ello, se propuso presentar un programa que incluiría actividades conjuntas.

A este primer paso se le daría continuidad con la celebración de un seminario sobre asociacionismo de infancia, a partir del cual se establecería una coordinación y relación más amplia.

MALTRATO INFANTIL: PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO E INTERVENCIÓN DESDE EL AMBITO SANITARIO

DOCUMENTOS TECNICOS DE SALUD PUBLICA Nº 22. DIRECCION
GENERAL DE PREVENCIÓN Y PROMOCION DE LA SALUD.
CONSEJERIA DE SALUD. COMUNIDAD DE MADRID.

J. A. MOLINA FONT

Presidente de la Sección de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría

Los malos tratos a la infancia continúan siendo una dolorosa realidad, aunque la forma de los mismos ha ido modificándose en función de las características culturales, sociales y el desarrollo económico. Es un concepto muy amplio, que ha sido motivo de numerosas aportaciones bibliográficas, algunas muy valiosas, y de la organización de numerosos Cursos, Reuniones, Simposiums, Congresos, etc. Como exponente de esa evidente y al mismo tiempo necesaria preocupación han nacido numerosas Asociaciones para el estudio, prevención y tratamiento de este cuadro. La Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI), es un ejemplo de esta evidente preocupación. Incluye desde el abandono total (paliado por la adopción), o encubierto y la carencia afectiva hasta el síndrome del niño apaleado. Hoy día interesan las formas enmascaradas o sutiles de maltrato infantil, que deben ser objeto de estudio. La lista es larga y continuamente incrementada:

1. Rechazo u olvido de las normas de higiene durante la gestación.
2. Rechazo de las prácticas de puericultura (vacunaciones, higiene general, bucodentaria, etc).
3. Dietas limitadas o carenciales, con pretextos no siempre justificados, cuyo resultado será un retraso ponderoestatural o una clara malnutrición global o parcial.
4. Sobrevaloración de síntomas mínimos o fisiológicos. La consecuencia suele ser, consultas médicas frecuentes, exámenes diagnósticos complementarios innecesarios, «Síndrome de Ulises», tratamientos incorrectos o limitaciones no justificadas en el régimen de vida.
5. Negativa a la administración de antibióticos, con lo cual las infecciones pueden llevar un curso desfavorable con complicaciones y secuelas.

6. Rechazo de todo tipo de medicamentos, con lo cual las enfermedades persisten haciendo al niño más dependiente de la madre.
7. Negación de cuidados médicos como grado máximo de los anteriores. Existe miedo o menosprecio conceptual y la consecuencia es el recurso a «otras» medicinas o la falta de asistencia.
8. Síndrome de Munchausen, en la que el niño es víctima de enfermedades fantásticas inducidas o fabricadas por los familiares o personas próximas.
9. Terrorismo psicológico, con el pretexto de educar mejor, que puede dar lugar a graves trastornos psicológicos.
10. Abuso pedagógico, con el deseo de una mejor formación, en el cual el niño después de pasar la mayor parte del día en la escuela, es obligado a asistir a clases extras de informática, idiomas, música, deportes, ballet, etc., sin contar con sus posibilidades y aptitudes e impidiendo que tenga tiempo libre para el reposo y el juego.
11. Hipocrecimiento psicosocial, en el cual el niño a consecuencia de carencias múltiples tiene un menor nivel de crecimiento y desarrollo.

En torno a este tema, todas las investigaciones y publicaciones realizadas han de ser bien recibidas, en cuanto

puedan contribuir a un mejor conocimiento del problema y sentar las bases de su necesaria prevención. El libro que tenemos entre las manos recoge de manera muy amplia y documentada, los contenidos y materiales de los Cursos que sobre Prevención e Intervención desde el ámbito sanitario en el maltrato infantil se han realizado durante el año 1994 organizados conjuntamente por las Consejerías de Salud y de Integración Social de la Comunidad de Madrid, contando con la colaboración del Ministerio de Asuntos Sociales e Insalud de Madrid.

El contenido del libro puede tener una doble utilidad. Para aquellos que se inicien en esta problemática encontrarán en él una visión completa y actual, evitándole el esfuerzo de buscar dicha información dentro de una bibliografía muy extensa y desperdigada, de múltiples orígenes (investigadores del tema, Administración, Asociaciones, grupos de trabajo, etc.) en cuanto su interés ha traspasado el ámbito exclusivamente pediátrico. Por otra parte los ya iniciados o conocedores del tema, que cada vez son más, les será de utilidad para matizar algunos datos y conocer la experiencia de otros investigadores y de otras regiones.

El libro está estructurado en dos partes bien diferenciadas. En la primera parte «Maltrato infantil», a lo largo de 24 capítulos se analizan de manera bastante exhaustiva los diversos aspectos del síndrome, tales como concepto, tipologías, incidencia, factores de riesgo, métodos diagnósticos, aspectos médi-

co-legales, papel de los profesionales sanitarios, sistemas de protección, intervención social, acogida en instituciones, etc. Este apartado termina con una exposición de los Derechos del niño, la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado, Organización de los Derechos de la Infancia en la Comunidad de Madrid y Programas de Investigación para la mejora de la atención Social a la Infancia.

En la segunda parte del libro se analizan Problemas de Salud relacionados con el maltrato (síndrome de abstinencia neonatal, embarazo de alto riesgo, muerte súbita del lactante,

retraso de crecimiento psicosocial, enfermedades de transmisión sexual, hepatitis B, infección VIH, etc.).

No me queda más que felicitar a los Autores y Editores del libro por su excelente presentación y expresar el deseo y el convencimiento de que será de gran utilidad para todos aquellos profesionales que tengan que intervenir en la resolución de este problema. Como ya se hace mención en la introducción del libro, ojalá llegue un día en que la Organización de estos Cursos y la publicación de este tipo de libros no sea necesaria, lo cual sería señal de que habría desaparecido esta vergonzosa lacra social.

I JORNADAS SOBRE INFANCIA MALTRATADA: EL MALTRATO INSTITUCIONAL

Asociación Vasca para la Ayuda a la Infancia
Maltratada. (AVAIM)

Edita: Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral
de Alava. Vitoria-Gasteiz. 1994. 119 páginas.

IGNACIO GOMEZ DE TERREROS

Pediatra. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla

Estamos ante una monografía sobre Maltrato Institucional que no me cabe duda, constituirá un libro de obligada consulta y referencia en relación a esta tipología del contexto de abuso y negligencia con la infancia, de la que existe especial desconocimiento y falta de sensibilización, muchas veces fruto del vacío formativo existente tanto a nivel profesional como comunitario, de ahí la importancia y la oportunidad de la organización de unas Jornadas, foro de reflexión, sobre Maltrato Institucional y de la edición de su contenido.

Una vez más, el esfuerzo conjunto de las O.N.G. y la Administración da sus frutos. Ejemplo de ello es:

- La excelente estructuración de las Jornadas efectuadas por la dinámica Asociación Vasca para la Ayuda de la Infancia Maltratada (AVAIM).
- Las reflexiones tanto desde el punto de vista político efectuada por el Alcalde-Presidente del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, D. José Angel

Cuerda Montoya, como técnico a través de un cartel de profesionales profundamente conocedores del tema, que lo han abordado dentro de sus respectivas facetas, con especial enfoque preventivo y desde el buen trato.

Servicios Sociales (Maite Bueno Gutiérrez, Mercedes Alvares González), Sanitario (Antonio Martínez Roig), Escolar (Pilar Lapetra Coderque), Atención Residencial (José A. Díaz Huertas), Asociaciones de Prevención del Maltrato Infantil (Ramón Muñoz Cano), Judicial (Javier Urrea Portillo).

- La publicación de las mismas por el Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Alava.

De especial trascendencia considero las siguientes aportaciones:

- **Declaración:** «Políticos, técnicos y auxiliares, médicos y personal de enfermería, docentes, personal de administración y servicios, jueces,

fiscales y abogados, periodistas y miembros de las O.N.G. deben asumir que el primer nivel de responsabilidad en la Prevención del Maltrato Institucional es absolutamente personal».

- **Definición de Maltrato Institucional** que fue más citada en la Jornada y como consecuencia asumida por la misma, lo que contribuye a la necesaria unificación conceptual: «Se entiende por Malos Tratos Institucionales 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 comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que vio-

le los derechos básicos del niño y/o la infancia» (Martínez Roig y Sánchez Marín, Barcelona 1989).

- Presentación por la Vicepresidente de AVAIM, doña Elena Redondo Hermosa del **Decálogo para la Prevención del Maltrato Institucional**, fruto del trabajo desarrollado durante las Jornadas, abierto a comentarios y sugerencias de los profesionales que lo deseen.

El Decálogo se divide en diez secciones, las tres primeras dedicadas a aspectos de carácter general y las siete siguientes a los diversos ámbitos institucionales, incluidas las O.N.G.

Finalizamos llamando la atención sobre la aportación bibliográfica actualizada ofrecida por los autores, que realza aún más el extraordinario interés de la obra.

GUÍA DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL ADIMA

Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato. 1993

CARMEN SANCHEZ MORO

La guía de atención al maltrato infantil, editada por ADIMA, (Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato) constituye un manual básico de referencia para todos los profesionales y personas sensibilizadas o preocupadas por el problema de los malos tratos a la infancia, al tiempo que representa un instrumento útil, operativo y práctico para facilitar la intervención de los diversos profesionales y sectores, más directamente implicados en el problema y en la atención a la infancia.

Cabe destacar el carácter multidisciplinar y en enfoque intersectorial de la Guía, no sólo porque en su elaboración han intervenido un nutrido grupo de profesionales pertenecientes a las diversas disciplinas y sectores en relación con la infancia (pedagogos/as, psicólogos/as, pediatras, A.T.S., trabajadores sociales, maestros/as, policías, letrados/as fiscales, etc.) sino también por la filosofía, concepción y formulación de la propia Guía, que crea un espacio de encuentro de los diversos profesionales, para la elabora-

ción de respuestas conjuntas y solidarias frente al problema del maltrato infantil.

En relación a los contenidos de la Guía cabe destacar que la estructuración del texto en bloques temáticos, relativamente independientes, facilita una búsqueda adaptada al perfil profesional de cada área o sector de intervención, al tiempo que permite una comprensión multidisciplinar del problema.

La Guía se estructura en 4 grandes bloques temáticos:

En el **Bloque I**, «La comprensión del problema del maltrato», se definen de manera operativa los diversos tipos de malos tratos, teniendo en cuenta, tanto la tipología básica (malos tratos físicos, abuso sexual, maltrato emocional, abandono físico y abandono emocional) como otros tipos de malos tratos quizá menos conocidos (maltrato institucional, explotación infantil, maltrato prenatal y síndrome de Munchausen por poderes).

Por otra parte se analizan los diversos factores de riesgo (factores individuales, familiares, socioculturales y ambientales) que predisponen con mayor frecuencia la aparición de situaciones maltratantes, considerando al mismo tiempo los diversos modelos explicativos, especialmente los modelos multicausales, entre los que se destaca el modelo ecológico interaccional, que pone de manifiesto la interacción de la multiplicidad de factores en los distintos niveles o sistemas en los que se integra la vida y desarrollo del niño.

También en este bloque se describen y analizan los efectos y consecuencias de los malos tratos, tanto a nivel físico como psicológico, en el desarrollo y personalidad de los niños y niñas, teniendo en cuenta los distintos tipos de malos tratos de que han sido objeto.

En lo que se refiere a la detección del problema, se destaca la importancia de la sensibilización y formación de los profesionales y de la sociedad de cara a una detección temprana de los problemas de malos tratos o de situaciones de alto riesgo, describiendo para ello los indicadores específicos, que permiten identificar los diferentes tipos de malos tratos, así como los requisitos para señalar la presencia de los mismos, subrayando la necesidad de crear canales administrativos de notificación y denuncia y de agilizar la coordinación entre profesionales y servicios.

Por último, se aborda la Prevención en sus diferentes niveles, resaltando la

necesidad de que los programas preventivos actúen simultáneamente sobre los numerosos factores que crean los contextos propicios para el maltrato infantil y traten de aprovechar los momentos de crisis de cualquier situación de transición, que generan una mayor apertura a la intervención profesional.

En el **Bloque II** se aborda el marco legal y las Cuestiones Jurídicas y Administrativas relacionadas con los malos tratos. Presentando de manera accesible, a todos los sectores implicados en la atención infantil, los aspectos administrativos y jurídicos del problema:

- La legislación relativa a la protección a la infancia (a nivel estatal y en el ámbito autonómico, las competencias otorgadas a la Junta de Andalucía en materia de Protección de Menores).
- Los instrumentos jurídicos (leyes, circulares, etc.) de que se dispone para actuar frente al maltrato en cada ámbito específico de actuación (sanitario, educativo, jurídico, policial).
- Los conceptos y medidas básicas de protección de menores de la Ley 21/87) (Desamparo, Tutela, Guarda, Acogida Familiar y Adopción).
- Los procedimientos administrativos a seguir.

En el **Bloque III**, «Los profesionales ante el maltrato», se aborda la problemática de los malos tratos desde la

perspectiva de cada uno de los diferentes sectores profesionales o ámbitos de intervención más directamente implicados en la atención y protección de la infancia (Servicios Sociales, Salud, Educación, Justicia, Policía y Medios de Comunicación).

La visión que ofrecen los distintos sectores profesionales es diferente y complementaria, de ahí que la Guía haya optado por ofrecer distintas, pero próximas, cada una de las visiones de los sectores; con ello se pretende que cada profesional pueda acercarse al sector que les resulta más afín, al tiempo que conocer lo que los otros sectores proponen, conociendo de este modo no sólo la forma y el momento en que pueden y deben intervenir, sino también lo que otros sectores pueden y deben hacer y la forma de interrelacionarse unos y otros, favoreciendo de esta manera la respuesta intersectorial y coordinada en la que el niño y la familia sean la prioridad común.

En el **Bloque IV**, «Una respuesta Conjunta al maltrato Infantil», se explicitan los fundamentos y los niveles de la acción intersectorial, entendiendo ésta como un proceso escalonado de convergencia con otros sectores que permite articular una respuesta conjunta al problema, atendiendo a principios de calidad, eficiencia y un mejor aprovechamiento de los recursos existentes.

Asimismo, se propugna la coordinación entre los distintos niveles que tienen competencia para abordar el problema del maltrato infantil; desde el

nivel institucional hasta el nivel local, definiendo la responsabilidad de la respuesta de cada uno de ellos.

Por otra parte se hace hincapié en la necesidad de investigar sobre la problemática del maltrato infantil, ya que es necesario conocer mejor el fenómeno a fin de poder actuar mejor, para ello se definen las líneas de investigación más relevantes (Incidencia y prevalencia del problema, tipos de malos tratos en cada una de sus manifestaciones, la búsqueda y especificación de los indicadores, las causas o factores de riesgo, programas de prevención, consecuencias del maltrato a corto, medio y largo plazo, evaluación de la efectividad de los diferentes modelos y programas, etc.). Asimismo, se señalan las dificultades para la investigación y los requisitos y condiciones metodológicas que ésta requiere.

En lo que se refiere a la formación se destaca la importancia de ésta como un instrumento básico para la prevención, sensibilización y detección de los malos tratos, especificando los diferentes niveles de población a los que van orientadas las recomendaciones en materia de formación.

Por último se señala el papel de las asociaciones y sus objetivos según se dirijan hacia los profesionales, los ciudadanos y las instituciones; se enfatiza su papel en la prevención, formación y sensibilización y se describe el desarrollo del movimiento asociativo en el Estado Español en los últimos años.

Finalmente se señalan las fuentes de información y documentación de ámbito internacional y estatal más importantes junto con una abundante bibliografía sobre el tema, que también acompaña cada uno de los bloques temáticos anteriormente comentados.

En resumen, como se señala en su introducción, «...esta guía es una herramienta operativa y práctica para los profesionales, una motivación para la búsqueda de espacios de encuentro y la elaboración de estrategias compartidas para mejorar la respuesta conjunta y solidaria frente al problema del maltrato infantil».

LA CRUZ ROJA Y SU TRABAJO CON LA INFANCIA EN DIFICULTADES

AGUEDA LAFORA GONZALEZ

Departamento de Actividades y Servicios

Cruz Roja Española

Los programas de intervención social que Cruz Roja realiza están dirigidos a luchar contra la exclusión social de las personas y sectores sociales más desfavorecidos a través de un enfoque preventivo, paliativo y rehabilitado, ofreciendo un espacio a la participación ciudadana a través de la colaboración voluntaria.

La intervención de Cruz Roja en este área se deriva de su condición de Organización Humanitaria comprometida con las personas más vulnerables «aquellas que corren mayor peligro en situaciones en las que tanto su vida como su capacidad para vivir con un mínimo de seguridad económica y social y de dignidad humana se ven amenazadas».

Enlaza, asimismo, con otra característica que identifica a la Institución, el ser una Entidad participada por voluntarios y conecta, por último, con su condición de Organización inserta en el tejido social y colaboradora en la solución de problemas que afectan a la sociedad en su conjunto.

Las capacidades que permiten a Cruz Roja afrontar este reto son su implantación geográfica y su proximidad a los ciudadanos; la Institución está presente en todas las Comunidades Autóno-

mas y sus provincias y cuenta con 827 Oficinas Locales y la experiencia que le concede una larguísima trayectoria de esfuerzo conjunto de voluntarios y personal remunerado dirigido a promover una mejora en la calidad de vida de los destinatarios de nuestros proyectos, a ofrecerles herramientas que faciliten su inserción social y a prevenir las situaciones de deterioro personal y marginación que para muchas personas configuran una realidad dramática.

Entre los colectivos que son objeto de atención preferente por parte de la Institución se encuentran la infancia y juventud en situación de dificultad social ya que en estas etapas de la vida la vulnerabilidad se acentúa puesto que se trata de sujetos en proceso de formación y desarrollo.

Con anterioridad a la intervención, Cruz Roja realiza un análisis con el fin de hacer un diagnóstico de aquellos sectores en situación de mayor desventaja social, hacia los que dirige proyectos orientados a proporcionarles a ellos y a sus familias medios que faciliten una mayor calidad de vida; esto posibilitará un desarrollo acorde con las necesidades generales de la infancia que los capacite para un desenvolvimiento individual y social sano.

A través de los diferentes proyectos que a continuación se reseñan, Cruz Roja atendió durante 1994 a 11.687 menores con la colaboración de 556 voluntarios.

En el ámbito familiar:

- **Proyecto de Apoyo familiar:** Asesoramiento general a padres y madres sobre los cuidados y educación de los menores.
- **Proyecto de guarderías:** Dirigido a menores cuyos padres no puedan atenderlos durante el día o se encuentran en situaciones de dificultad socio-económica.
- **Proyecto «Atención a hijos de temporeros»:** Dirigido a los menores, hijos de trabajadores temporeros bien en su propia provincia o trasladados por motivos de trabajo.
- **Proyecto de Atención de Minorías Étnicas:** Dirigido a aquellos menores de otra raza o nacionalidad, buscando su integración social.
- **Proyecto de Familias de Acogida:** Dirigido a la captación de familias que puedan acoger a menores en situación de desamparo y que están bajo tutela administrativa; se concibe como alternativa a la institucionalización.
- **Proyecto de «Intervención con la Población Infantil en Instituciones Penitenciarias»:** Dirigido a aquellos menores que residen con su madre en prisión (menores de 6 años).
- **Proyecto «Centro de Actividades»:** Dirigido a la población toxicómana en general, en donde se atiende a

menores drogadictos en proceso de rehabilitación.

- **Proyecto «Casa de Acogida para Menores seropositivos y enfermos de SIDA»:** Dirigido a los menores antes reseñados en situación de desamparo o abandono.
- **Proyecto «Pisos tutelados para menores»:** Dirigido a menores que se trata de desinstitucionalizar, buscando y creando ambientes familiares.

En el ámbito escolar:

- **Proyecto «Centro de Día-Talleres»:** Dirigido a menores con absentismo y/o fracaso escolar.
- **Proyecto «Intervención con niños hospitalizados»:** Dirigido a menores ingresados en Centros Hospitalarios que no pueden realizar una hospitalización normalizada y que precisan realizar actividades de carácter lúdico. (Este proyecto se puede considerar también de ámbito familiar).
- **Proyecto «Apoyo Escolar»:** Dirigido a gitanos escolarizados, buscando su total integración escolar.

Asimismo, Cruz Roja desarrolla también, dirigidos a la población juvenil en general, proyectos enmarcados en el Área de educación para la salud, se llevan a cabo a través de la asociación Cruz Roja Juventud.

Básicamente informan y orientan a los jóvenes y realizan una tarea educativa de prevención sobre diversos temas relacionados con la salud: SIDA, embarazos no deseados, consumo de tabaco, de alcohol y otras drogas, etc.

EL MALTRATO INFANTIL: GUIA PARA MAESTROS

ASOCIACION MURCIANA APOYO A LA INFANCIA
MALTRATADA (AMAIM)

JOSEFINA GARCIA CANO

La Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada, cuenta como uno de sus principales objetivos el de sensibilizar y formar a aquellos profesionales que se encuentran en contacto directo con la infancia y que, por lo tanto, tengan la posibilidad de detectar casos en los que los niños no sean bien tratados por las personas responsables de su cuidado. En este sentido, como todos sabemos la escuela es un lugar privilegiado para ello.

Desde hace dos años, AMAIM, esta realizando un trabajo de muestreo para detectar los problemas que los profesionales de la educación tienen, referente a la detección y notificación de los casos de malos tratos que sus alumnos puedan tener. De este trabajo una de las conclusiones principales que hemos observado es que los profesionales necesitan de un protocolo, de una herramienta de trabajo que les ayude y les haga ver esta actuación como una más de las que realizan habitualmente en bien de sus alumnos.

Es por ello que AMAIM se ha propuesto como uno de los objetivos para este año la realización de una guía para maestros sobre el maltrato infantil.

Los objetivos que nos proponemos son:

- 1.- Sensibilizar a los profesionales de la educación de la existencia del maltrato infantil.
- 2.- Darles a conocer a través de la guía las consecuencias que produce en el niño el maltrato infantil.
- 3.- Enseñarles los principales indicadores para identificar al niño que recibe malos tratos.
- 4.- Guiarles en cómo aconsejarles sobre el trato al niño maltratado y a los padres de éstos.
- 5.- Darles a conocer los organismos y asociaciones competentes que pueden ofrecerle una ayuda especializada en caso de que lo necesite.

La repercusión que puede tener esta guía sobre los profesionales de la educación puede ser de gran interés si tenemos en cuenta que en nuestra Comunidad Autónoma existen unos ochocientos colegios con una media de quince profesores; ello supone que puede llegar a unos doce mil profesionales que están en contacto directos con los niños.

La distribución se hará de forma gratuita en todos los colegios de nuestra Comunidad gracias al trabajo de AMAIM y a instituciones y entidades que colaboran en su realización.

AGENDA

Por la Dirección General del Menor y la Familia (Ministerio de Asuntos Sociales):

SEMINARIO EUROPEO

Familia y Protección a la Infancia en la Unión Europea: Evaluación, Problemas Legales y Soluciones.

Madrid - 20 y 21 de Noviembre de 1995.

Relacionado con la Presidencia Española de la Unión Europea.

JORNADAS

De intercambio de experiencias sobre la intervención con infancia y adolescencia (RIAI)

Madrid - 30 de Noviembre y 1 de Diciembre de 1995.

SEMINARIO EUROPEO

Políticas de Infancia en Europa.

Madrid - 12 y 13 de Diciembre de 1995.

Relacionado con la Presidencia Española de la Unión Europea.

Información en Centro de Estudios del Menor y la Familia. Teléfono: 3478170.

Por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales:

CURSOS

Maltrato Infantil para el ámbito Sanitario (30 horas lectivas).

Madrid - 11-15 Diciembre de 1995.

Centro de Salud Federica Montseny, Area 1. INSALUD.

Información: Dra. Margarita García Baquero. Teléfono: 5867063.

JORNADA

De Atención del Maltrato a la Infancia.

Hospital de El Escorial.

Madrid - 1 de Marzo 1996.

Información: Dra. Pilar Robles. Teléfono 8973700.

NORMAS PARA LA ADMISION DE TRABAJOS Y SU PUBLICACION

ARTICULOS DE INVESTIGACION

Trabajos de investigación básica y aplicada relacionados con el maltrato infantil: prevalencia, factores de riesgo, eficacia de determinados recursos de intervención, etc.

Presentación

Página titular:

- Título del trabajo.
- Apellido y nombre de los autores, centro de trabajo y departamento o sección que lo realiza.
- Dirección del autor y teléfono.

Resumen:

En el que se aportará información suficiente sobre el **contenido** del trabajo. Traducido al inglés a ser posible.

Palabras clave:

El número de palabras clave no será inferior a tres, ni superior a cinco.

Los trabajos originales constarán de las siguientes secciones:

- Introducción.
- Material (población) y métodos.
- Resultados.
- Discusión y conclusiones que puedan deducirse del estudio.

Bibliografía

- Libros:** a) Autores. b) Título y volumen. c) Número de Edición. d). Editorial. e) Lugar de Edición. f) Año. g) Páginas.
- Revistas:** a) Autores. b) Título del artículo. c) Nombre de la revista. d) Numeración. e) Año de aparición.

III. Comunicaciones o congresos, ponencias, mesas redondas, etc. La presentación se sugiere sea: a) Autores. b) Título. c) Publicación, p.e.: libro de Actas del Congreso. d) Lugar de Edición. e) Editor. f) Año. g) Páginas.

REVISIONES

Conceptuales: revisiones teóricas sobre el estado actual de un determinado aspecto. Constará de **Introducción y Exposición** del tema.

Casuísticas: revisiones de un grupo de casos, generalmente amplio, analizando globalmente y/o por separado los hallazgos... Su presentación será como la de los originales.

COMUNICACIONES. EXPERIENCIAS O PROGRAMAS DE INTERVENCION

En las **comunicaciones** el contenido será más reducido que el de los artículos de investigación, con metodología similar, excepto la bibliografía, que no será imprescindible.

Experiencias o programas de intervención: Su objetivo será divulgar los conocimientos y experiencias de los profesionales que trabajan con la infancia maltratada en los distintos ámbitos de los servicios públicos y privados, para afrontar cada una de las formas del maltrato existentes, los programas de intervención, la eficacia de los mismos, etc.

A título orientativo, debe figurar:

- Portada con título, indicación de autores y referencia profesional.
- Fundamentación teórica, descripción de la experiencia, valoración de la misma y puntos a debatir.
- Bibliografía.

- La aceptación o rechazo de los trabajos correrá a cargo del Comité de Redacción o Consejo Asesor.
- Excepcionalmente, la Revista se pondrá en contacto con el autor/es para solicitar alguna información o aspectos que no quedaran suficientemente aclarados.
- La fecha límite para la recepción de trabajos será según la publicación de los números:
Marzo: 15 enero
Junio: 15 abril
Noviembre: 15 septiembre
En caso de no ser publicados se remitirán a su autor.
- ENVIO DE TRABAJOS: En copia impresa y disquete (Word Perfect). A la sede de la Federación: Caballero de Gracia, 24, 2º Izda. 28003 Madrid.