



I.S.B.N.: Exento
Depósito legal: SA. 483 - 1993

Diseño-Maquetación:
LIBRA Comunicación, S. L.
General Dávila, 324-B. Teléf. (942) 322422. Santander (Cantabria)

Impresión:
GRAFICAS NAVARRO
Teléf. (942) 528490. Pámanes (Cantabria)

III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada

Madrid
15 al 17 de Noviembre de 1993



ORGANIZA:

ASOCIACION MADRILEÑA
PARA LA PREVENCIÓN
DE LOS MALOS TRATOS
EN LA INFANCIA

FEDERACION DE ASOCIACIONES
PARA LA PREVENCIÓN
DEL MALTRATO INFANTIL

Bienvenida

COORGANIZAN

MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES
Dirección General de Protección Jurídica del Menor
CRUZ ROJA ESPAÑOLA

COLABORAN

COMUNIDAD DE MADRID
Consejería de Integración Social
Consejería de Educación y Cultura
Consejería de Salud
AYUNTAMIENTO DE MADRID
AYUNTAMIENTO DE MAJADAHONDA
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN
A PERSONAS CON MINUSVALÍAS

APOYAN

UNICEF
IBERIA
(Transportista Oficial)
RENFE
CAJA DE MADRID
FUNDACION O.N.C.E.

AUSPICIA

Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato
y el Abandono Infantil
(ISPCAN)

La Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil, y concretamente en este caso su Asociación Madrileña, vuelve a reunir a representantes de todos los sectores profesionales e institucionales dedicados a estudiar y tratar a los niños que sufren esta práctica lamentable de los adultos. Las personas cercanas a esta problemática sabrán de sobra valorar la trascendencia de la realización periódica de estos encuentros, para acompañar la intervención a las variaciones sociales que se producen, así como para intercambiar observaciones desde los distintos puntos de vista científicos y profesionales y de las experiencias prácticas.

Cruz Roja Española, por su parte, quiere mostrar su agradecimiento por la oportunidad que se le brinda de colaborar en la organización del III Congreso Estatal sobre la Infancia Maltratada, al tiempo que considera un privilegio compartir su sede con los participantes en este encuentro. Sus conclusiones van a ser, sin duda, una referencia científica obligada para todas aquellas entidades que —como nuestra Institución— sitúan entre sus prioridades la protección de los menores.

La dependencia absoluta de la voluntad de los adultos próximos y la nula capacidad de defenderse e incluso de saberse agredido, representan escollos para acercarse a prestar ayuda a los niños que sufren situaciones de maltrato físico —las más evidentes—, o psíquico, más sutiles pero también destructivas. Causa desasosiego e impotencia tener la seguridad de que muchos niños se ven obligados a soportar estas lamentables condiciones de vida, porque son ocultadas por sus padres, porque otros adultos consideran el problema ajeno, o incluso porque ni siquiera son conscientes del maltrato que infieren con determinados comportamientos. Esta reunión de expertos es una buena ocasión para analizar las posibilidades que la ley y la ciencia ofrecen para detectar, prevenir y reparar estos casos.

Progresivamente, la mayor preocupación social hacia el maltrato de los menores —la participación y contenido de este Congreso la evidencia— se ha ido traduciendo en la erradicación de sistemas de tutelaje científicamente desfasados, y en un aumento paralelo de la intervención y cualificación de los servicios sociales. Por otra parte, la sociedad va asumiendo la importancia real que tiene en la infancia proporcionar condiciones óptimas para su crecimiento y desarrollo. Todo ello viene a demostrar la consolidación de un clima cada vez más propicio para prestar la debida protección, aunque es evidente la tarea que, desde todas las áreas de atención a la infancia, está por realizar.

El espacio de intervención social de Cruz Roja Española, que se sitúa en la atención a los colectivos más vulnerables y marginados en nuestro país, puede absorber mucho de este esfuerzo multidisciplinar. En estos casos, la infancia es la receptora involuntaria de realidades como la desestructuración

Bienvenida

familiar o la degradación del entorno. Son niños maltratados de una u otra forma y que corren enormes riesgos de reproducir en sus vidas las mismas situaciones de pobreza y segregación que sus mayores.

El III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada va a proporcionar renovados argumentos a toda la sociedad de que es ineludible la defensa de la infancia con problemas y de que las Administraciones deben incluir esta tarea entre sus planes prioritarios. De esta forma se contribuirá decisivamente en la construcción de la convivencia estable futura.

CARMEN MESTRE
Presidenta de Cruz Roja Española

Presentación

La Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia organiza en Madrid, los días 15 al 17 de noviembre de 1993, el III CONGRESO ESTATAL SOBRE INFANCIA MALTRATADA.

Este III Congreso, como continuación de los de Barcelona (1989) y Vitoria (1991), se enmarca dentro de la dinámica, promovida por la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil, de crear espacios de encuentro para el análisis de la problemática de la Infancia Maltratada en el Estado español.

El III Congreso tiene como meta ser un espacio de reflexión y discusión para todos aquellos que se interesan y trabajan en la prevención del maltrato infantil y en el que se pongan de manifiesto los avances recientes, buscando armonizar las respuestas con los derechos y necesidades de todos los niños/as y, en particular, de la Infancia Maltratada.

El Congreso se celebrará bajo el lema:

**INFANCIA MALTRATADA:
IGUALES DERECHOS,
RESPUESTAS DIFERENTES**

Esperamos que este III Congreso y las propuestas que en él se hagan sirvan para avanzar hacia una mayor cohesión social en la prevención y en las respuestas ante el maltrato en la Infancia.

EL COMITE ORGANIZADOR
Madrid, 15 de noviembre de 1993

RESIDENCIA DE HONOR

S. M. La Reina

COMITE DE HONOR

Excma. Sra. Ministra de Asuntos Sociales
Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo
Excmo. Sr. Alcalde del Ayuntamiento de Madrid
Excma. Sra. Presidenta de la Cruz Roja
Excmo. Sr. Presidente de la Comunidad de Madrid
Excma. Sra. Consejera de Integración Social
Excmo. Sr. Consejero de Salud
Excmo. Sr. Consejero de Educación y Cultura
Ilmo. Sr. Alcalde de Majadahonda

COMITE ORGANIZADOR

Luis Martín Alvarez. *Presidente*
José A. Díaz Huertas. *Vicepresidente*
Ildefonso Perojo Pérez. *Secretario*
Azucena Domenech Olivera. *Tesorera*

Vocales:

Juan Antonio Belmar Bueno
Lourdes Fernández Quintanilla
Miguel Melendro Estefanía
María Jesús Montane Merinero
Amparo Olmedilla Ramos
Carmen Sánchez Moro
Francisco Vargas Marcos

COMITE CIENTIFICO

Pilar Ariño Giménez. *Madrid*
Albert Crivillé. *Francia*
Joaquín de Paul Ochotorena. *País Vasco*
Rosario Duce Sánchez de Moya. *Madrid*
Carmen Ferrero Torres. *Madrid*
Lourdes Gaitán Muñoz. *Madrid*
Antoni Martínez Roig. *Cataluña*
José Luis Pedreira Massa. *Asturias*
Encarna Sánchez Espinosa. *Andalucía*
José Jesús Sánchez Marín. *Madrid*
María Teresa Bueno Gutiérrez. *Murcia*
Juan Vicente de la Pompa. *Salamanca*

Objetivos



Avanzar hacia un mayor reconocimiento en el respeto de los Derechos de los Niños/as y en la satisfacción de las necesidades y demandas de la infancia maltratada y/o en situación de riesgo.



Promover programas interdisciplinares de prevención, detección e intervención en maltrato infantil mediante el análisis y discusión de experiencias e investigaciones de los profesionales que desarrollan su actividad en todas las áreas relacionadas con la infancia.



Fomentar el conocimiento de las Legislaciones y modelos de intervención para la protección de la infancia.

Destinatarios

El Congreso está dirigido a profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, educadores, maestros, pedagogos, médicos, personal de enfermería, abogados, jueces, fiscales, policía, sociólogos, periodistas...) que ejercen su trabajo en el área de atención a la infancia, estudiantes y, en general, a todas las personas y organizaciones sociales sensibilizadas por este problema.

Metodología

La metodología del Congreso se desarrollará en el nivel de discusión de problemas específicos y de análisis desde los diferentes ámbitos profesionales e institucionales involucrados en el problema, de acuerdo a las siguientes actividades:

SESIONES PLENARIAS

Constituyen el punto de encuentro de todos los participantes y en los que se expondrán para su conocimiento y reflexión temas relacionados con la infancia maltratada y marginada, según el lema del Congreso.

GRUPOS DE TRABAJO

Destinados a la discusión práctica, durante los tres días del Congreso, estarán dirigidos por ponentes que realizarán una aproximación al tema en cada sesión, abriendo posteriormente un debate con la participación de todos los asistentes.

Estos grupos se desarrollarán según:

- **Áreas Temáticas.** Tienen como objetivo analizar desde la práctica diaria temas considerados relevantes en la prevención, detección e intervención frente al maltrato infantil.
- **Áreas por Ámbitos Profesionales.** Tienen como objetivo analizar, desde la realidad y problemáticas profesionales e institucionales, cuestiones relevantes que afecten tanto a la atención del niño como al desarrollo de su propio trabajo.

Los participantes se inscribirán, según sus preferencias, en los distintos Grupos de Trabajo, Áreas Temáticas (mañanas) y Ámbitos Profesionales (tardes), elaborando las correspondientes conclusiones y propuestas.

COMUNICACIONES LIBRES

ACTIVIDADES ALTERNATIVAS

Tienen como objetivo facilitar a los participantes el conocimiento de trabajos y experiencias desde distintos ámbitos profesionales y sociales ("posters", vídeos...).

Programa Científico

PLENARIOS

Inaugural. **Condiciones para que una sociedad no maltrate.**
Joaquín Ruiz Jiménez.

Los derechos de la Infancia, razones para una ley. _____ Pág. 19
Liborio del Hierro Sánchez-Pescador.

Iguales derechos, respuestas diferentes. _____ Pág. 21
Luis Martín Álvarez.

Sistemas de protección a la Infancia. _____ Pág. 25
Tomás Merín Cañada.

Instituciones residenciales, ¿hacia dónde? _____ Pág. 29
Ferrán Casas i Aznar.

Estrategias para la prevención del Maltrato Infantil en una Europa en transición. _____ Pág. 49
Helena Agathonos Georgopulu.

Clausura. **La Infancia en Europa.** _____ Pág. 51
Juan María Bandrés.

GRUPOS DE TRABAJO

Áreas Temáticas

A.T. 1. El Maltrato Infantil en las distintas etapas evolutivas de la Infancia _____ Pág. 57

Introducción. Rosario Duce Sánchez de Moya.
Primera Infancia. Angeles Cerezo Jiménez.
Edad Escolar. Eva Sardinero García.
Adolescencia. Ramón Muñoz Cano.

A.T. 2. Malos tratos institucionales _____ Pág. 89

Introducción. Francisco Vargas Marcos
Ámbito de los Servicios Sociales.
María Teresa Bueno Gutiérrez y M. Alvarez González.
Ámbito de los Servicios de Salud.
Ignacio Gómez de Terreros.
Análisis de las Instituciones y Maltrato Institucional.
Enric Garriga Mallafré.

Programa Científico

A.T. 3. Abuso sexual _____ Pág. 119

Introducción. Amparo Olmedilla Pérez.
Concepto y factores etiológicos. Albert Crivillé.
Programas de prevención. Victoria Noguerol.

A.T. 4. Minusvalías y Maltrato Infantil _____ Pág. 137

Introducción. Luis Martín Álvarez.
Niños con minusvalías y malos tratos. Sabino Murillo Pérez.
Programas de prevención para niños/as minusválidos. María Luisa Ramón-Laca.
La integración de niños/as minusválidos en centros asistenciales. Esperanza Garrido García.

A.T. 5. Situaciones especiales de Maltrato Infantil _____ Pág. 159

Introducción. Miguel Melendro Estefanía.
Abordaje educativo en niños/as en situaciones de riesgo. Blanca Varona Sánchez.
Problemas de salud mental y Maltrato Infantil. José Luis Pedreira Massa.
Atención al niño/a con toxicomanías. Jaume Funes Artiaga.

A.T. 6. Cambios sociales y Maltrato Infantil _____ Pág. 179

Introducción. Juan Antonio Belmar Bueno.
La familia toxicómana y riesgo de Maltrato Infantil. Nieves Herrero Yuste.
Niños/as de minorías étnicas. José Manuel Casión.
Niños/as inmigrantes y refugiados. Antonio Díaz Feijo.

A.T. 7. La atención al niño/a maltratado fuera de su ambiente familiar. Acogimiento familiar y en instituciones _____ Pág. 207

Introducción. José A. Díaz Huertas.
Atención fuera del ambiente familiar. Encarna Sánchez Espinosa.
Acogimiento familiar. María Jesús Montané Merinero.
Acogimiento en instituciones. Toni Lloret i Grau.

Programa Científico

A.T. 8. Investigación y Maltrato Infantil _____ Pág. 237

Introducción. Lourdes Gaitán Muñoz.
Necesidades de investigación. Joaquín de Paul Ochotorena.
Modelo "Investigación-acción" en programas de prevención. María Angeles Centeno.
Programa de Investigación para la mejora del Sistema de Protección a la Infancia. Miguel Costa Cabanillas.

A.T. 9. Justicia y Administración. Aplicación de las leyes 21/87 y 4/92 _____ Pág. 261

Introducción. Elisa Veiga Nicolé.
La convención de los Derechos de los Niños/as en España. Ernesto López Méndez.
Aplicación de la ley 21/87. Eulalia Creus i Ferré.
Aplicación de la ley 4/92. Manuel Rico Lara.

GRUPOS DE TRABAJO Áreas por Ámbitos Profesionales

A.P. 1. Servicios sociales _____ Pág. 279

Introducción. Lourdes Fernández Quintanilla
La coordinación de la intervención: Los Servicios Sociales como responsables de caso. María Teresa García García.
La intervención social con familias multiproblemáticas. María Luz Goicoechea Nazábal.
Servicios Sociales Especializados y atención a la infancia. J. Manuel Alonso Varea.

A.P. 2. Servicios de salud _____ Pág. 309

Introducción. Francisco Vargas Marcos.
El Maltrato Infantil y la atención médica. Xavier Querol Piera.
El Maltrato Infantil y la atención de enfermería. Josefina García Cano.
Necesidades en salud de los niños/as atendidos en los Servicios de Protección a la Infancia. José Luis Pascual Ulloa.

Programa Científico

- A.T. 3. Abuso sexual** _____ Pág. 119
Introducción. Amparo Olmedilla Pérez.
Concepto y factores etiológicos. Albert Crivillé.
Programas de prevención. Victoria Noguero.
- A.T. 4. Minusvalías y Maltrato Infantil** _____ Pág. 137
Introducción. Luis Martín Álvarez.
Niños con minusvalías y malos tratos. Sabino Murillo Pérez.
Programas de prevención para niños/as minusválidos. María Luisa Ramón-Laca.
La integración de niños/as minusválidos en centros asistenciales. Esperanza Garrido García.
- A.T. 5. Situaciones especiales de Maltrato Infantil** _____ Pág. 159
Introducción. Miguel Melendro Estefanía.
Abordaje educativo en niños/as en situaciones de riesgo. Blanca Varona Sánchez.
Problemas de salud mental y Maltrato Infantil. José Luis Pedreira Massa.
Atención al niño/a con toxicomanías. Jaime Funes Artiaga.
- A.T. 6. Cambios sociales y Maltrato Infantil** _____ Pág. 179
Introducción. Juan Antonio Belmar Bueno.
La familia toxicómana y riesgo de Maltrato Infantil. Nieves Herrero Yuste.
Niños/as de minorías étnicas. José Manuel Casión.
Niños/as inmigrantes y refugiados. Antonio Díaz Feijo.
- A.T. 7. La atención al niño/a maltratado fuera de su ambiente familiar. Acogimiento familiar y en instituciones** _____ Pág. 207
Introducción. José A. Díaz Huertas.
Atención fuera del ambiente familiar. Encarna Sánchez Espinosa.
Acogimiento familiar. María Jesús Montané Merinero.
Acogimiento en instituciones. Toni Lloret i Grau.

Programa Científico

- A.T. 8. Investigación y Maltrato Infantil** _____ Pág. 237
Introducción. Lourdes Gaitán Muñoz.
Necesidades de investigación. Joaquín de Paul Ochotorena.
Modelo "Investigación-acción" en programas de prevención. María Angeles Centeno.
Programa de investigación para la mejora del Sistema de Protección a la Infancia. Miguel Costa Cabanillas.
- A.T. 9. Justicia y Administración. Aplicación de las leyes 21/87 y 4/92** _____ Pág. 261
Introducción. Elisa Veiga Nicolé.
La convención de los Derechos de los Niños/as en España. Ernesto López Méndez.
Aplicación de la ley 21/87. Eulalia Creus i Ferré.
Aplicación de la ley 4/92. Manuel Rico Lara.

GRUPOS DE TRABAJO Áreas por Ambitos Profesionales

- A.P. 1. Servicios sociales** _____ Pág. 279
Introducción. Lourdes Fernández Quintanilla
La coordinación de la intervención: Los Servicios Sociales como responsables de caso. María Teresa García García.
La intervención social con familias multiproblemáticas. María Luz Goicoechea Nazábal.
Servicios Sociales Especializados y atención a la infancia. J. Manuel Alonso Varea.
- A.P. 2. Servicios de salud** _____ Pág. 309
Introducción. Francisco Vargas Marcos.
El Maltrato Infantil y la atención médica. Xavier Querol Píera.
El Maltrato Infantil y la atención de enfermería. Josefina García Cano.
Necesidades en salud de los niños/as atendidos en los Servicios de Protección a la Infancia. José Luis Pascual Ulloa.

- A.P. 3. Educación** _____ Pág. 339
Introducción. José Jesús Sánchez Marín.
Educación Formal. Pilar Lapetra Coderque.
Educación Social: Sistemas de protección. Domingo Valenciano Moreno.
Educación Social: Sistemas de bienestar y calidad de vida. Oscar Ekay Pagoto.
- A.P. 4. La práctica de la psicología y el Maltrato Infantil** _____ Pág. 379
Introducción. Ildelfonso Perojo Pérez.
Necesidades de formación. Enrique Gracia Fuste.
Áreas de investigación. Martín Marrón Zapardiel.
Papel del psicólogo en los Juzgados de Familia y de Menores. Javier Urra Portillo.
- A.P. 5. Administración de Justicia** _____ Pág. 413
Introducción. María Jesús Coronado Buitrago.
El rol judicial en relación con el niño/a en Protección y Reforma. Carlos Santamaría Blanco.
El Fiscal como defensor del menor. Félix Pantoja García.
Mediación familiar en situaciones de conflicto. Trinidad Bernal Samper.
- A.P. 6. Organización y gestión de centros y servicios de atención a la infancia** _____ Pág. 439
Introducción. María Dolores Tamayo Carrasco.
Gestión, desarrollo y coordinación de programas. José Miguel Sánchez Redondo.
Medio abierto. Juan Santiago Leis Barreiros.
Dirección de Centros de Acogidas y Residencias. Pedro Ugarte Vera.
- A.P. 7. Medios de Comunicación Social** _____ Pág. 453
Introducción. Carmen Sánchez Moro.
Los M.C.S. y los problemas de la infancia. Lolo Rico.
Tratamiento informativo del Maltrato Infantil. Pablo del Río.
Papel en la prevención del Maltrato Infantil. Fernando Franco.
- A.P. 8. Organizaciones Sociales y Asociaciones** _____ Pág. 467
Introducción. Milagros Hernández Calvo.
El voluntariado social. Javier Vicente de la Pompa.
Otras estrategias de intervención. Angel García Rodríguez.
La sensibilización social. Antoni Martínez Roig.

PLENARIOS

LOS DERECHOS DE LA INFANCIA: RAZONES PARA UNA LEY

LIBORIO DEL HIERRO SANCHEZ-PESCADOR

I. UN PRETERITO IMPERFECTO O LOS MOTIVOS PARA UNA REFORMA LEGAL.

I.1. Las contradicciones del esquema liberal. El niño como propietario no-ciudadano. El carácter dependiente de un sujeto del Derecho. La menor edad como incapacidad general de obrar.

I.2. "Los hombres nacen y permanecen libres". El problema de la libertad de los menores de edad. Las limitaciones de la familia burguesa. Educación y autoridad. Heteronomía en las leyes y autonomía en su incumplimiento: el problema de la edad penal.

I.3. "...e iguales en derechos". La desigualdad formal de los menores y la desigualdad material de los marginados. El paternalismo jurídico: abandono y delincuencia.

I.4. La incierta inseguridad de los menores protegidos y corregidos. El esquema ideológico de la legislación de 1948.

II. UN PRESENTE CONTINUO O LOS OBJETIVOS DE UNA REFORMA LEGAL.

II.1. El menor de edad como sujeto de derechos humanos. Sentido y alcance de la Convención de 1989. La interpretación de la Constitución española. La afirmación del niño como ciudadano.

II.2. Educación para la libertad y educación en la libertad. Una concepción de la familia (la reforma de 1981). El papel pedagógico del Derecho. Sistema educativo y libertad. Libertad como participación y libertad como autodeterminación.

II.3. El derecho de los niños a la igualdad. La igualdad en las condiciones de partida. La satisfacción de las necesidades básicas. La lucha contra el abandono: la reforma de 1987. Crítica de los críticos.

II.4. El derecho de los niños a la seguridad jurídica. Una sentencia del Tribunal Constitucional y una reforma legal. Otros aspectos de la seguridad.



III. UN FUTURO INDETERMINADO A LAS DIFICULTADES DE UNA REFORMA LEGAL.

III.1. La contradicción entre liberalismo y paternalismo. El niño como titular de derechos individuales voluntarios y el niño como titular de derechos sociales obligatorios.

III.2. La contradicción entre el desarrollo evolutivo y la regulación jurídica: el problema de las edades.

III.3. La contradicción entre igualdad en la oportunidad e igualdad en el resultado. La participación del niño en el riesgo familiar. Educación, selectividad y competitividad.

III.4. La contradicción entre inimputabilidad y seguridad. La corrección de la desviación social de los menores y la seguridad jurídica.

IV. CONCLUSION. UN ESQUEMA DE REFORMA LEGAL.

IGUALES DERECHOS, RESPUESTAS DIFERENTES

LUIS MARTIN ALVAREZ

El maltrato en la infancia (MTI), como aquellos actos llevados a cabo por los padres o figuras cercanas al niño-a, de un modo activo (comisión) o pasivo (omisión) y considerados por la sociedad y los profesionales relacionados con la infancia como inapropiados o dañinos para el niño-a, ha existido siempre en la historia de la Humanidad. Sin embargo, el reconocimiento de estos actos como un problema médico-social no ha sido un hecho hasta fechas recientes (Kempe, 1962), aunque han existido en épocas anteriores personas vinculadas a los niños-as (médicos, educadores...) que han evidenciado la existencia de agresiones a la infancia en general o a determinados grupos de niños-as (sexo, primogenitura, discapacidades...).

Este camino, desde la negación del MTI hasta la situación actual de reconocimiento del problema y de la capacidad de actuar sobre él de un modo terapéutico y preventivo, tiene un cierto paralelismo con la historia de la "crianza-cuidados" de la infancia que ha pasado por los siguientes períodos:

1.-"Infanticidio" (Antigüedad-Siglo IV), en el que los problemas relacionales entre los adultos y la infancia determinaban frecuentemente la muerte del niño-a y en especial de las niñas, aparentemente por razones religiosas o económicas y en discordancia con la escasa población existente en este período.

2.-"Abandono" (Siglos IV-XIII), reconociéndose en este período que el niño tiene "alma-es humano", aunque la respuesta ante las dificultades en la crianza puede ser el abandono (venta, ama de cría...).

3.-"Ambivalencia" (Siglos XIV-XVII), en el que el niño-a entra en la vida afectiva de los padres, pero es "moldeado" a través de la instrucción.

4.-"Intrusión" (Siglo XIX), apareciendo la "empatía" como modelo relacional con la infancia pero dirigiendo la voluntad del niño-a mediante acciones no violentas. Este período coincide con el desarrollo, iniciado en el período anterior, de las instituciones educativas y de protección de la infancia.

5.-"Socialización" (Siglo XIX-XX), en el que se guía al niño/a por el

"buen camino" para adaptarle a la vida en la sociedad (expectativas de los padres, adultos...).

6.-"Ayuda" (Siglo XX), siendo este un período en el que el niño-a tiene unas necesidades propias que puede expresar y que deben ser escuchadas y atendidas por los adultos.

Este progreso en la crianza de la infancia no se ha producido del mismo modo, en términos cronológicos y de aceptación social, en todas las culturas y grupos sociales, existiendo en consecuencia en todas las sociedades familias y/o individuos que se pueden encontrar en los períodos históricos iniciales o en los otros más avanzados.

La evolución en el reconocimiento y actuación frente al MTI se relaciona no sólo con los cambios en las relaciones padres-adultos con los niños-as, sino también con las modificaciones en:

- El "modelo de familia" (relaciones dentro y entre las familias...).
- La "ley" (valoración, protección del niño...).
- Las actitudes sociales con los individuos "diferentes" (minusválías, marginados...).
- La posición social de la mujer (criadora, educadora...).
- Los "valores-investimientos" de la infancia en la sociedad (bien económico, perpetuación de la familia, satisfacción emocional...).

Estos valores pueden constituir un factor de vulnerabilidad o de protección frente al MTI, pudiendo cambiar su carácter protector por situaciones de crisis social y/o familiar.

Estos hechos históricos y cambios, aún con desigualdades evidentes, han modificado el mundo de la infancia, tanto a nivel familiar y social como en las instituciones y entre los profesionales dedicados a la infancia y específicamente en el MTI han significado que la sociedad haya ido pasando por las siguientes etapas:

I.-El MTI "no existe", es un problema de los otros y aunque la descripción de las circunstancias desencadenantes y de las lesiones sea plenamente congruente con MTI, éste se achaca a otras causas, generalmente en el propio niño-a.

II.-El MTI se "reconoce" y "caracteriza" desde el punto de vista médico, psicosocial y legal, describiéndose otras formas de MTI (abuso sexual).

III.-Ante el MTI "se puede hacer algo", arbitrándose actuaciones de intervención coordinada y apareciendo instituciones y organizaciones sociales de protección y defensa de la infancia maltratada.

IV.-El MTI "se puede prevenir", se conocen los factores de riesgo, se estructuran modelos etiológicos y existen ya programas, profesionales e instituciones dedicados al MTI.

Este proceso de reconocimiento del MTI y de la capacidad de intervención ante el mismo, ha conducido en los últimos años a un notable avance en el conocimiento de la génesis del problema (modelos etiológicos, factores de riesgo) y en los instrumentos para el abordaje del problema (prevención secundaria y terciaria).

Asimismo y estrechamente unido a este proceso en el propio campo del MTI, durante este período de tiempo se han producido importantes cambios en la posición social de la infancia. Estos cambios, ej., la Convención de Naciones Unidas de Derechos del Niño en 1989, han significado un giro desde posturas predominantemente proteccionistas hacia actitudes más participativas y centradas en el niño como sujeto.

Todos estos cambios favorables, tanto en el campo del MTI como en el lugar de los niños-as en la sociedad, han producido una mejora evidente en la situación de la infancia y en especial de aquellos niños-as en situación de riesgo o de desprotección. Esta mejora, sobre todo evidente en lo relativo a provisión de servicios-programas y a investigación-formación, no ha estado exenta de desigualdades y efectos contradictorios como consecuencia, en términos generales, del propio proceso de desarrollo de actuaciones nuevas y de la lentitud de los cambios sociales en los derechos de la infancia.

En este sentido, las respuestas diferentes y desiguales ante necesidades similares para toda la infancia y para aquellos niños-as en situación de riesgo, pueden haber estado determinadas por:

1.-Las diferencias en los modelos de intervención condicionadas por estrategias aparentemente contrapuestas (judicialización versus despenalización) o por los cambios introducidos en la gestión de los servicios y programas de atención a la infancia (descentralización, participación del sector privado...).

2.-El predominio de programas sectoriales o comunitarios sobre los "programas de infancia", sobre todo en los servicios de salud y también en los servicios sociales (desaparición de las unidades de programación de salud infantil, dificultades para la implantación de los servicios de salud mental infanto-juvenil...). Esta situación está condicionada o incluso agravada por la escasa presencia, en la información utilizada para la planificación, de datos centrados en la infancia como grupo o fenómeno social (los niños-as son "sólo" miembros de una familia o de un grupo social).

3.-La preponderancia de los programas de infancia dirigidos a niños-as o familias con "problemas" y que puede estar en relación con un concepto de la infancia como preparación-curación para la vida adulta (el niño-a como inversión para el futuro adulto). Esta situación entra en contradicción con la prevención primaria del MTI y la promoción del bienestar en la infancia que, sin embargo, requiere un desarrollo de actitudes y programas basados en las necesidades del niño-a en cada etapa evolutiva y asimismo en la superación de las desigualdades, no sólo dentro de la infancia como grupo social, sino también entre niños-as y adultos.

4.-La precariedad, conceptual e instrumental, para detectar las situaciones de ambivalencia, ansiedad y dificultades de los adultos que conviven con niños-as y de toda la sociedad, para la crianza y las relaciones con la infancia. Esta situación puede derivar, por un lado del aumento de la sensibilidad y responsabilidad social hacia la infancia (influencia de los medios de comunicación social y de las organizaciones ciudadanas), y por otro lado, de una aparente incoherencia con este cambio social de las respuestas de los profesionales e instituciones involucrados en los cuidados de la infancia.

En consecuencia y si queremos atender las necesidades y derechos de los niños-as y evitar que se sigan produciendo desigualdades y contradicciones, se precisa:

1.-La puesta en marcha de programas de infancia en todos los sectores institucionales con responsabilidades en la atención a los niños-as (servicios sociales, de salud, educación...), dentro de un marco global de políticas de bienestar de la infancia, centrados en el niño-a como sujeto, no como objeto a educar-curar para un futuro adulto y no sólo dirigidos a niños-as en situación de riesgo o con necesidades especiales.

2.-El desarrollo de sistemas de información sobre el bienestar de los niños-as, en los que éstos aparezcan con sus elementos comunes y propios y que sirvan asimismo para la investigación, la planificación de servicios, la evaluación de programas y para medir el impacto que sobre la población infantil puedan tener las situaciones de crisis social y económica.

3.-La promoción de la participación de los niños-as en las políticas de infancia, a través de sustentar los existentes o crear nuevos mecanismos que favorezcan la escucha de la infancia (desarrollo de programas interinstitucionales de promoción de la salud infantil, establecimiento de redes de información y colaboración entre agentes sociales, como las asociaciones ciudadanas y los medios de comunicación social...).

Bibliografía:

- 1.-KEMPE, R. S. & KEMPE, C. H.: "Niños Maltratados". Ed. Morata. Madrid, 1989.
- 2.-DEMAUSE, LI.: "Historia de la infancia". Ed. Alianza Universidad. Madrid, 1982.
- 3.-PAUL, J. de & cols.: "Maltrato y abandono infantil: Identificación de factores de riesgo". Ed. Servicio Central de Publicaciones del País Vasco. Vitoria, 1988.
- 4.-Pedreira, J. L.: "Historia de la legislación para la infancia en España: Una revisión crítica". Revista Asociación Española Neuropsiquiatría, 1992: 42:215-220.
- 5.-Ministerio de Asuntos Sociales, Dirección General de Protección Jurídica del Menor: "La infancia en Europa". Infancia y Sociedad, n. 15, Mayo-Junio 1992.

SISTEMAS DE PROTECCION A LA INFANCIA

TOMAS MERIN CAÑADA

1. ANTECEDENTES DE LOS ACTUALES SISTEMAS.

El concepto de protección de la infancia ha sufrido importantes modificaciones a lo largo de la historia de conformidad con la evolución de las propias sociedades. Desde los conceptos puramente caritativos de la Edad Media hasta las ideas "redentoristas" de los "Salvadores del niño" de Norteamérica o el carácter reivindicativo y clasista de la lucha contra el trabajo infantil desarrollada por sindicatos y asociaciones obreras, hasta el componente pietista de algunos "reformadores sociales" de finales del siglo pasado y principios del presente.

La propia evolución del concepto de protección de la infancia y con él, de su finalidad, hizo generar el entendimiento que en cada momento histórico se ha tenido de los servicios a ofrecer a esa población infantil que debía ser protegida. Se produce, paulatinamente, un paso importante desde el concepto de institución al de sistema, entendiéndose éste como un conjunto de recursos sistemáticamente organizados y capacitados para ofrecer diferentes respuestas a las situaciones diversas con las que haya que operar.

El carácter evolutivo del proceso hace que en muchos momentos coexistan ambos modos en un mismo entorno comunitario e incluso el personalismo y el fomento de una cierta acción carismática no es ajena a la acción de un importante número de entidades privadas, aún en nuestros días.

La evolución en las formas de comprensión y expresión de la protección a la infancia no son ajenas tampoco al papel que en cada momento histórico juegan los niños y niñas en relación al propio sistema. La intencionalidad de los operadores del sistema determina en gran medida la metodología y claro está la eficacia del sistema, y coloca al menor en situación de objeto de protección o de sujeto de la protección.

El papel del menor dentro del sistema queda íntimamente relacionado con el reconocimiento de sus derechos. Conforme éste es más claro y amplio el papel protagonista del menor se vivifica, asumiendo la función de sujeto de la protección siendo el objeto los derechos que se le reconocen.

2. CARACTERIZACION DE LOS SISTEMAS ACTUALES.

La aparición de la protección de la infancia de manera sistemática a partir del siglo pasado y principios del actual en la mayoría de los países, hizo que se configurara como un sistema autónomo, con un marcado carác-

ter benéfico-asistencia, y en general con un cierto aislamiento respecto a lo que empezaba a configurarse como sistema generalizado de protección social, es decir, la Seguridad Social.

El desarrollo tras la Segunda Guerra Mundial del modelo de Estado de Bienestar en Europa occidental, permite establecer un proceso revisor de los sistemas de Seguridad Social existentes y de manera especial su complementación a través de unos servicios sociales de carácter comunitario y universal. Es el momento en que la protección a la infancia se incorpora a estos nuevos modelos de actuación quedando integrada de manera homogénea en los sistemas de protección generalizados.

La acción de protección encierra un doble componente, en muchas ocasiones, de acción social y de intervención jurídica que genera una tensión permanente en cuanto a la determinación de la verdadera naturaleza de la actividad con las importantes consecuencias que ello conlleva en distintos ordenes.

Una de las primeras expresiones de esa tensión es sin duda ninguna el papel que en esa acción protectora deben desarrollar los jueces frente a las Administraciones públicas, y dicha tensión se resuelve, casi siempre con dificultades, con fórmulas diferentes de asignación de responsabilidades entre los sistemas más importantes o significativos.

El mayor o menor énfasis a la hora de valorar la intervención del aparato jurídico y la existencia de responsabilidad judicialmente, establece una sustancial diferencia que es la de potenciar el entendimiento de la intervención protectora con un marcado acento terapéutico, para lo cual debe generarse un clima de confianza que facilite la colaboración del grupo familiar objeto de la acción de protección.

Fruto de esa misma tensión nace, como paliativo, las pasarelas, o puentes de comunicación entre el procedimiento jurídico de exigencia de responsabilidades al menor infractor y los procedimientos, también jurídicos, pero en algunos casos no judiciales sino administrativos, de intervención protectora.

De todo lo apuntado queda un claro debate abierto entre dos concepciones, que llevadas a sus extremos, pueden ser antagónicas pero que en la práctica de la actuación cotidiana están llamadas a convivir y complementarse, una visión jurídicista y que antepone la responsabilidad y otra que se autolimita a la intervención de apoyo psico-social.

3. EL SISTEMA ESPAÑOL DE PROTECCION A LA INFANCIA.

El actual sistema español de protección a la infancia tiene su antecedente inmediato en la *Obra de Protección de Menores* y en la *Legislación de Protección de Menores y de Tribunales Tutelares de menores* de 1948.

El sistema vigente, nacido por la reforma del Código Civil de 1987, se caracteriza fundamentalmente por la supresión de la legislación especial y la incorporación de su regulación al Código civil, es decir al derecho común. La desjudicialización de la intervención inmediata, aunque por otra parte se consolida la intervención de la Jurisdicción ordinaria, frente a la pseudojuris-

dicción existente en el modelo anterior, y por último la descentralización del sistema traspasando la competencia a las Comunidades Autónomas.

Las Administraciones de las diferentes Comunidades han autorregulado la organización de estas competencias por lo que existen notables diferencias entre algunas de ellas. Quizá las que tienen unos rasgos característicos más acusados sean Cataluña, País Vasco, Comunidad Valenciana y Comunidad de Madrid. Los restantes responden a unos parámetros bastantes similares en función de dos modelos que responden al hecho de ser uni o pluri-provinciales.

La Comunidad de Madrid tiene su elemento de mayor originalidad en el hecho de haber dado la forma de órgano colegiado al que se ha determinado como competente para el ejercicio de esta facultad, y se le ha llamado COMISION DE TUTELA DEL MENOR. Por otra parte se ha constituido un órgano de gestión para el desarrollo de las políticas de promoción y atención a la infancia, el INSTITUTO MADRILEÑO DE ATENCION A LA INFANCIA, en el que se integra la Comisión antes citada.

Por otra parte el Instituto queda configurado como parte integrante de los Servicios Sociales Especializados del Sistema Público de Servicios Sociales de la Comunidad, sin perjuicio de potenciar a través de acciones de cooperación interinstitucional el desarrollo de servicios municipales tanto de atención primaria como especializada donde es necesario.

Los Principios que inspiran las actuaciones de la CAM, son fundamentalmente: Acción preventiva, Intervención globalizadora sobre el núcleo familiar y rehabilitadora. Mantenimiento en el medio siempre que no sea perjudicial para el menor y utilización de recursos normalizados. Economía en la intervención.

4. HACIA UN SISTEMA EUROPEO DE PROTECCION A LA INFANCIA.

La preocupación de los órganos Comunitarios y del Consejo de Europa por los problemas de la infancia y específicamente por las situaciones de maltrato y dificultad o riesgo social, se demuestra por la numerosa documentación elaborada.

Dicha documentación tiene en su mayor parte un carácter puramente orientativo y de recomendación en este sentido se echa de menos una acción normativa y directiva más enérgica.

Las mayores dificultades de aproximación entre los actuales sistemas nacionales de los países de la Comunidad se encuentran en las regulaciones jurídicas de cada uno de ellos y de manera muy particular en las peculiaridades de sus ordenaciones civiles y la organización de sus Tribunales. Los problemas se acentúan al comparar sistemas jurídicos con diferencias importantes como el Británico y los Continentales, y también, aunque no de manera tan acusada entre los centro-europeos y los meridionales.

Las coincidencias mayores se vienen planteando en cuestiones metodológicas en el orden de la intervención psico-social, en el diseño y organización de servicios, en modelos de colaboración interinstitucional e intereses de servicios, etc.

Las posibilidades de un sistema europeo futuro son remotas en tanto que este tipo de servicios está claramente asumido, de manera general, que debe desarrollarse desde administraciones muy próximas a los ciudadanos y por lo tanto de carácter regional o departamental como máximo. Si cabe esperar, la existencia de principios y pautas generales de atención y un cierto y paulatino acercamiento de los derechos civiles y nacionales que facilite la homogenización de criterios, así como la extensión y homologación de los servicios, prestaciones ofertados así como de la metodología.

Si es deseable, seguro y provechoso, un mayor contacto entre los actuales sistemas nacionales, mayor conocimiento, trasvase de experiencias, etc.

BIBLIOGRAFIA.

- MEYER P. El niño y la razón de Estado. Edit. Zero. Madrid 1981.
- PLATT A. Los "Salvadores del niño" o la invención de la delincuencia. Edit. Siglo XXI. México 1982.
- RUBIOL G. Los servicios sociales I. Edit. Siglo XXI. Madrid 1982.
- RUBIOL G. Los servicios sociales II. Edit. Siglo XXI. Madrid 1986.
- CUELLO E. Tribunales para niños, Edit. Librería General. Madrid 1917.
- YBARRA G. Temas del Centro de estudios de Reformatorio de Amurrio. Edit. Consejo Superior de protección de Menores. Madrid. 1969.
- STEVENSON O. La atención al niño maltratado. Edit. Paidós. Barcelona 1992.
- PITTS J. Y otros. Autoridad responsabilidad parental y protección de la infancia. Edit. Chronique Sociale Lyon. 1992.
- SCHMIDTKE H. La situación de la protección de menores en la República Federal de Alemania en Menores. La experiencia española y sus alternativas. Edit. Universidad Autónoma. Madrid, 1987.
- MERIN T. Aspectos jurídicos y sociales de la infancia en Congreso Internacional de Educación Infantil, Edit. Consejería de Educación C.A.M. Madrid 1990.
- HIERRO L. Derechos de los niños y deberes de la sociedad respecto a la infancia, en Congreso Internacional de Educación Infantil. Edit. Consejería de Educación C.A.M. Madrid, 1990.
- MOSS P. Y OTROS. La infancia en Europa. Revista Infancia y Sociedad. nº 15. Madrid 1992.
- MERIN T. Los sistemas de protección en la C.A.M. en III Jornadas de Psicología de la Intervención Social. Edit. Inerso. Madrid 1993.
- Política Social del menor en la Comunidad Valenciana. Edit. Generalitat Valenciana. Valencia 1987.
- Más que una ley. Edit. Gobierno de Quebec. 1992.
- RUBELLIN-DEVICHI J. Maltrato a la infancia en el marco de la Ley francesa. Revista Sauvegarde Enfance nº 1. París 1989.

INSTITUCIONES RESIDENCIALES, ¿HACIA DONDE?

FERRAN CASAS I AZNAR

1.-El paradigma de la atención residencial a la infancia en España antes de la democracia.

Hasta 1977, mayoritariamente, la toma de decisiones ante graves problemas sociofamiliares o psicosociales de cualquier menor de 16 años se reducían, en España, a dos posibilidades: que el niño o niña se quedara en casa (en el mejor de los casos con apoyo de algún servicio benéfico o de asistencia social) o que fuera ingresado en un centro residencial (para más detalle, ver Casas, 1993).

La red de servicios de bienestar para la infancia estaba estrictamente dicotomizada: unos servicios (escuelas, centros de tiempo libre, servicios de salud y otros servicios de la comunidad) estaban pensados para todos los niños en general, bajo el supuesto que no presentarían problemas personales importantes (es decir, que fueran "normales"); y otros servicios estaban estrictamente "especializados" en atender niños con determinados problemas (entre los que eran de destacar tres grandes categorías: niños bajo protección, niños infractores, niños disminuidos psíquicos). Si un "niño con problemas" entraba en el sistema "normal", aparecía tarde o temprano una reacción social que rechazaba al niño. En los fenómenos de reacción social acostumbraban a participar los padres de los demás niños en general, y los responsables institucionales, pero también, en ocasiones, los propios profesionales de la educación, e incluso los propios compañeros del niño.

La adopción, de hecho, no formaba parte claramente de dicha red, porque funcionaba más bien como un sistema de relaciones complejas de algunos profesionales o responsables de instituciones privadas directamente con el juez, siguiendo una dinámica claramente independiente.

La red pública de servicios sociales generales era casi inexistente, por lo que puede considerarse que no se desarrollaban actividades de prevención organizadas.

Buena parte de la población infantil tutelada era atendida en macroinstituciones, que funcionaban como "instituciones totales" en el sentido de Goffman (1961). La mayoría de las mismas incluían escuela, y en un porcentaje elevado no desarrollaban un trabajo social con las familias, por lo que los niños o niñas raramente salían del recinto institucional, y si lo hacían, era sólo durante el fin de semana.

En Cataluña, por ejemplo, en julio de 1977, de un total de 112 centros

de atención residencial, 14 tenían más de 100 plazas. Estos 14 centros reunían el 69% de todos los niños y niñas institucionalizados por razones de protección o reforma (Casas, 1982; Vega y Casas, 1983).

Vemos, pues, que el paradigma dominante, resultado de un largo proceso histórico que aquí no podemos ahora exponer, era el paradigma de la especialización. Su esquema de funcionamiento era bien simplista: "Los niños con problemas especiales, necesitan atención en centros especiales diferenciados". Había que identificar los casos "realmente" graves, y en base a su situación de "anormalidad", se los separa de su medio natural para situarlos en un medio "especializado".

Ni la evaluación de la situación, ni la toma de decisiones, ni la atención a los niños y niñas se basaban en criterios expertos, sino fundamentalmente en criterios morales, subjetivos o de "lógica cotidiana", siguiendo las representaciones sociales más implantadas entre la población en aquel momento en relación con la atención y la solución de problemas sociales de la infancia. Profesionales o representantes de centros benéficos tomaban decisiones, a menudo, sin informe ni comprobación alguna de los datos obtenidos verbalmente por aquellos que presentaban una solicitud o una denuncia. En el caso de las niñas, presentar un discurso exagerado sobre el riesgo moral en caso de no ser internada, resultaba la táctica más eficaz (Casas, 1983). Tratándose de "menores" sin recursos, la inversión presupuestaria en servicios debía basarse en los mínimos costes de subsistencia.

(Para más información sobre el proceso histórico de la atención a la infancia, pueden consultarse, por ejemplo y entre otras, la siguiente bibliografía: Martínez Shaw, 1986; Centre de Formació d'Educadors Especialitzats, 1977; Agelet, et al., 1980; Arana & Carrasco, 1980; Bueno, et al., 1981; Generalitat Valenciana, 1981; Diputació de Barcelona, 1982).

2.-El paradigma de la normalización y su interpretación en España.

Esta situación era bastante parecida a la que se encontraban las instituciones residenciales para niños en la mayoría de los países de la Europa occidental, cuando, a finales de los años 50 y principios de los 60, aparecieron en muchos de ellos importantes corrientes innovadoras (Hellinckx et al., Ed., 1991).

Fue en los tempranos años 70 cuando llegaron a España las primeras resonancias de una nueva "lógica" en la atención de los niños con dificultades sociofamiliares o psicosociales. El principio de normalización fue conocido en España en primer lugar en el campo de la pedagogía, entre los que trabajaban con niños disminuidos psíquicos. Los mensajes que más huella dejaron fueron los del sueco Nirje (1969) y del danés Bank-Mikkelsen (1973). En contraste con la lógica de la especialización, las nuevas ideas se podría resumir en todo lo contrario: "la mejor manera de superar los problemas particulares de un niño es mantenerlo en un medio igual al que viven la mayoría de los demás niños, con los apoyos necesarios".

Si bien las primeras discusiones sobre este principio se centraron

mucho en la integración escolar (Monereo, 1985), la idea tardó muy poco en enraizar en el campo de los servicios sociales, en el que, a principios de los años 70 ya se vivía una gran inquietud por la llegada de otras corrientes de pensamiento renovador, tanto de otros países europeos, como de Latinoamérica y de los EE.UU.

Precisamente esta coincidencia de ideas provocó que la tardía llegada del principio de normalización se tradujera en interpretaciones y prácticas a veces singulares en nuestro país. Especialmente cuatro libros fueron portadores de algunas de las nociones más debatidas en aquel intenso y corto período de tiempo, que podemos reflejar ilustrativamente con cuatro de sus respectivos conceptos clave: desarrollo comunitario (Ander-Egg, 1963), psiquiatría preventiva (Caplan, 1964), pedagogía de la liberación (Freire, 1967) y psicología comunitaria (Zax & Specter, 1974). Poco antes de este período, al menos en Cataluña, ya hubo un fuerte interés por los trabajos de orientación psicoanalítica con grupos de niños en los EE.UU. (Bettelheim, 1950; Redl & Wineman, 1951). Ello hizo que también se prestara mucha atención a las nuevas ideas que intentaban conciliar el psicoanálisis con perspectivas sociales amplias, que nos llegaron de Argentina (Pichon-Rivière, 1971; Bleger, 1966) y de Francia (Mendel, 1972-74), junto con otras experiencias francesas con niños (Tosquelles, 1966; Deligny, 1970). Y a la vez que la ya citada obra de Goffman (1961).

Esta gran coincidencia de ideas y debates entre profesionales del campo social (muchos de estos debates tardaron varios años en llegar a nuestras universidades, que estaban muy polarizadas hacia la investigación básica en aquella época), fue lo que dio lugar a la construcción alta y rápidamente consensuada del paradigma alternativo, que podemos denominar paradigma de la normalización. Ello ocurrió en medio de una cierta confusión con las críticas al concepto de "normalidad" que llegaron de la antipsiquiatría. Aunque el debate antipsiquiátrico más bien contribuyó a favor del de la normalización, por la vía de la prevención, demasiadas veces se evitó el uso del término "normalización", posiblemente como defensa a la hipotética contaminación de unas críticas que se litigaban en otros campos.

A nivel teórico, este paradigma se ha plasmado incorporando dos grandes aspectos complementarios (Casas, 1988):

-El primero se refiere al entorno ambiental en que el niño vive: Todo niño debe vivir en un espacio físico lo más parecido posible al que viven la mayoría de los niños de nuestro entorno cultural. Ello afecta al tamaño y configuración de la vivienda, su emplazamiento, así como el de la escuela y de los demás servicios que el niño pueda utilizar; y también la configuración de los grupos de adultos y niños con quien convive cotidianamente.

-El segundo aspecto se refiere a las dinámicas de vida cotidiana en que los niños se ven inmersos, que deben posibilitar sistemas de relaciones interpersonales parecidos a los de la mayoría de los demás niños de la misma edad: relaciones con vecinos, con iguales del otro género, con adul-

tos de ambos sexos, compras en las tiendas del barrio, asistencia a los servicios y participación en actividades de la comunidad, etc...

En España, esta vez ya casi al mismo tiempo que en los demás países europeos, este paradigma ve con simpatía la llegada de las perspectivas ecológicas de lo social, ya que no hacen más que enriquecer y reforzar sus planteamientos.

Si analizamos la situación actual en los países de la C.E. (Colton & Hellinckx, Ed., 1993) en relación con la atención residencial de niños, resulta evidente que, mientras en algunas Comunidades Autónomas en menos de 15 años se ha recorrido (de forma más o menos accidentada) el mismo camino que otros países a lo largo de los últimos 30 años, en otras, el camino sigue en sus primeros pasos (fenómeno que se ha dado también en Italia).

Hoy creo que podemos afirmar que las implicaciones teóricas del paradigma normalizador han sido paulatinamente asumidas sin grandes oposiciones, al menos explícitas, en nuestro país. Sin embargo, la coherencia práctica con la teoría asumida nos obligaría a escribir muchas páginas.

En determinadas esferas incluso se están transmitiendo mensajes con tanta seguridad acerca de la prevalencia de la práctica de la "máxima normalización" en todo programa de intervención social, y en la estructuración de las redes de servicios, que se oculta la realidad de miles de niños y niñas que aún se incorporan a, o permanecen en instituciones, inmersos en dinámicas muy poco normalizadas. Efectivamente, en casi todas nuestras CC.AA. se ha asumido la prioridad de facilitar acogimiento familiar en vez de atención residencial, a tantos niños y niñas como sea posible. Ello está dando sus frutos: A 31-12-89 sólo había 3.203 casos en acogimiento familiar (la proporción más baja de un país de la C.E., después de Grecia), pero las cifras crecen de manera importante: 1.750 y 2.402 nuevos casos en 1990 y 1991, respectivamente (Gobierno de España, 1993).

Con todo, y según datos del Defensor del Pueblo (1991), el 31-12-1989 había la nada despreciable cifra de 18.626 niños y niñas en atención residencial en nuestro país por razones protectoras, más otros 847 por "reforma". La práctica demuestra claramente que ni es pensable que dejen de hacerse internamientos los próximos años, ni tan solo que las actuales cifras de internos se reduzcan drásticamente en breve tiempo. Sólo el Reino Unido e Irlanda han conseguido reducir por debajo del 30% del total de niños tutelados el número de los que permanecen en centros residenciales (ver Cuadro I). En toda la C.E., sólo en un condado inglés, el de Warwickshire, se ha llegado a asumir la decisión política de cerrar, en 1986, el último internado que quedaba abierto. Sobre los resultados de tal decisión se ha desarrollado un estudio muy interesante que ha dado lugar a un libro ya publicado (Cliffe & Berridge, 1991), del que sólo apuntaré aquí que la Administración del condado ha tenido que contratar plazas en una residencia privada a poca distancia de su límite territorial.

Plantearse muy seriamente y en profundidad la situación de los niños y niñas mientras sigan viviendo miles de ellos en equipamientos residenciales por razones protectoras, no es una cuestión nada anacrónica. Y la falta de

un contexto físico y humano "verdaderamente" lo más normalizado posible, sigue siendo un compromiso pendiente para con un buen porcentaje de ellos.

Como ya he señalado en otros lugares, el reconocimiento de los Derechos del Niño resulta ser una cuestión de "alto consenso y baja intensidad" entre los ciudadanos en general (Casas, 1992b). Y lo propio podemos decir acerca del principio de normalización.

CUADRO I

NIÑOS Y NIÑAS (0-18 años) EN ATENCIÓN RESIDENCIAL Y ACOGIMIENTO FAMILIAR EN LOS PAISES DE LA C.E. (Protección y reforma).

	Población 0-18 años	Fecha datos	Atenc. residen.	Acogim. familiar	TOTAL TUTELA	% s/Pobl.	% AF/Tut.
Alemania	10.459.409	1-01-91	56.478	41.392	97.860	9,36	42,30
Bélgica	2.188.906	31-12-91	7.639	3.503	11.142	5,09	31,44
Dinamarca	874.945	31-12-91	3.600	5.613	9.213	10,53	60,92
España	9.278.487	31-12-89	19.473	3.203	22.676	2,44	14,13
Francia	13.203.000	31-12-90	60.800	66.100	126.900	9,61	52,09
Grecia	2.916.100	31-12-91	16.299	655	22.954	7,87	2,85
Holanda	3.786.164	1-01-93	9.000	10.000	19.000	5,02	52,63
Irlanda	1.230.150	31-12-89	734	1.980	2.714	2,21	72,96
Italia	14.582.990	31-12-91	2.827	1.062	3.889	0,27	27,31
Luxemburgo	87.712	31-12-91	514	248	762	8,69	32,55
Portugal	2.620.600	1-11-90	12.010	(?)	12.010 (?)	4,58	—
R. Unido	13.000.000	1-01-93	15.000	40.000	55.000	4,23	72,73

Fuente: Colton & Hellinckx, 1993. Elaboración propia.

3.-Los procesos de cambio en las redes de servicios sociales.

Aquellos que participaron en los primeros programas de cambio de grandes instituciones que acaecieron en España creo que fueron, en general, bastante conscientes de que dichos cambios no podrían consolidarse si no se daba también un cambio profundo tanto en los procedimientos de admisión, como en la dotación de recursos en la red básica de servicios sociales, de forma que fuera capaz de desarrollar eficientes actuaciones preventivas y de detección precoz. En otras palabras, era claro que los cambios focalizados exclusivamente en las residencias infantiles resultaban aislados y con pocas perspectivas, si no se daban en el contexto de cambios generales en todo el sistema de protección social.

Como es bien sabido, no es hasta 1988 que se empieza a desarrollar el denominado "Plan Concertado" del M.A.S., para conseguir una mejora amplia en todo el sistema. Dado que el impulso más decidido no se ha concretado hasta los últimos tres años, resulta aún prematuro evaluar sus repercusiones en el subsistema de protección a la infancia; pero la experiencia de otros países ha suscitado la expectativa de que los habrá, y de que pueden ser importantes.

Otra expectativa importante emerge con el hecho que este Plan ha

coincido en el tiempo con la creación de equipos interdisciplinarios de evaluación específicos para problemas que afectan a niños, que se han constituido a partir de la Ley 21/87, y que en la práctica han empezado a existir a partir de 1988 en algunas Comunidades Autónomas (E.A.I.A., en Cataluña; C.A.I. en Madrid). La existencia de equipos que puedan acercar evaluación y atención como partes de un mismo proceso es algo que se está valorando como la necesaria solución futura desde otros países, particularmente desde aquellos que han desarrollado más investigación sobre la cuestión, en concreto Holanda y Reino Unido. En ambos países se están cerrando los Centros de Evaluación, por considerar que además de generar distancia (y quizás ruptura) entre evaluación y atención, obligan sistemáticamente a los niños a cambios forzados (ajenos a cualquier perspectiva normalizada) e innecesarios en su relación de acogida, generándoles roturas de vínculos relaciones e inseguridades emocionales.

Finalmente, y en este contexto de cambios globales hipotéticamente posibilitadores de un trabajo normalizado con niños en graves dificultades socio-familiares o psicosociales, debemos señalar que no es hasta el curso académico 92-93 que ha empezado, en varias Facultades de Ciencias de la Educación, la Diplomatura de Educación Social. Ello es la base para empezar a dar un reconocimiento social, administrativo y laboral adecuados a los profesionales que trabajan, entre otros, en el contexto residencial con niños, permitiendo superar los penosos y estériles conflictos a que se han visto sometidos los últimos años en nuestro país.

El proceso de normalización de centros residenciales para niños en nuestro país ha discurrido al menos a tres distintos "niveles de intensidad". Naturalmente no pretendemos presentar modelos "puros", pero creemos que su diferenciación puede facilitar el análisis de nuestra actual realidad:

-Planteamientos de ruptura: Son los programas que se han marcado como objetivo el cerrar físicamente los edificios de las macroinstituciones en períodos relativamente cortos de tiempo, creando una red de servicios alternativa. En general, han ido acompañados de un programa de transformación global de la red de servicios sociales a la infancia en un territorio (ciudad o provincia). Ello ha comportado el fortalecimiento de servicios de apoyo a la familia, y la creación de servicios alternativos y de pequeñas residencias (menos de 15 plazas), con equipos educativos cualificados y poca diferenciación en los roles profesionales entre sus miembros.

-Planteamientos de transformación relativa: Son los programas que han desarrollado un proceso de vaciado de los antiguos macroedificios hacia centros residenciales de menor tamaño, pero manteniendo una estructuración del equipo educativo y procedimientos administrativos de la macroinstitución. Este modelo ha sido bastante frecuente en centros dependientes de organismos públicos. Por lo general, con él, los equipos educativos (es decir, los profesionales que mantienen contacto regular con los niños a lo largo de la vida cotidiana) mantienen una alta diferenciación en los roles profesionales (por ejemplo, puede haber cocinera, señora de la limpieza y personal educativo, cosa obviamente nada "normal" en la expe-

riencia de familias humildes); muchos víveres no se pueden comprar en el barrio, sino que "son suministrados". Los niños deben aprender normas inexistentes en otros lugares de la sociedad (por ejemplo, pedir comprobantes si compran un helado). (Algunas referencias más detalladas para analizar las diferencias entre este planteamiento y el previo pueden ser encontradas en Casas, 1981; Casas, Pi y Flotats, 1984; Casas, 1988).

-Planteamientos de remodelación física: Son los programas que se han planteado mantener los espacios físicos de la macroinstitución, pero remodelando su contenido para conseguir que el entorno material en que el niño vive se parezca más a un hogar familiar. A menudo conservan la estructuración de los equipos educativos con pocos cambios, aunque, en general, estos programas requieren la incorporación de más educadores.

Cuando estos procesos han quedado contextualizados en procesos de cambio global del sistema de protección a la infancia en áreas geográficas concretas, frecuentemente el discurso político sobre la normalización ha ido acompañado de otros mensajes complementarios, cuyo análisis sistemático queda pendiente de realizar, pero que puede ilustrar sobre la diversidad de intereses concurrentes que condicionan cada proceso de cambio. Sólo a título de ejemplo, he aquí unos breves comentarios sobre tres de estos mensajes:

-El mensaje de la desinstitucionalización. La idea de la desinstitucionalización fue importante en España para justificar la necesidad de un trato más humano a los enfermos mentales. Este mensaje facilitó el apoyo de la opinión pública a la creación de centros diurnos. En el ámbito de la infancia, sin embargo, no siempre se ha utilizado en el sentido de "un medio para alcanzar un fin", sino que ha sido utilizado por algunos políticos como un fin en sí mismo, dando de bajo muchos niños de las grandes instituciones y restringiendo nuevos ingresos, pero sin crear servicios alternativos. Fue una lamentable excusa para reducir presupuestos en el sistema de bienestar para la infancia.

-El mensaje del voluntariado. El hecho de que en España el asociacionismo y el voluntariado están poco desarrollados en relación a otros países, es un argumento utilizado para minimizar los recursos para la infancia, especialmente el número de profesionales en algunos equipos. El debate teórico que podría suscitar esta cuestión es muy importante, porque nos lleva hasta los límites de la normalización (¿un equipo altamente profesionalizado, se parece a un núcleo familiar y puede por tanto ser normalizado?, ¿puede ser más o menos normalizado que un equipo basado en el voluntariado, generalmente más inestable y más numeroso?). Sin embargo, desgraciadamente, el móvil se desvela rápidamente como un interés económico y no de encontrar el mejor modelo para satisfacer las necesidades del niño (el superior interés del niño).

-El mensaje de priorización de un "modelo único". Algunos políticos

defienden recientemente que las únicas alternativas válidas a que un niño esté con su familia son el acogimiento familiar y la adopción.

Por ello procuran silenciar toda información o debate sobre la situación real de los niños en las instituciones residenciales, lo cual evita tener que asumir mejoras en las mismas, con sus correspondientes consecuencias presupuestarias. Los niños y niñas que siguen en instituciones resultan ser los grandes excluidos en este discurso.

En cualquier caso, desde una perspectiva macrosocial, podemos decir que el nuevo paradigma ha movilizadado dos grandes procesos de transformación del sistema de protección a la infancia que ya parecen irreversibles (ver Cuadro II):

-El subsistema de servicios para toda la población y el subsistema de servicios para niños en situación de dificultad o conflicto social han ido dejando de ser totalmente independientes el uno del otro.

Los niños y niñas de centros residenciales ahora van casi en su totalidad a escuelas, servicios de salud, centros de tiempo libre, y otros servicios comunitarios que existen en su barrio, como los demás niños y niñas. Se ha permitido que los "problemas" entren en los servicios "normales", que cuentan ahora con apoyos profesionales.

-El subsistema de servicios especializados se ha diversificado, por dos causas antagónicas entre sí. Por una parte para intentar atender de distintas formas normalizadas (la mejor posible en cada caso) necesidades distintas, evitando todo aspecto que implique separación del niño de su medio. Y por otra parte, a causa de criterios y disponibilidades económicas de los que han tomado decisiones sobre los procesos de cambio, que han forzado la creación de modelos "semi-normalizados" lo más baratos posible.

4.-Los nuevos elementos paradigmáticos que aporta la Convención de N.U. sobre los Derechos del Niño.

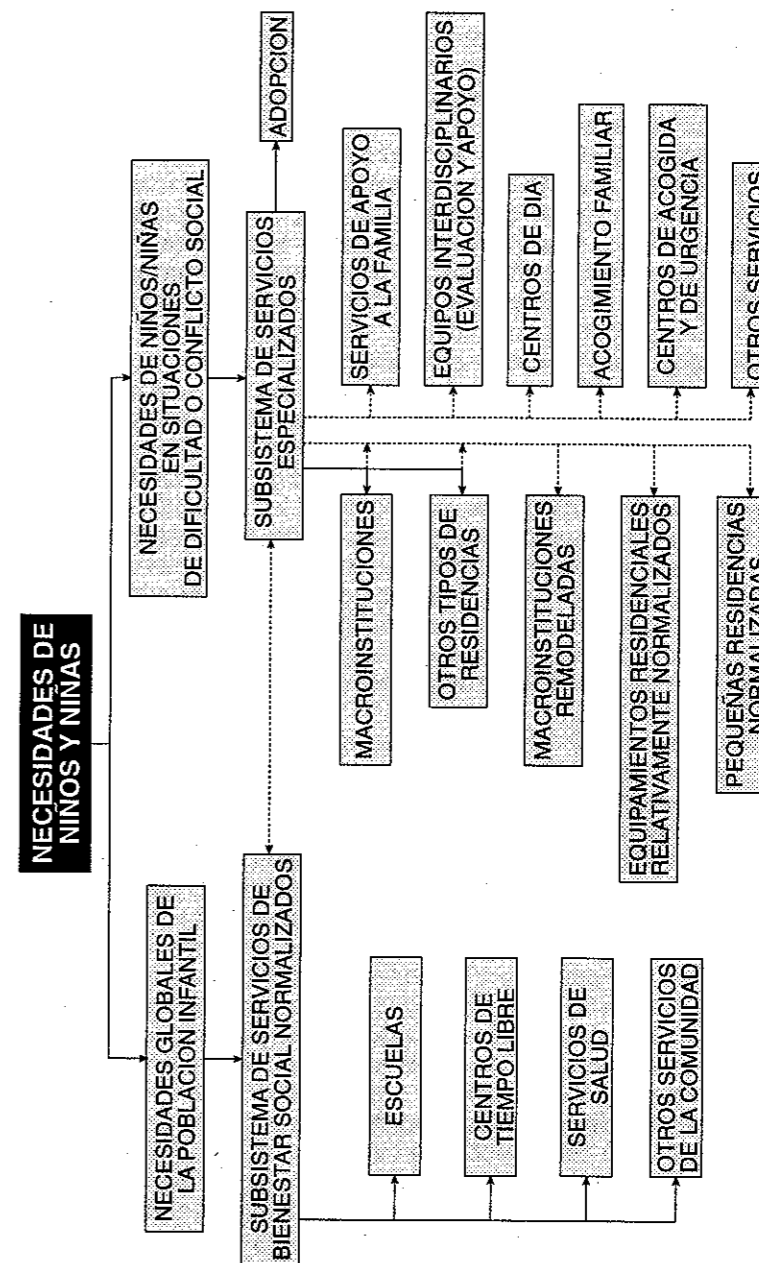
La Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada en la Asamblea General de N.U. el 20-11-89 constituye un paso histórico gigantesco al establecer de forma universal y sin ambigüedad que los niños son sujetos de derechos.

Algunos artículos se refieren a los niños en instituciones residenciales, y hacen especial hincapié a que todos los procedimientos (sociales, administrativos y judiciales) y todas las situaciones que afecten a un menor de 18 años deben garantizar cuidadosamente el ejercicio de todos sus derechos. Así,

-Art. 19.-Las medidas de protección deben comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes se ocupan de él... (en caso de) remisión a una institución...(por razón de) malos tratos al niño...

-Art. 20.- (Señala que es obligación del Estado proporcionar protección especial a los niños privados de su medio familiar, respetando todos sus derechos).

CUADRO II



-Art. 40.- (Señala que para los menores infractores, existirán medidas alternativas al internamiento; velándose rigurosamente por el respeto a los derechos del niño en todo momento).

En España, país en que la Convención, tras su ratificación, entró en vigor el 6 de enero de 1991, el cumplimiento de la Convención obligó a una nueva Ley 4/92 sobre procedimientos en la justicia de menores, para mejor garantizar sus derechos.

El hecho de tener que prestar tan minuciosa atención a los derechos de todo niño o niña en todo momento de cualquier proceso de trabajo social o educativo con el mismo, bajo una responsabilidad pública, introduce elementos que deben contemplarse obviamente desde las instituciones residenciales y que van más allá del actual paradigma (aún no alcanzado en buena parte) de la normalización. Se vislumbra ya en el horizonte que los nuevos cambios deben orientarse hacia el paradigma de los derechos.

Desde el paradigma de la especialización al de la normalización existe una verdadera ruptura conceptual. En teoría, el nuevo paradigma, en coherencia, no puede aprovechar gran cosa del antiguo, aunque la práctica no sea en absoluto así. El viejo paradigma se centraba en "el problema", mientras que el nuevo se centra en "el entorno físico y humano del niño".

Por contraste, el emergente paradigma de los derechos del niño no significa en absoluto una ruptura con el de la normalización, sino una construcción añadida que lo necesita como base, para poder cambiar la perspectiva de mira. El paradigma de los derechos se propone centrarse en el niño mismo, en su superior interés; pero como el niño no es un ente aislado, sino que hay que considerarlo en su contexto de vida, el principio de normalización constituye un anclaje imprescindible para construir una fundamentada perspectiva desde el niño.

Los artículos 12 al 16 de la Convención sobre los Derechos del Niño incluyen derechos civiles y sociales que nos obligan a tener cada vez más en cuenta la opinión de los niños y niñas en todo lo que les concierne. Ello nos anima a buscar formas mejores de presencia activa de los niños y niñas en todos los espacios sociales donde están presentes, para facilitar su aprendizaje en la responsabilización, especialmente ante las situaciones nuevas en que nos van situando las nuevas tecnologías y las nuevas dinámicas sociales. Responsabilización que se puede aprender a través de la práctica de la participación en grupos y comunidades justos y dialogantes (Kohlberg, 1976, 1978, 1980; Hickey, 1972; Casas, 1992c).

El estudio de las posibilidades de una mayor participación social de nuestros niños y niñas nos lleva inexcusablemente al análisis de los macro-contextos sociales que lo posibilitan o dificultan. Y ello significa, entre otras cosas, abordar la opinión pública y las representaciones sociales de los ciudadanos en relación con la población infantil, con sus problemas y con las formas de superarlos.

Mientras que los programas con planteamientos de ruptura, frecuentemente, han generado importantes debates en los medios de comunicación social, incluyendo la oposición de algunos sectores de la sociedad, el resto de los procesos se han desarrollado en España con poca resonancia públi-

ca. Es incluso sorprendente el poco debate, tanto social como académico, que ha acompañado este cambio paradigmático, en comparación con otros países.

En algunos de los procesos de transformación relativa y de ruptura se han dado debates a nivel local, en el barrio donde se debían crear nuevas pequeñas residencias. Mientras que en la mayoría de los casos los debates promovidos dentro de un proyecto de trabajo social con la comunidad, condujeron a resultados satisfactorios, consta que al menos en dos ocasiones en Cataluña generaron una reacción social desproporcionada del vecindario, que llegó a impedir la creación del nuevo equipamiento. En ambos casos el argumento, en resumen, fue algo así: "Nos parece muy bien tanto lo que ustedes quieren hacer para estos niños -entre 5 y 16 años, maltratados o abandonados- y el modelo de residencia que plantean. Pero no lo queremos en nuestro vecindario. Ya sabemos lo que pasa después con estos niños".

El análisis posterior de este mensaje "ya sabemos lo que pasa después con estos niños", se nos mostró como un conjunto de fantasías totalmente infundadas. Sin embargo configuraban una representación social "real" tan arraigada (en base a percepciones, actitudes y estereotipos sobre los problemas de la infancia y la infancia con problemas), que no se podían cambiar en poco tiempo.

De estas experiencias dolorosas hemos ido aprendiendo que todo proceso de creación de una nueva residencia infantil requiere un sopesado y cualificado trabajo previo con la comunidad, para cambiar actitudes y representaciones sociales prejuiciosas cuando fuera necesario. Y también nos ha animado a desarrollar investigaciones sobre las representaciones adultas en relación con los niños y sus problemas (Aguinaga & Comas, 1991; De Paul & San Juan, 1992).

Ya he apuntado en otra ocasión (Casas, 1992a) que quizás no se esté dando la importancia que merecen a los medios de comunicación social. Hace falta considerarlos importantes actores sociales en el proceso de solución de los problemas de la infancia. Su específica manera de abordar estos problemas (o de ignorarlos) tiene, sin duda, importantes consecuencias en la toma de decisiones sobre políticas sociales, y, sobretodo, en las representaciones sociales que los ciudadanos nos hacemos de la infancia, de sus problemas y de las formas adecuadas de superarlos.

Considero que los investigadores y los profesionales de la intervención social tenemos el reto de comunicar más y de formas más concisas y didácticas, tanto nuestros planteamientos teóricos como nuestros hallazgos empíricos a los medios de comunicación social, para que se vaya formando una opinión pública que, manteniendo el alto consenso, genere una "mayor intensidad".

5.-Situación actual de la atención residencial a la infancia en los países de la C.E.

En un muy reciente estudio sobre la atención residencial y el acogimiento familiar para niños y niñas en los países de la C.E. (Colton &

Hellinckx, Ed., 1993), se muestran algunas tendencias mayoritarias, de entre las cuales los autores destacan seis:

- 1.-Aumento del número de niños en acogimiento familiar y disminución de las plazas en atención residencial.
- 2.-Cambios en las características de la población atendida.
- 3.-Tendencia exclusiva a los equipamientos pequeños.
- 4.-Desarrollo de perspectivas ecológicas.
- 5.-Desarrollo de otros tipos de atención alternativa.
- 6.-Profesionalización.

Mientras que los puntos 1, 3, 4 y 6 parecen ser plenamente válidos para España, los puntos 2 y 5 merecen una especial atención.

Posiblemente el ritmo acelerado en que se han desarrollado algunos procesos de cambio en España, que empezaron hace 15 años a partir de una situación de notorio retraso histórico en este campo en relación con la mayoría de sus vecinos más al norte, hace que algunos fenómenos no sean aún perceptibles entre nosotros.

Sin embargo, si nuestro país, tal como parece, está siguiendo la tendencia general de la C.E., algunos de los cambios ya consumados en otros deben tomarse como un aviso para prepararnos para algunos acontecimientos que, en caso de cogernos desprevenidos, pueden resultar graves para muchos niños y niñas, e incluso para la estabilidad de todo el sistema de protección.

El acogimiento familiar, en aquellos países que han desarrollado mayores esfuerzos para potenciarlo, se ha ido evidenciando que tiene unos límites de posibilidades, complejos de superar. El Reino Unido, además, no ha escatimado presupuestos para la investigación: el presupuesto que el Ministerio competente ha dedicado el año 1992 exclusivamente para investigar los resultados del acogimiento familiar y atención residencial para niños y niñas asciende a 3 millones de libras (600 millones de ptas.). Los recientes resultados disponibles apuntan hacia unas tasas muy altas de fracasos: entre un 30 y un 40% de los acogimientos familiares, y cerca de un 50% de las adopciones. Entre un 43 y un 60% de los casos de acogimiento familiar, según distintos estudios, tuvieron que cambiar de familia antes de 15 meses (Rowe et al, 1989; Cliffe & Berridge, 1991; Millham, 1993). El fracaso de los acogimientos familiares de niños pertenecientes a grupos étnicos minoritarios se muestra especialmente alto.

Por otra parte, los países con altas tasas de empleo femenino consideran que ya es casi imposible aumentar el número de familias acogedoras disponibles, ya que en la práctica son más ellas que los hombres las verdaderas acogedoras.

Animar decididamente el acogimiento familiar ha sido especialmente

difícil para los niños ya adolescentes. Ello ha llevado a que casi en todos los países de la C.E. la población acogida en residencias haya aumentado espectacularmente su media de edad (por encima de los 12 años y con tendencia a aumentar en Bélgica, Dinamarca, Alemania, Holanda y el Reino Unido) y el grado de conflictividad tanto personal como familiar de los chicos y chicas acogidos, aunque el número de chicas ha bajado muy notoriamente. Los niños y niñas pertenecientes a minorías étnicas están muy sobrerrepresentados entre la población residencial en todos los países, y es el subgrupo que más aumenta. Además, una función añadida de los centros residenciales está resultando ser la atención de los chicos plurifracasados en el acogimiento familiar.

Por contraste, en España, el mayor número de niños acogidos tienen entre 8 y 14 años, disminuyendo drásticamente entre los 14 y los 18. Además, en 1989, según los datos del Defensor del Pueblo (1991) el 51.93% de los acogidos en centros residenciales de protección eran niñas. En cambio, en los centros de reforma, las niñas constituían escasamente un 6%. Dado que el funcionamiento tradicional de nuestra red de residencias ha estado siempre más orientado a la población entre 6 y 14 años, resulta evidente que presumiblemente ni los equipamientos ni su personal están preparados, hoy por hoy, para un cambio rápido en la edad y conflictividad de sus acogidos, lo cual debe ser, a mi entender, objeto de urgente consideración por parte de políticos y altos responsables técnicos de nuestro sistema de protección a la infancia.

Por otra parte, son varios ya los países que concientes tanto de los límites del acogimiento familiar, como de que tampoco las pequeñas instituciones garantizan el éxito, han empezado a potenciar otros modelos alternativos, especialmente centros de día, residencias independientes bajo supervisión y centros para tratamientos familiares a domicilio.

Añadido a la necesidad de nuevos servicios, está la necesidad de completar las funciones que se les suponen a los existentes. Un tema muy profundizado en algunos países, por considerarse trascendental, ha sido el retorno a casa de los niños y niñas después de un acogimiento sea residencial o familiar (Bullock, Little & Millham, 1993). Ello constituye quizás uno de los mayores retos que restan pendientes en nuestro país: la insuficiente dedicación del sistema a apoyar un retorno adecuado a casa después de un internamiento, realizando un seguimiento posterior. Parece que hasta ahora ni profesionales ni instituciones la han considerado suficientemente importante, y es una tarea que se hace aún en pocas ocasiones.

7.-Conclusiones a partir de la experiencia española.

La experiencia española nos muestra una serie de cambios importantes en el sistema básico de servicios sociales y en el sistema de protección a nuestros niños y niñas, que han podido desarrollarse en pocos años. Sin embargo, son cambios que presentan enormes desigualdades territoriales en su ritmo de realización. Los cambios con ruptura radical han sido pocos, aunque fueron pioneros y marcaron decisivamente el camino a seguir. Lo más frecuente han sido los cambios que siguen procesos muy largos.

La consolidación decisiva de los cambios se basan en mi opinión en cinco conjuntos de desarrollos paralelos:

-Completar y asentar a nivel de toda España la red básica de Servicios Sociales municipales.

-Dar entidad definitiva al reconocimiento profesional (formación y titulación) de los educadores que trabajan con niños. Complementándolo con una amplia y adecuada oferta de formación permanente.

-Completar y concretar los desarrollos legislativos necesarios para garantizar la permanente sensibilidad de todas las instancias al contenido de distintos acuerdos internacionales, especialmente de la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, apelando al superior interés del niño.

-Continuar e intensificar la teorización, debate y divulgación de una serie de principios básicos de actuación en beneficio del niño en situación de dificultad o conflicto social, cuya coherencia se encuentra en los nuevos paradigmas de la normalización y de los derechos del niño.

-Desarrollar una mayor articulación de los equipos y servicios específicamente dedicados a niños con problemas sociofamiliares o psicosociales y sus familias, así como su sectorización territorial y su ampliación y mejora en las zonas de mayor conflictividad. Dichos equipos no sólo deberían estar capacitados para velar por la coherencia del proceso global evaluación-atención-retorno a casa, sino también para promover actuaciones preventivas en cada territorio.

Para conseguir que el emergente paradigma de los derechos adquiera solidez, cuando aparece no estando aún desarrollado totalmente el paradigma de la normalización, en mi opinión, se requiere tanto una mayor elaboración teórica, como también una mayor dedicación de los investigadores a demostrar y transmitir a la opinión pública general los logros conseguidos en los procesos recientes, sin dejar de señalar las mejoras que quedan por realizar. A tal fin es importante la colaboración estrechamente con los profesionales y con los medios de comunicación social para conseguir una mayor fluidez y claridad en la transmisión de nuestros conocimientos. El cambio, será social, si es de muchos. Para que el apoyo a las mejoras del sistema de protección a la infancia sea amplio es necesaria una mayor dedicación a la comunicación de informaciones y a la modificación de actitudes de los ciudadanos en general. Y en coherencia con ello, tenemos que ir facilitando el papel participativo de los propios niños y niñas, para que su voz también sea escuchada y sus intereses tenidos en cuenta.

Finalmente cabe señalar que, cuando este flujo de información se hace internacional, e incluye el intercambio y contraste de estudios y experiencias, e incluso, como ya sucede entre algunos países, el desarrollo de investigaciones comparadas, las experiencias ajenas nos permiten apreciar

en su justa medida muchos de los procesos de cambio en los que estamos sumergidos y sobre los que nosotros mismos aún no tenemos suficiente perspectiva de análisis. Esperemos que los responsables de nuestros sistemas de protección tomen en cuenta estos datos provenientes de experiencias ajenas y que nos pueden ayudar a prever y mejorar nuestro propio futuro como profesionales y el de nuestros niños y niñas, de una forma realista y sin perder nunca de vista su superior interés.

Bibliografía.

- AGELET, CALVO, CARRETERO, CASAS, et al. (1980).
El treball de l'educador especialitzat a un barri perifèric de Barcelona: Equip d'Educadors del Col·lectiu Infantil Canyelles.
- III Jornades sobre la prevenció i el tractament de la delinqüència juvenil a Catalunya. Barcelona, 29 Nov. 1980.
- ANDER-EGG, E. (1963). Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Buenos Aires. Humanitas.
- AGUINAGA, J., & COMAS, D. (1991).
Infancia y adolescencia: La mirada de los adultos.
Madrid. Centro de Publicaciones. Ministerio Asuntos Sociales.
- AJUNTAMENT DE BARCELONA (1980).
Una nova alternativa de serveis per a la infància.
Barcelona. Area de Serv Socials. Col·lecció "Serveis Socials" 2.
- AJUNTAMENT DE BARCELONA (1983).
Els Centres municipals d'infància.
Barcelona. Area de Serv Socials
- AMOROS, Pedro (1987).
La adopció i el acogimiento familiar.
Madrid. Narcea.
- AMOROS, Pedro (1988).
Situación actual de los servicios de adopción y acogimiento familiar.
1988. Madrid. Centro de Estudios del Menor. M.A.S., 1990.
- ARANA, J., & CARRASCO, J.L. (1980).
Niños desasistidos del ambiente familiar.
Madrid. Karpos.
- BANK-MIKKELSEN, N.E. (1973).
La normalización como objetivo en las actividades de la vida diaria.
Boletín de Estudios y Documentación del Insero, 15, 1979, 31-39
- BIOSCA, L., & CASAS, F., (Coord.) (1985).
Els centres diürns a les comarques barcelonines.
Barcelona. Diputació de Barcelona.
- BLEGER, J. (1966). Psicohigiene y psicología institucional. Buenos Aires. Paidós.
- BUENO, CANTO, et al. (APISMA-GESE) (1981).
Marginación social del menor.
Alicante. Publicaciones Caja Ahorros Alicante y Murcia.
- BULLOCK, R.; LITTLE, M.; & MILLHAM, S. (1993).
Going home. The return of children separated from their families.

- The Dartington Social Research Unit. Dartmouth.
 -CAPLAN, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. N. York. Basic Books.
- CASAS, Ferran (1981).
 Política de infancia y adolescencia planteada a partir de la Direcció General de Serveis Socials de la Generalitat de Catalunya. El nacimiento de las Comunidades Infantiles.
 Cuadernos INAS, 5, enero-marzo 1982, 61-65.
- CASAS, Ferran (1982).
 Informe de l'actual normativa, estructura i recomanacions sobre l'àmbit de la infància i l'adolescència, orientat a la confecció del Mapa de Serveis Socials de Catalunya.
 Barcelona. Dir. Gral Serveis Socials. Generalitat de Catalunya.
- CASAS, Ferran (1983).
 Les noies acollides a equipaments residencials a Catalunya.
 Quaderns de Serveis Socials, 3, 40-45.
- CASAS, Ferran (1984).
 Els internaments d'infants a Catalunya.
 Barcelona. Obra Social de la Caixa de Barcelona, 1985.
- CASAS, Ferran (1988).
 Las instituciones residenciales para la atención de chicos y chicas en dificultades socio-familiares: apuntes para una discusión. Menores, 10, julio-agosto 1988, 37-50.
- CASAS, Ferran (1990).
 La psicología social comunitaria en Cataluña.
 In: MUSITU, G.; BERJANO, E.; & BUENO, J.R.: Psicología Comunitaria. Valencia. Nau Llibres.
- CASAS, Ferran (1992).
 Spain. In COLTON, M., & HELLINCKX, W. (Ed.): Child care in the EC.- Foster and residential care for children in the countries of the E.C.. Adershot. Averbury.
- CASAS, Ferran (1992).
 Social research and policy making.
 EUSARF Seminar "Caring for separated children".
 Paris, nov 92. En prensa.
- CENTRE DE FORMACIO D'EDUCADORS ESPECIALITZATS (1978).
 Els Col·lectius Infantils: Memòria curs 77-78.
 Barcelona. Centre d'Educadors.
- CLIFFE, D., & BERRIDGE, D. (1991).
 Closing children's homes.
 London. National Children's Bureau.
- COLTON, M., et al. (1991).
 Caring for troubled children in Flanders, The Netherlands, and the United Kingdom. British Journal of Social Work, 21, 381-392.
- COLTON, M., & HELLINCKX, W. (Ed.) (1993).
 Child care in the EC.- Foster and residential care for children in the countries of the E.C.. Adershot. Averbury.
- CORBILLON, M. (Coord.) (1989).

- Actes du Colloque International L'enfant placé, actualité de la recherche française et internationale.
 Paris. C.T.N.E.R.H.I.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (1991).
 Menores.
 Madrid. Publicaciones del Defensor del Pueblo.
- DELIGNY, F. (1970). Les vagabonds efficaces et autre récits. Paris. François Maspero.
- DIPUTACIO DE BARCELONA (1982).
 Informe i proposta de reestructuració de les Llars A.G. de Mundet. Barcelona.
- DIPUTACION DE VALENCIA (1986).
 Una alternativa: Centros para menores marginados.
 Valencia. Institut d'Assistència i Serveis Socials.
- DIPUTACION FORAL DE ALAVA (1988).
 Menores marginados en Alava.
 Vitoria. Departamento de Bienestar Social.
- EDIS (1982).
 Estudio sobre la situación y problemática de los niños de La Rioja.
 Logroño. En ciclostil.
- EGEA, J. (1989).
 La protecció de menors a Catalunya. Els diferents règims de protecció.
 Barcelona. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya.
- ESCARTI, A., & MUSITU, G. (1987).
 El niño abandonado en la Comunidad Valenciana.
 Valencia. Dir. Gral. Serveis Socials. Generalitat Valenciana.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (1985).
 Jornades d'Estudi i formulació de propostes d'actuació a Catalunya. Families acollidores. Girona, 1984.
 Girona. Col·lecció Arnau d'Escala. Generalitat de Catalunya i Diputació de Girona.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (1988).
 Què són els E.A.I.A.?
 Barcelona. Direcció General d'Atenció a la Infància.
- GENERALITAT VALENCIANA (1981).
 II Jornades sobre Menors Marginats.
 València. Conselleria de Sanitat y S.S. D.Gral. Serveis Socials.
- GOBIERNO DE ESPAÑA (1993).
 Informe sobre el desarrollo de los contenidos de la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas.
 Madrid. M.A.S. (policopiado).
- GOBIERNO DE LA RIOJA (1986).
 Informe para la Comisión de relaciones con el Defensor del Pueblo y los Derechos Humanos sobre los Centros de protección de menores de La Rioja.
 Logroño. Gobierno de la Rioja.
- GOBIERNO VASCO (1985).

- Hogares funcionales familiares.
Vitoria. Departamento de Trabajo.
-GOBIERNO VASCO (1987).
Adopción, acogimiento familiar.
Vitoria. Servicio Central de Publicaciones.
-GOBIERNO VASCO (1987b).
Principios básicos de actuación en el ámbito de los servicios sociales para la infancia y la juventud.
Vitoria. Servicio Central de Publicaciones.
-GOBIERNO VASCO (1989).
Primeras Jornadas sobre adopción y acogimiento familiar.
Vitoria. Servicio Central de Publicaciones.
-GOTTESMAN, Meir (Ed.) (1991).
Residential child care. An international reader.
London. Whiting & Birch in association with FICE.
-GRANDAL, M.I. (1984).
Centros provinciales de menores en Galicia: Cambio y evolución.
La Coruña. Diputación Provincial.
-GUANTER, P.; MASO, J.; & PARRAMON, E. (1990).
Les necessitats socials de la infància i l'adolescència a les comarques de Girona.
Girona. ICASS. Generalitat de Catalunya i Diputació de Girona.
-HELLINCKX, W.; BROEKAERT, E.; VANDEN BERGE, A.; & COLTON, M. (Eds.)
Innovations in residential care.
Leuven. ACCO.
-LOPEZ, J., et al. (1985).
Hogares funcionales: Una alternativa al internamiento para la integración social de menores marginados.
Sevilla. Diputación Provincial.
-LOPEZ CABELLO, P., & BERGARETXE, G. (Coord.) (1987).
Menores institucionalizados en la Comunidad Autónoma del País Vasco.
Bilbao. Dep. Trabajo y Seg. Soc. Gobierno Vasco.
-MARQUES, J. (1986).
Acogimiento familiar y servicios sociales.
Valencia. Diputació de València.
-MENDEL, G. (1972-1974). Sociopsyoanalyse. Paris. Payot.
-MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES (1991a).
Adopción y acogimiento familiar. Ley 21/87. Guía de aplicación.
Madrid. Centro de Publicaciones. M.A.S.
-MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES (1992).
Anuario de estudios e investigaciones de infancia en España.
Madrid. Centro de Estudios del Menor. Dir. Gral. Protección Jurídica del Menor.
-MINISTERIO DE JUSTICIA (1987).
Adopción y acogimiento familiar.
Menores, 2, (Monográfico), marzo-abril 1987.

- MIRANDA, María Jesús (1985).
Factores de marginación social de niños y jóvenes.
Madrid. Instituto Regional de Estudios. Comunidad Autónoma.
-MARTINEZ SHAW, Carlos (1986).
L'assistència pública a la Barcelona Moderna.
L'Avenç, març, 1986.
-MILLHAM, S. (1993).
The State as Parent - Historical Research.
III European Scientific Congress on residential and foster care.
Lüneburg, 1-10-93.
-MONTANÉ, María Jesús (Coord.) (1990).
Acogimiento Familiar.
Infancia y Sociedad, 6 (monográfico).
-MORGAN, S., & RIGHTON, P. (Eds.) (1989).
Child Care: Concerns and conflicts.
London. Hodder & Stoughton.
-NAVARRO, A.; BARROSO, M.; GRACIA, A.; & MARTINEZ, M. (1992).
El psicólogo en los E.A.I.A.
Intervención Psicosocial, 1, 109-113.
-NIRJE, B. (1969).
The normalization principle and its human management implications.
In KUGEL, R., & WOLFENBERGER, W. (Eds.): Changing patterns in residential services for mentally retarded.
Washington, D.C. - U.S. Government Printing Office.
-PAREJA, Ma. del Carmen (1984).
Investigación sobre las causas psicosociológicas del abandono infantil.
Granada. Diputación Provincial.
-PICHON-RIVIERE, E. (1971). Del psicoanálisis a la psicología social.
Buenos Aires. Nueva Visión, 3 vol.
-RIPOL-MILLET, A., & RUBIOL, G. (1990).
El acogimiento familiar.
Madrid. Centro de Publicaciones. Min. Asuntos Sociales.
-ROWE, J.; HUNDLEBY, M.; & GARNETT, L. (1989).
Child care now.
London. British Agencies for adoption and fostering.
-SANCHEZ MORO, C., & PEREZ PEÑASCO, A. (1979).
El menor marginado (I) (II).
Madrid. Ministerio de Cultura y EDIS.
-SANTOLARIA, Félix (1984).
Reeducació social: L'obra pedagògica de Josep Pedragosa.
Barcelona. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya.
-TRIGO, José (1989).
Deprivación socio-familiar e institucionalización de menores: Hacia una intervención psicosocial.
Tesis doctoral. Universidad de Sevilla. Inédita.
-VAN DER PLOEG, J.D., et al. (Eds.) (1992).
Vulnerable youth in residential care.

- Leuven. Garant, 2 vol.
 -VEGA, A., & CASAS, F. (1983).
 Informe sobre servicios y centros de Cataluña dedicados a la atención de la infancia y la adolescencia con problemáticas socio-familiares. Barcelona. Dir. Gral. Serveis Socials. Generalitat de Catalunya.
 -ZABALZA, Angel (1989).
 Estrategias de intervención socioeducativa ante los inadaptados sociales: una reflexión desde la práctica de trabajo en pisos. Menores, 15, mayo-junio 1989, 17-39.
 -ZAX, M., & SPECTER, G.A. (1974). An introduction to community psychology. N.York. Wiley.

ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL EN UNA EUROPA EN TRANSICIÓN

HELENA AGATHONOS GEORGOPULU

Durante los últimos treinta años se ha observado un rápido desarrollo en el conocimiento científico relativo a la identificación, tratamiento y prevención del maltrato y abandono infantil. Este problema de la infancia que en un principio tuvo una aproximación predominantemente médica, en la actualidad se contempla como un hecho relacionado con la ecología familiar y que está a su vez inmerso en unas estructuras y sistemas sociales que pueden actuar como factores de alto riesgo para que el maltrato infantil ocurra.

A lo largo de estos años, el interés y los trabajos de todos los profesionales e instituciones dedicados a la infancia maltratada se han centrado de un modo creciente en todos los niveles de prevención del problema (primaria, secundaria y terciaria). Esta aproximación a la prevención se ha desarrollado de un modo diferente y acorde con la situación política, ideológica, económica, histórica y social de la Infancia es aparentemente baja, las prioridades han sido acordadas a la prevención primaria relacionada con la supervivencia, las vacunaciones, las condiciones higiénico-sanitarias, la vivienda junto con la prevención primaria del maltrato infantil relacionado con las condiciones generales de la sociedad (trabajo infantil, prostitución y otras formas de explotación infantil).

En relación con la prevención secundaria, como aquellas actividades dirigidas a la detección lo más temprana posible de los factores de alto riesgo predisponentes a la existencia de dificultades parentales y de otros problemas ligados a la aparición de maltrato infantil, constituye en el momento actual un área con amplias perspectivas de futuro. Sin embargo, las experiencias llevadas a cabo en Europa están relacionadas más con trabajos de investigación que con programas de actuación en los servicios de atención a la infancia.

Los países con "standards" de desarrollo adecuados se han centrado en la prevención terciaria y por tanto en el tratamiento de los niños/as y de las familias en las que se diagnostica la existencia de maltrato. En este sentido, la adecuación y calidad de esta forma de aproximación es variable en cada país, dependiendo del grado de sensibilización hacia el problema y consecuentemente del lugar que el maltrato infantil ocupa en las prioridades políticas y presupuestarias y asimismo de la definición de maltrato aceptada en cada cultura específica, de la existencia y variabilidad de los registros de

casos, de la red de servicios de protección a la infancia y de salud mental, del sistema judicial y por último, del valor que los niños/as y la infancia como fenómeno social tienen en cada cultura.

Por otro lado, el desarrollo de la prevención primaria no ha tenido lugar dentro del contexto del maltrato infantil sino a través de programas en atención primaria de salud, de salud pública y de manejo de situaciones de la vida diaria para niños y adultos jóvenes junto con un conjunto de intervenciones sociales en el nivel comunitario.

La experiencia obtenida sugiere que hoy día en Europa puede no existir uniformidad en los programas de prevención. En este sentido, cada país tiene una aproximación al problema que está implicada con la identidad cultural relevante, siendo en este momento necesario que los países aúnen esfuerzos en estudios de investigación comparativos.

En la actualidad y en Europa, el período histórico de negación del problema de maltrato infantil ha pasado y aunque conocido como el "viejo continente", Europa es hoy un continente en crisis si tenemos en cuenta los cambios políticos en la antigua Europa del Este, la rotura de las fronteras económicas e ideológicas y la lucha por la unidad europea. Estos cambios han producido un cúmulo de problemas graves que pueden actuar como factores de riesgo dado que un continente en crisis significa países en crisis y en consecuencia, grupos de población y familias en crisis: los refugiados, el desempleo, y el racismo como resultado de ambos junto con las situaciones de guerra, otras formas sociales de violencia, la drogadicción y también las modificaciones en los estilos de vida y en el modelo familiar comportan situaciones de riesgo para que ocurra maltrato y abandono infantil. Sin embargo, existen por otro lado factores compensadores que pueden actuar como "neutralizantes" de los factores predisponentes.

Los esfuerzos para la prevención que se deben realizar hoy en Europa tienen que ser desarrollados dentro de la realidad de un continente en transición y buscando una identidad nueva que al mismo tiempo conserve el valor de cada cultura.

LA INFANCIA EN EUROPA

JUAN MARIA BANDRES

El orador -autor de la Carta Europea de los Derechos del Niño- agradece el honor que supone el encargo de dictar esta conferencia en este III Congreso Estatal sobre la infancia maltratada. Felicita a los organizadores por este acontecimiento y por haber situado el congreso en el marco de Europa, pese a su carácter estatal.

Se refiere a la amplia documentación que llegó al Parlamento Europeo cuando se comenzó a trabajar en la carta. Los testimonios son estremecedores. Hambre, explotación laboral, prostitución, abusos de todo género. No sólo en el Tercer Mundo. También en América del Norte y en Europa. Sospechas vehementes de utilización de niños para trasplantes ilegales de órganos y adopciones irregulares y clandestinas de niños y niñas por gente dudosa en numerosos países.

Recuerda, también, las limpiezas de las calles de grandes ciudades de Centro y Sudamérica. Basta que las autoridades turísticas norteamericanas declaren determinada ciudad -Bogotá, Lima, Sao Paulo o Río de Janeiro- peligrosa para sus visitantes para que los comerciantes ayudados por policías, fuera de las horas de servicio, desaten la caza del "niño de la calle".

Evoca, finalmente, los padecimientos de los niños en los países de guerra.

Pero el maltrato a la infancia no es algo lejano. Ocurre todos los días en nuestras propias ciudades.

Repasa los titulares de prensa de un par de periódicos durante el último trimestre. Muchas malas noticias.

Pero hubo también buenas noticias. No todas las noticias relativas a los niños fueron negativas. Pero las malas noticias -y es importante que nos demos cuenta de ello- no son más que la punta del iceberg de un fenómeno social extraordinariamente extendido.

En Europa, en España, en Madrid, muy cerca de nuestras casas, en nuestra vecindad, a veces contando con nuestro silencio cómplice, los niños sufren las consecuencias de la incompreensión, del egoísmo, de la indiferencia, de la lascivia o de la crueldad y la brutalidad de los adultos.

Y por eso es importante que desde instancias institucionales se construyan mecanismos jurídicos que protejan a los niños de esa realidad tan sombría.

Es, también, necesario que existan organismos ciudadanos, no gubernamentales, que se ocupen de estas cuestiones, como objetivo principal o de modo colateral, porque son absolutamente inútiles todos los mecanismos jurídicos y legales, todos los grandes y solemnes pronunciamientos, y

todas las convenciones internacionales y cartas de derechos, sin personas generosas dispuestas a utilizarlos y ponerlos en práctica. A movilizarse, en definitiva, en favor de los niños.

Algo de eso debió pensar el Parlamento Europeo cuando en 1990 decidió pasar de las declaraciones parciales y coyunturales sobre la infancia y redactar y, en su caso, aprobar una "Carta Europea de los Derechos del Niño".

Pronto comenzaron a amontonarse, como se ha indicado, sobre la mesa de trabajo del ponente cientos de documentos que le llegaban del mundo entero con testimonios impresionantes y, a veces, insostenibles sobre la situación de los niños en el mundo. Viajó por Europa y también por América del Sur y, en lo posible, habló también con los propios niños. Esos niños que se quejan con razón que a ellos se les ignora, no se les hace caso porque no votan o no pueden escribir en los periódicos.

El ponente redactó primero un documento de trabajo, luego un proyecto de resolución ampliamente debatido y el Parlamento Europeo, la mayor concentración democrática del mundo, reconoció que los niños, también en Europa, eran maltratados física y psíquicamente, eran explotados laboralmente, eran objeto de abusos sexuales, eran prostituidos, golpeados y muertos. Y, en consecuencia, los representantes de más de trescientos millones de ciudadanos europeos, en un llamamiento dramático a la responsabilidad de los mayores del mundo entero, recordamos con la Carta que los derechos de los niños son inviolables pero que, desgraciadamente, son diariamente violados.

Respecto a la polémica en cuestión de la propia definición del niño se adoptó la de las Naciones Unidas: Niño es todo ser humano hasta la edad de 18 años, salvo que hubiera cumplido antes la mayoría de edad, según la legislación interna.

Salvado este obstáculo, la aprobación de la Carta no ofreció dificultades. Estas son sus más importantes declaraciones:

-Es necesaria la creación del Defensor de los Derechos del Niño -el Ombudsman del Niño- en el ámbito estatal y en el comunitario. El conferenciante no excluirá el de las Comunidades Autónomas.

-Es preciso contar con instrumentos legales comunitarios específicos que, basándose en la Convención de los Derechos del Niño, afronten los problemas especiales inherentes a la integración europea de menores y para los que no existen disposiciones en la legislación de los estados miembros.

-Se pide que la Comunidad Europea, una vez lo hayan hecho los doce Estados miembros, se adhiera también a la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del Niño.

En cuanto a los derechos contenidos en la carta -45 en total-, éstos son los más importantes:

-La no discriminación por razón de nacionalidad, filiación, orientación

sexual, etnia, color, sexo, lengua, origen social, religión, estado de salud o por esas mismas causas referidas a los padres.

-El derecho a la vida, a un nombre y a una nacionalidad y a conocer ciertas circunstancias relativas a sus orígenes biológicos.

-El derecho a gozar de unos padres o, en su defecto, personas o instituciones que lo sustituyan y a mantener contacto directo y permanente con ambos progenitores en caso de divorcio, separación legal o de hecho de los mismos. Se adoptarán medidas para impedir el secuestro, retención o no devolución ilegal del niño realizado por uno de los padres o por un tercero. También se recoge el derecho del niño a mantener contacto con los padres cuando éstos cumplan una pena de privación de libertad.

-El derecho a circular libremente por el territorio de la Comunidad Europea, a salir del mismo y a regresar a éste cuando lo deseen.

-El derecho a la integridad física y moral de su persona. Se otorgará una protección especial a los niños víctimas de tortura, malos tratos, servicios o explotación.

-El derecho a la objeción de conciencia y a no ser obligado a participar en conflictos armados antes de cumplir 18 años.

-El derecho a la libertad, a la seguridad jurídica, a la libertad de expresión, de conciencia, de pensamiento y de religión.

-El derecho a gozar y desarrollar su propia cultura, a practicar su propia religión o creencias y a emplear su propia lengua.

-El derecho al ocio, al juego y al deporte.

-El derecho a la salud, a ser protegido frente a enfermedades de transmisión sexual y frente a la droga. Derecho a servicios sociales y seguridad social. Se recogen también derechos específicos para los niños minusválidos.

-El derecho a recibir una educación, incluyendo la enseñanza obligatoria y gratuita. A recibir información y educación sexual adecuadas. La educación de los niños deberá favorecer al mismo tiempo su preparación a la vida activa y el desarrollo de su tiempo de preparación a la vida activa y el desarrollo de su personalidad y deberá también aspirar al respeto de los derechos humanos, de las diferencias culturales nacionales de otros países y regiones y a la erradicación de la xenofobia y el racismo. La escolarización de un niño no podrá verse afectada o interrumpida por razones de enfermedad no infecciosa o contagiosa para los otros niños.

-Deberá protegerse a los niños de los mensajes pornográficos y violentos.

-El derecho a ser protegidos de la explotación económica. Ningún niño podrá trabajar permanentemente antes de los 16 años o antes de haber finalizado la escolarización obligatoria.

-Todo niño deberá ser protegido contra toda forma de esclavitud, de violencia o explotación sexual. Se adoptarán las medidas oportunas para impedir que ningún niño sea, en el territorio de la Comunidad, secuestrado, vendido o explotado con fines de prostitución o de producciones pornográficas o que desde la Comunidad se prepare o apoye la explotación sexual de niños fuera de su territorio.

-A efectos penales se considerará la edad de 18 años como mínima para serle exigida la responsabilidad correspondiente.

-Los niños originarios de terceros países cuyos padres residan en la Comunidad, así como los niños refugiados o apátridas, reconocidos como tales, y que residan en un estado miembro se beneficiarán de los derechos recogidos en la Carta.

Explica el valor del documento, que no es reglamento ni directiva. Tiene el valor y la autoridad que le presta el hecho de que el PE exige a los estados miembros que adapten su legislación interna y la comunitaria de modo que los derechos de los niños queden suficientemente reconocidos y garantizados.

Exhorta al Simposio, finalmente, a trabajar para que aparezcan y se organicen en España, en Europa y en el mundo entero personas e instituciones que, un día, hagan realidad lo que el PE pidió a todo el mundo el verano de 1992.

GRUPOS DE TRABAJO

Areas Temáticas

A.T. 1

EL MALTRATO INFANTIL EN LAS DISTINTAS ETAPAS EVOLUTIVAS DE LA INFANCIA

INTRODUCCION: ROSARIO DUCE SANCHEZ DE MOYA

PRESENTACION:

El artículo 10.2 de la Constitución española garantiza los derechos fundamentales y las libertades del ciudadano de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos ratificados por España. En el artículo 39 se establece que los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos. La Declaración y Convención de los Derechos del Niño (20 de Noviembre de 1959 y 20 de Noviembre de 1989 respectivamente) son parte de esos acuerdos. En ellos, y fundamentalmente en los arts. 19, 27, 34, 35, 36, 37 y 39 de la citada Convención queda reflejada la consideración y postura de los Estados firmantes frente a todo tipo de maltrato infantil.

Conforme al artículo 20 de nuestra Carta Magna, las libertades que en dicho artículo se expresan, tienen su límite en los derechos derivados de la protección de la infancia y de la juventud. Principio coherente con la primacía del bien del niño nacido por voluntad del adulto y hacedor de su futuro.

No obstante lo prolijo de la descripción de derechos de la infancia, y no obstante lo radical del principio de sometimiento de los derechos y libertades del adulto al bien del niño, la realidad y la estructura racional que se hace de los derechos del niño suelen discrepar, por influencia del entorno, del espíritu de lo legislado.

Por una parte se aplican distintas interpretaciones de conceptos como, por ejemplo, la paternidad biológica o de la dicotomía deber de educación/derechos del niño. Por otra, en la multiplicidad de derechos enunciados por las leyes y acuerdos internacionales, continúa prevaleciendo la interpretación de salvaguarda de la subsistencia del niño, cuando el derecho a la vida debe ser ya ampliado al derecho a poseer una vida digna.

Con todas las contradicciones derivadas de un medio socio-cultural religioso y de gobierno determinadas, la vida digna de un niño se hace indefectiblemente con y a través de la mano de un adulto y se hace digna de forma estática, en cada interacción de ambos y en un continuo movimiento, en el proceso biológico y psicológico de maduración personal a través del



cual se consolida la identidad del niño por la acción continuada de los agentes de relación social.

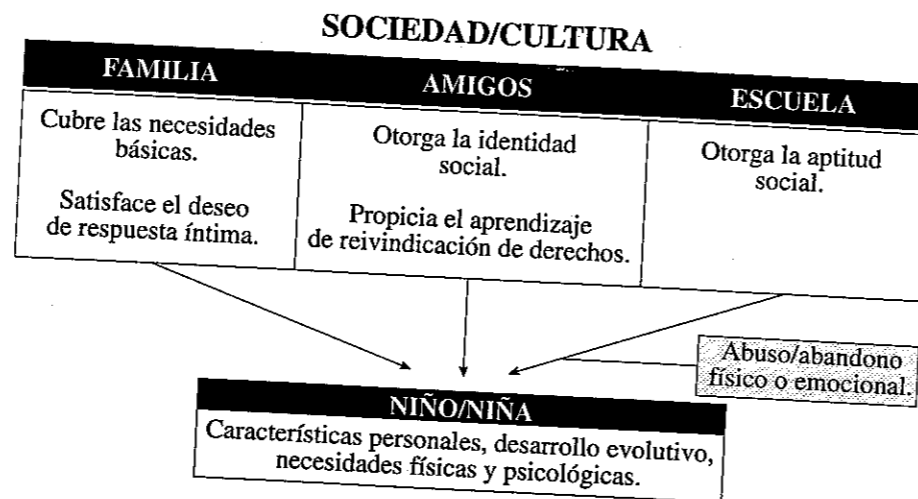
La familia, la escuela y el grupo de amigos son los agentes primordiales en la creación de la propia identidad. Sólo en este proceso fundamental, en el que reside la posibilidad de ser o no ser para la persona, tiene sentido hablar de maltrato, ya que el abandono, el tratamiento descuidado, y/o el daño físico o mental, no accidentales, que pongan en peligro su salud física o psíquica, son irreversibles.

Los tres agentes señalados se suceden actualmente mientras se está produciendo el desarrollo individual y marcan, además, momentos clave de su evolución. El niño es, gracias a su familia "hijo de"; la escuela le dota de la "aptitud social", que le dará instrumentos de comprensión y actuación en la sociedad, y, a través de otra sociedad hecha a su medida, la de los otros niños, logrará "la imagen exacta de sí mismo".

Estos agentes actúan en base a cuatro pilares comunes:

- Crean un sistema de interacción específica.
- Establecen modelos de comportamiento.
- Fuerzan a aceptar los modelos mediante recompensas o castigos.
- Suponen una identificación afectiva.

Con cada agente de relación, estos principios tienen características determinadas y suponen en el niño la asunción de elementos vitales para el logro -feliz- de su identidad personal.



Esa interacción entre determinados agentes del logro de la identidad personal y el niño o niña, puede verse alterada, cuando la familia no sirve para modelar las reacciones interpersonales, no acepta la realidad del hijo; cuando la escuela no desarrolla el instinto social y propicia la competitividad no protegida; cuando los iguales interfieren en el correcto logro de la eman-

ción paterna, o del prestigio social. En estos casos, entre otros, no se puede tener una vida digna y cuando además esos hechos se producen de forma que conduzcan al sufrimiento, al deterioro personal, o a la inadaptación social, se está maltratando.

Los profesionales del trabajo social o de la educación orientan su trabajo, en términos de la misma Convención sobre los Derechos del Niño, a saber predecir o identificar el maltrato por sus causas, normalmente constituidas por una intrincada red de distintos factores, a la recuperación física y psicológica y a la permanente ayuda para reintegrar socialmente a todo niño víctima de cualquier forma de abandono, explotación, abuso o trato cruel.

El objetivo de esta mesa es, precisamente, proporcionar los elementos suficientes para abrir un debate sobre los enfoques y consideraciones acerca del maltrato en las distintas etapas evolutivas del niño, infantil, escolar y adolescente, y de la especificidad que adquieren en ellas los mismos derechos de que son objeto.

La amplitud de las situaciones que se engloban en el término maltrato cuando se aborda desde un punto de vista teórico, pueden volverse más prolifas si a ello le sumamos la diversificación de cada una de ellas según el momento de vida del niño.

Está claro que dependiendo del momento de evolución infantil, el tipo y secuelas del maltrato será diferente, y eso debe ser conocido por el profesional si desea tanto ayudar al niño como prevenir el maltrato mediante la detección precoz de las situaciones de riesgo.

En esta mesa, además de enumerar los factores desencadenantes del maltrato en las distintas edades y exponer los modelos teóricos que ayuden al profesional a comprender el prolijo sistema de causas y efectos, profundizaremos en el estudio diferenciado de las manifestaciones más significativas en cada una de las etapas del desarrollo evolutivo del niño.

PRIMERA INFANCIA

ANGELES CEREZO JIMENEZ

INTRODUCCION

El abuso infantil es un fenómeno que se produce en el marco de la interacción padre-hijo y se halla socialmente contextualizado, a nivel familiar y extrafamiliar. Básicamente, representa el extremo de un continuo de relación diádica disfuncional que presenta distintas manifestaciones según la edad del niño (13, 14). Es por ello que se hace necesario adoptar una perspectiva en la que se contemple el fenómeno del abuso, y del maltrato en general, considerando la etapa evolutiva del niño. Las habilidades que requiere la tarea de la paternidad cambian según la edad, necesidades y capacidades del niño y, en consecuencia, cambian también los déficits y determinantes de un comportamiento parental incompetente. Además, como acertadamente señalan Azar y Siegel (1990), los factores que influyen y afectan al abuso se pueden manifestar de forma distinta si éste se produce en un determinado periodo infantil que si es un abuso persistente a lo largo de las sucesivas etapas. En este sentido, el tema presenta implicaciones teóricas y prácticas de notable importancia.

La consideración de la temática del abuso referida a la primera infancia implica necesariamente atender a los procesos de transición a la paternidad. Ser padres supone un cambio importante para la vida de la pareja, y si se trata del primer hijo se añaden connotaciones especiales a la novedad de la situación. Un ajuste satisfactorio a esta situación requiere habilidades y recursos específicos que han de entrar en acción rápidamente. De hecho, esta experiencia está considerada por algunos autores como un evento transicional estresante con suficiente entidad como para requerir apoyo psicológico (24, 2).

Por otra parte, cuando el abuso se produce en la primera etapa de la vida infantil, éste reviste una especial gravedad por la fragilidad y vulnerabilidad de la víctima. Por apuntar algún dato en relación a la afirmación anterior el 60% de las muertes que ocurren por conducta abusiva paterna y el 50% de los casos que resultan con daños permanentes, principalmente por lesiones en la cabeza, se producen entre los menores de 2 años (Newberger, 1982 cdo. 30). En la misma línea, según el informe de la AAPC de 1988 (American Human Association for Protecting Children), la media de edad para los casos con resultado de muerte es de 2,8 años. En nuestro país, los casos que saltan a los medios de comunicación suelen ser los casos mortales y la edad de las víctimas es generalmente inferior a los 3 años.



Así pues, el fenómeno del maltrato en la primera infancia presenta una serie de aspectos que lo configuran como un terreno en el que la prevención debe jugar un papel crucial. En primer lugar, el acontecimiento de la paternidad y las fuertes demandas de la crianza en los primeros años de vida del niño, que se da como un hecho natural en todos los casos. En segundo lugar, el papel de los sucesos estresantes externos a la propia paternidad pero que le influyen, como el desempleo, los conflictos familiares o de pareja, cuando la hay, la crianza no compartida de las madres sin pareja, madres adolescentes, depresión, etc... y que afectan a proporciones importantes de la población de padres. En tercer lugar, la extrema inmadurez con la que llegan al mundo los seres humanos, lo que significa comenzar siendo todo posibilidades pero también el precio de una extrema fragilidad física y psíquica: hasta tal punto la necesidad de alimento iguala a la necesidad de protección y amorosos cuidados, que si no hay un trato afectivo, emocionalmente rico, el niño lo acusa en su propio desarrollo físico. Estos extremos señalan el periodo desde el nacimiento hasta los cinco años aproximadamente como objeto de absoluta prioridad para la prevención del maltrato.

El presente trabajo tiene como propósito principal presentar una guía de análisis del maltrato, con especial énfasis en su vertiente de abuso, en los primeros cinco años de vida. La guía pretende tener un marcado carácter práctico tanto para sugerir vías de actuación como para indicar perspectivas y áreas de investigación. En este sentido, esta ponencia se estructura en cuatro apartados que responden a las siguientes cuestiones referidas a los primeros años de vida: (a) ¿qué antecede y precipita los episodios de abusos?, (b) ¿qué define la competencia o incompetencia de los padres en sus tareas de crianza?, (c) ¿qué efectos produce el abuso en el niño? (d) ¿qué remedios pueden proponerse para evitar el maltrato o promover cambios favorables si se ha producido? Las páginas que siguen desarrollan estos puntos siempre en el marco de la contextualización social del fenómeno, a nivel familiar y extrafamiliar y el carácter interactivo de los procesos directamente implicados en los episodios de abuso.

I. PRECIPITANTES.

Los precipitantes de abuso, pueden entenderse en un sentido más o menos amplio. Sin embargo, aquí se entienden como aquellos hechos que anteceden inmediatamente al episodio abusivo en el contexto de la interacción y que los padres apuntan con mucha frecuencia como la que "provocó" su actuación abusiva.

Los hechos precipitantes de los que informan los padres varían según la edad del niño. En el primer año de vida, especialmente en los primeros seis meses, el llanto persistente del niño puede desencadenar actuaciones abusivas de gran gravedad por la extrema vulnerabilidad del bebé. Los llantos se producen por muy variadas causas ya que es el único instrumento que el bebé humano tiene para manifestar sus necesidades y malestares: niños normales entre 9 y 18 meses observados en sus casas pasan, por término medio, el 8% del tiempo que están despiertos llorando (Clarke-

Stewart, 1973; cdo. en 43). Y por otro lado, estudios empíricos han puesto de relieve que los padres abusivos, o los sujetos que se hallan en riesgo de serlo, perciben el llanto de sus niños como un estímulo muy aversivo (p. e.: 27; 12) especialmente si el llanto tiene determinadas características (21).

Los dolorosos cólicos de gases del recién nacido y que algunos niños sufren con más intensidad originan unos llantos inconsolables, y por lo general desde el anochecer hasta altas horas de la madrugada. Unos padres irritados y desesperados pueden sacudir o zarandear al bebé, gritarle, lanzarle bruscamente contra la cama, taparle la boca, etc. Actos de los padres que sólo consiguen un incremento en el llanto y el inicio de una espiral de violencia que puede alcanzar consecuencias desastrosas. De hecho, el denominado Shaken Baby Syndrome (SBS) o síndrome del niño zarandeado, descrito inicialmente por Caffey (1972), se señala por los pediatras como el responsable de una importante cantidad de muertes infantiles y de morbilidad grave como lesiones cerebrales, ceguera total o parcial y/o retraso mental (36, 47, 48).

La alimentación, es decir, que el niño haga sus tomas en las cantidades establecidas, también puede convertirse en un problema en los primeros meses del niño, ya sea por razones objetivas (bajo peso del bebé), o subjetivas (una madre muy ansiosa por el peso de su bebé). Sin embargo, este asunto es más destacado cuando el niño se encuentra en un segundo semestre. El cambio progresivo en la alimentación que el bebé tiene que superar con éxito, genera en algunas diadas conflictos importantes. Las madres fuerzan materialmente a comer al niño, se pueden producir vómitos por las extremas condiciones de ansiedad que acompañan la ingestión de alimentos. En consecuencia al negarse a comer, tirar la comida de la boca, o vomitar se puede convertir en un "precipitante" de un episodio abusivo.

En el segundo año de vida, el hecho más relevante es que el bebé sea capaz de desplazarse. Se desplaza, ve el mundo desde otra perspectiva física, desde abajo, no coincidente ya con la madre que le portaba a todas partes. La conducta exploratoria del niño que se desplaza requiere una atenta y persistente supervisión del adulto, por el elevado riesgo de lesiones y accidentes que le acompaña. Ahora se comienzan a establecer los límites y las normas y aumenta la probabilidad de conflicto; algunos estudios de laboratorio con niños normales de 2 y 3 años revelan que la madre se ve obligada a detener al niño una vez cada tres minutos, o incluso más (Forenhand et al. 1975; cdo. en 43). El inicio del caminar, posibilitado por la maduración de la conducta que es el "no". Los niños se oponen y esta oposición o desobediencia a las indicaciones del adulto son fuente de conflicto y precipitantes de episodios de abuso. A lo anterior se une el tema del control de esfínteres que se estrena al concluir este segundo año de vida dentro de los sucesivos logros del ser humano en la conquista de su autonomía.

Desde el tercer año de vida, las rabietas, los insultos, los lloros, la agresividad, conductas dependientes en exceso, etc., se señalan por los padres como lo que les "obliga" a actuar duramente con los niños. La "dureza" puede adoptar la forma de acciones bien físicamente violentas o bien de

carácter verbal con manifestaciones humillantes hacia el niño o de claro rechazo afectivo.

Los "precipitantes" se relacionan con el hecho de que los menores a lo largo de su vida atraviesan por momentos de especial dificultad para la madre o la persona que les cuida, en especial en su primera infancia. Schmitt (1987), de la Escuela de Medicina de la Universidad de Colorado, señala en su estudio de revisión que las dos conductas infantiles asociadas con abusos más graves y abusos con resultado de muerte son los llantos por cólicos y la resistencia en el entrenamiento del control de esfínteres. Estos momentos evolutivos, pueden considerarse, en general, como situaciones de especial riesgo ya que demandan mayores recursos de los padres y ponen a prueba todas sus habilidades. En consecuencia, los padres que, por su parte, presentan déficits y otras características o factores contextuales negativos asociados, merecen una atención de máxima prioridad.

II. COMPETENCIA VERSUS INCOMPETENCIA EN LA CRIANZA.

Por fortuna la inmensa mayoría de los padres atraviesan estos puntos complejos de la corriente del desarrollo del niño con bastante acierto. Estos adultos demuestran ser competentes en su ejercicio de la paternidad. La tarea requiere unas habilidades que van cambiando según va creciendo el niño hasta convertirse en un joven adulto. Observar y estudiar las habilidades que manifiestan las personas que ejercen adecuadamente su tarea de padres es un punto de referencia básico, para detectar y valorar los déficits que presentan los padres abusivos y diseñar las estrategias de ayuda.

La sensibilidad parental es una de las cualidades más importantes para promover el desarrollo óptimo de un niño. Se ha definido como la capacidad de proporcionar "respuestas apropiadas, consistentes y contingentes a las señales del infante o el niño" (Wolfe y Krupka, 1991: p. 92). A nivel microsociedad de interacción el resultado es una relación acompañada armónica, sincrónica; en primer plano la interacción de un adulto con un bebé, cara a cara, es como una danza, hay un compás. Los estudios de Kobayashi de la Universidad de Tokio en Japón con una metodología bastante sofisticada, muestran interesantes sincronías entre la voz de la madre hablando espontáneamente a su bebé de pocos días y los movimientos de la mano de éste (34; 35). A un nivel más molar también se puede detectar un entendimiento que hace la relación fluida y abrevia los conflictos.

Diversos procesos psicológicos intervienen en este conjunto de comportamientos maternos que denota el concepto de sensibilidad; desde la percepción adecuada de la señal, la interpretación y atribución que se hace de ella, hasta la toma de decisión acerca de la acción y valoración de su eficacia (38). A un nivel más operativo, la madre debe tener una definición de unidades de comportamiento relevantes y distinguirlas en la corriente de conducta del bebé; si el niño ha alcanzado su segundo año de vida y las normas comienzan a establecerse, entonces esa definición implica también qué es deseable y qué no, y aplicar de forma consistente las consecuencias adecuadas. Se trata de procesos que exigen considerable atención. Este

conjunto de procesos que se denomina sensibilidad es considerado como un determinante fundamental en el desarrollo cognitivo, emocional y social del niño (p. e.: 52, 37, 49). La sensibilidad es ciertamente un concepto complejo que se halla también a la base de otras aportaciones clásicas como la conducta de la madre que guía al niño a niveles evolutivos superior inmediatos, en lo que Vigotsky denominaría la zona de desarrollo proximal.

Por otra parte, la insensibilidad de la persona que asuma primariamente el cuidado del niño, sea la madre o el padre, se ha encontrado relacionada con el abuso y con el apego inseguro (41). En esta línea se han desarrollado los trabajos de Pat Crittenden en la Universidad de Florida o los estudios longitudinales de Jay Belsky y colaboradores en la Universidad del Estado de Pennsylvania (20; 5; 6; 31). Las madres abusivas cuando interaccionan con sus bebés tienen conductas más intrusivas y hostiles que interfieren con el curso de la acción del bebé y sus metas. Estas madres producen una hiperestimulación insensible al ritmo y compás del niño. Asimismo, se observa madres que manifiestan una apatía y falta de interacción acusada hacia sus bebés, este patrón de comportamiento parece hallarse con más frecuencia entre niños que sufren negligencia y abandono; en estos casos las madres muestran una hipoestimulación insensible. Tanto unos niños como otros son firmes candidatos al desarrollo de un apego inseguro.

Los hallazgos coinciden en señalar que la hostilidad y el rechazo materno se relaciona con más probabilidad con apego infantil huidizo, mientras que la falta de respuesta se relaciona con apego resistente, los dos subtipos principales del apego inseguro (1). Sin embargo, aquí no conviene olvidar contribuciones interesantes que ponen en relieve el papel que juega en este proceso el propio bebé. (39). En particular, parecen ser relevantes las habilidades de orientación del neonato, especialmente al rostro del otro y su disposición a atender los estímulos sensoriales que le rodean. En el estudio de Grossman y Cois. (1985) se evaluaron estas habilidades con la Brazelton Neonatal Assessment Scales (7) en tres ocasiones durante los primeros diez días de vida y también la sensibilidad materna; ambos factores contribuyeron de forma independiente a predecir la calidad de la relación evaluada a los 12 meses por la situación ante el extraño. Esta información puede explicar casos particulares de niños con apego seguro a pesar de hallarse en una situación interaccional de baja calidad, o al revés niños con madres sensibles que sin embargo muestran apego inseguro. Es una línea que merece ser estudiada.

Un capítulo de principal importancia lo constituyen los estresores que afectan a la competencia materna. Estos estresores, externos al contexto inmediato de la interacción, actúan como factores indirectos en la medida que incrementan la probabilidad de los conflictos y/o disminuyen la competencia parental (13; 14). Nos referimos a factores tales como las dificultades económicas, los conflictos con la pareja, con los parientes, la fatiga, el aislamiento social o los problemas depresivos. Particular impacto negativo tienen el aislamiento social ("madre insular"; 50) y la sintomatología depresiva materna en la interacción con el bebé (26).

La incompetencia parental se pone de manifiesto cuando se atiende a

distintos aspectos, como el nivel de resolución de problemas o las habilidades atencionales. Las madres abusivas presentan bajo nivel en resolución de problemas cuando se las compara con madres no abusivas (14; 4). Asimismo, las madres entrampadas con relaciones coercitivas con sus hijos manifiestan déficits atencionales que les llevan a cometer "errores" de respuesta a la conducta de sus niños (17). Estos déficits son inducidos por el estrés y se ha sugerido que puedan estar mediatizados por ciertas características de organización del repertorio conductual de las madres (51). Las madres manifiestan una falta de recursos y el estar preocupadas en "otras cosas". En definitiva, los patrones de relación con el niño se caracterizan por ser más asincrónicos porque el comportamiento materno resulta más errático e impredecible para el niño. Como ya se ha señalado anteriormente, el temperamento, nivel de actividad del bebé, etc., aportan también su contribución a estos resultados en la medida que favorecen la frecuencia de los conflictos (más llanto, inapetencias, irritabilidad).

Resumiendo hasta aquí, la competencia de la persona que ejerza primariamente la tarea de crianza del bebé se asienta sobre un constructo complejo que se denomina sensibilidad, y que involucra componentes cognitivos, atencionales, afectivos y conductuales. Asimismo, hay una serie de estresores, externos al núcleo interaccional básico de la diada, que afectan de forma negativa al desempeño competente de la tarea.

Así pues, y considerando este esquema de trabajo, los déficits de las madres que actúan de forma inadecuada con su bebé, ya sea por abuso o por negligencia, pueden provenir más del núcleo interaccional directo o bien involucrar también más o menos factores indirectos. En el primer caso, se trata de madres que son suficientemente sensibles, es decir, saben qué hacer, pero se encuentran en unas condiciones contextuales adversas que les impiden actuar como deben. En el segundo caso, se trata de madres que no sólo sufren uno o más de los estresores externos mencionados sino que, además, carecen de esa sensibilidad por tener un profundo desconocimiento de lo que es un niño, y unas expectativas distorsionadas por exceso, o por defecto, de lo que éste puede dar de sí.

Si los padres no conocen las posibilidades de un niño, difícilmente ajustan sus expectativas de forma flexible a la realidad y pueden pedir mucho (o poco), y hacer atribuciones erróneas que los padres abusivos suelen personalizar; la actuación de los padres dependerá de a qué atribuyan lo que su hijo hace. Por tanto, no sólo son las interacciones, sino la interpretación que hacen los padres lo que propicia la conducta abusiva o negligente, y a estos procesos de interpretación afectan los factores externos. Por ejemplo, hay madres que atribuyen el comportamiento típico de "la angustia ante el extraño" de sus bebés como el inicio de un indeseado "enmadramiento", o el negativismo del niño de dos años al deseo deliberado de éste de hacerles la vida imposible.

La investigación ha señalado toda una serie de variables que encuentra consistentemente asociadas a las familias maltratantes. Cuando estos factores se utilizan para cribar la población y detectar las familias que necesitan ayuda prioritaria, estamos hablando de los denominados factores de riesgo. Resulta una vía de aproximación útil para asignar recursos escasos.

Sin embargo debe utilizarse con mucha cautela por muchas razones metodológicas, ya que el abuso es un fenómeno de baja frecuencia donde los clásicos problemas de la predicción de falsos positivos y falsos negativos adquiere aquí perfiles graves; puede considerarse una familia como potencialmente abusiva cuando no lo es, o considerarse erróneamente que no hay problema con otra en la que después se produce abuso.

El trabajo de Kevin Browne y colaboradores (1989) en Inglaterra ilustra esta vía de trabajo y es de especial interés aquí por haberse realizado con menores de cinco años. Sus estudios retrospectivos hallaron con una frecuencia significativamente mayor entre los casos de abuso los siguientes factores: 1) padres indiferentes, intolerantes o ansiosos; 2) historia de violencia familiar; 3) problemas socioeconómicos (desempleo, aislamiento social); 4) prematuro, bajo peso; 5) padre víctima de abuso o abandono en su infancia; 6) padre adoptivo o compañero conviviendo; 7) monoparental; 8) madre menor de 21 años cuando nació el niño; 9) historia de enfermedad mental, adicciones; 10) separación tras el parto más de 24 horas (op. cit. p. 68). Esta lista de factores mostró unos valores de sensibilidad y especificidad muy notables para este tipo de instrumentos, al clasificar correctamente al 82% de los casos y al 88% del grupo control. A pesar de todo, estos valores dan un número importante de casos "falsos positivos" y "falsos negativos". En el último Congreso Europeo, Browne presentó un avance de su trabajo en el que se está asignando pesos diferenciales a los factores. Los factores con más peso son: la historia de violencia familiar, la monoparentalidad y la indiferencia, ansiedad o intolerancia de los padres.

III. CONSECUENCIAS.

En la primera infancia, el niño manifiesta cambios muy rápidos en tamaño (crecimiento) y función (desarrollo). Estos procesos representan la cara y la cruz de una misma realidad y acusan el impacto del maltrato. Las consecuencias pueden ser detectadas y evaluadas en diversos aspectos: unos desde la perspectiva física y otros desde la perspectiva psíquica, mediante ciertos indicadores comportamentales del desarrollo psicológico.

A nivel físico las consecuencias del abuso y la negligencia son tanto más graves cuanto menor sea el niño. Ya señalamos que los abusos que resultan en muerte tienen en esta banda de edad la proporción más elevada. Un solo episodio de conducta abusiva por parte de la madre puede ser fatal e irreversible. El hematoma subdural y las lesiones cerebrales se encuentran entre los efectos más graves. Precisamente la asociación entre fracturas de hueso subdural fue lo que llevó al Dr. Caffey, en su trabajo pionero de 1946, a pensar que debía tratarse de lesiones no accidentales.

Los bebés son muy vulnerables al trauma cerebral cuando se les zarandea, porque la cabeza es muy pesada, los músculos del cuello muy débiles, la pared del cráneo muy fina, y el cerebro está creciendo rápidamente. En consecuencia, al ser zarandeado, la cabeza del bebé va brusca-mente hacia adelante y hacia atrás golpeando el cerebro contra la pared del cráneo, lo que fácilmente puede originar hemorragias bajo las meninges, ocasionando alteraciones importantes en la mayoría de los casos. De ahí el

interés en alertar a los padres del peligro de zarandear a un bebé, lema en el que destacan los esfuerzos en EE.UU. de Jacy Showers (1992). Algunos trabajos parecen indicar diferencias culturales en recurrir a zarandear un bebé como abuso con otros hijos, ha sido constatada por algunos autores. En un estudio realizado sobre un área de población de 522.000 habitantes, en Inglaterra, Newlands y Emery (1991) encontraron que frente a una tasa de muertes por este síndrome de 3.1 por cada 1.000 niños nacidos vivos, el síndrome se registraba en una tasa de 15.6:1.000 entre los hermanos de niños que actualmente estaban en los Registros de Protección Infantil (CPS). Los autores, tras una interesante revisión de estudios similares, concluyen que cuando se producen casos de muerte súbita en familias abusivas, en algunos de ellos, no debería desecharse la posibilidad de parricidio. El síndrome de muerte súbita tiene múltiples causalidades, y en este sentido aún queda mucho por investigar en sus etiologías lo que aconseja cautela en cualquier afirmación sobre el tema. De hecho, estudios recientes están encontrando una relación entre consumo de droga por embarazadas y la ocurrencia de este síndrome (28).

Otra faceta física que se manifiesta entre los maltratados es el efecto de sub-desarrollo del niño sin causa orgánica que lo justifique, la apariencia de niño que no crece, o el síndrome denominado "failure to thrive". El niño no solamente es pequeño y tiene bajo peso en relación a su grupo de edad, sino que sus proporciones no varían como debieran. El crecimiento en estatura de los niños a partir del segundo año se debe sobre todo al crecimiento de las piernas y los huesos largos. Los niños que sufren maltrato grave tienen un aspecto de infra-desarrollo característico que cambia de forma muy destacada, cuando pasan a vivir a ambientes que les cuidan y les atienden, incluso en la situación de hospital estos niños progresan, hecho que no se produce con niños normales. Los estudios de casos donde el niño ha sido pesado y medido regularmente son muy ilustrativos de este punto. En este sentido, a juzgar por los cambios físicos que se producen cuando el niño es atendido con cariño, cabe decir que el amor y los ambientes estimulantes les alimenta tanto como la comida.

Los bebés y niños en edad de caminar que sufren de abuso emocional o abandono presentan, con frecuencia, un fenómeno vascular de manos y pies fríos, con la piel moteada de manchas moradas y rosáceas. Recientemente, Feehan (1992) ha sugerido que pueda deberse a que el miedo que provoca en el bebé la impredecibilidad de la respuesta de la madre y su no disponibilidad emocional resulta en una sobre-actividad del sistema nervioso simpático del niño, produciendo estos efectos en las extremidades.

La historia de salud en la primera infancia, y el seguimiento de peso y talla, alimentación, etc., son del mayor interés como instrumentos preventivos de primer orden que pueden ser llevados a cabo por profesionales de la salud.

En cuanto a los aspectos psíquicos de desarrollo apreciables desde los indicadores conductuales, podemos señalar varias dimensiones:

El apego. La relación del niño con los demás y el mundo, parece partir de un anclaje seguro con la figura del adulto que le cuida y protege. Aquí

destaca la cualidad y tipo de apego con los adultos relevantes, especialmente con la figura de la madre o persona que asume esas funciones. El test de la Situación ante el Extraño de Ainsworth et al. (1978) es particularmente importante y es el de uso más extendido para valorar el apego, aunque presenta limitaciones (para una revisión crítica: 25). Se valora el tipo de reacciones que el niño tiene en el reencuentro con la madre. Encontrándose una proporción significativamente superior de apegos inseguros entre los niños maltratados. Los casos caracterizados por abuso infantil se relacionan más con apego inseguro del tipo huidizo, mientras que los casos de abandono muestran un apego en mayor medida resistente. Los niños que acusan una extremada falta de interacción en algunos trabajos engrosan un grupo de apego inseguro mixto. Aunque en relación a los subtipos se constatan resultados menos consistentes (20). Un apego seguro se asocia con una relación social del niño con sus iguales más ajustada y positiva.

Aspectos emocionales y reacciones afectivas relacionadas con el self. Durante el curso de los procesos del sistema del self el niño desarrolla autoconocimiento de sí como distinto de otros y sentimientos sobre sí mismo. Estos procesos se producen durante el segundo año de vida. Los estudios de autor-reconocimiento visual y las relaciones ante la imagen en el espejo se utilizan como indicadores de estos aspectos (46). El criterio de auto-reconocimiento suele ser que el niño ante el espejo manifieste conducta auto-dirigida tocándose la nariz que le ha sido pintada, pero también se valoran las reacciones y expresiones emocionales espontáneas ante su imagen.

Los hallazgos de diversos estudios coinciden en señalar que los niños maltratados en su primera infancia muestran una demora o desviación en su desarrollo emocional en relación con los aspectos del self, no así en la faceta más cognitiva de auto-reconocimiento, que parece más impermeable a las experiencias ambientales negativas, ya sean por abuso o por bajo nivel socio-económico. Los niños maltratados parecen ver afectado su desarrollo emocional respecto a sí mismo y manifiestan reacciones más positivas. Estudios recientes como el de Schneider-Rosen o Cicchetti (1991) indican que estas reacciones afectivas se explican mejor mediante un modelo interactivo complejo que incluye el nivel socio-económico, y la edad de los niños; no obstante, queda por ser clarificada la contribución diferencial de la experiencia de abuso y del status socio-económico al aspecto emocional del self, ya que hasta la fecha no se han incluido en los estudios grupos de niños maltratados de clase media-alta. En cualquier caso, en niños mayores con historia de abuso es de interés constatar un estilo atribucional depresogénico con una tendencia significativa a atribuirse a sí mismo la causa de los eventos negativos (18).

Comportamiento social con iguales. Los niños preescolares con historia de abuso cuando se les observa en relación con sus compañeros ponen de manifiesto conductas más inapropiadas que los preescolares sin problemas de abuso. Klimes-Dougan y Kistner (1990) estudiaron el comportamiento social de preescolares, con historia previa de abuso físico, durante el período de juegos en el patio de recreo. La edad media del grupo era de

4,6 meses. Durante los últimos dos años, como promedio del grupo, no se había registrado ningún episodio abusivo. Los autores informaron que estos niños causaron significativamente más aflicción o enfados a los compañeros que los niños sin problemas de abuso. Por otro lado, cuando a su alrededor un compañero mostraba aflicción (no causada por el sujeto) los niños manifestaron una mayor proporción de conductas inapropiadas negativas: bien el niño intentaba prolongar o escalar el incidente del otro o bien mostraba conductas de retraimiento social. Estos hallazgos sobre conducta inapropiada son semejantes a los referidos con niños abusados más pequeños. Sin embargo, en la proporción de conductas apropiadas los autores de referencia no encontraron diferencias entre los grupos, mientras que los trabajos de los niños menores sí señalan menor proporción para los niños maltratados. Los autores atribuyen estos resultados a una mayor edad de los niños de su estudio y una experiencia más prolongada de contacto con niños y adultos no abusivos.

Lenguaje y comunicación. El impacto en el desarrollo temprano del lenguaje de las distorsiones en las interacciones verbales y sociales que registran los bebés con sus madres abusivas se refleja en una demora en su desarrollo sintáctico, el uso del vocabulario y la comunicación funcional a la edad de dos años y medio. Estudios con niños de 30 meses con sus madres comparados con diadas no clínicas, han constatado que los pequeños maltratados hablaban menos de sí mismos y de las actividades que estaban realizando, así como de sus estados internos. Los niños se expresaban más sobre el presente inmediato y utilizaban significativamente menos el lenguaje como medio de interacción social positiva. Los dos grupos de madres, por su parte, mostraron una capacidad de lenguaje similar en las variables analizadas y la usaron del mismo modo (19). Aunque los autores de referencia subrayan que las madres se hallaban en situación de laboratorio, sin embargo, los resultados globales son interesantes y coincidentes con los otros aspectos que se vienen revisando.

En definitiva, el impacto de la experiencia de abuso en la primera infancia puede detectarse y valorarse observando el aspecto físico del niño, sus reacciones afectivas espontáneas y las transiciones de unas a otras, su reacción y disposición en un examen de desarrollo en el que se incluya un espejo, el comportamiento de la diada en situación no estructurada y en situación de separación y reencuentro estructurados, el nivel de expresividad mediante el lenguaje en los niños más mayores y la situación de juego libre.

IV. REMEDIOS

En la etapa evolutiva correspondiente a la primera infancia el tratamiento ha recibido menos atención que en otras etapas. Las razones que a veces se apuntan son, por una parte, el hecho de que la gravedad de los actos revista mucha trascendencia por la vulnerabilidad del bebé y en consecuencia se le puede retirar de los padres con más facilidad, y, por otra parte, las técnicas que se aplican suelen estar diseñadas para niños más mayores (3).

El ámbito de la primera infancia reúne, sin embargo, unas características peculiares que lo hacen accesible a la intervención preventiva primaria. Ciertas actuaciones están arraigando dentro de la población, por ejemplo el control de embarazo, las visitas domiciliarias post-parto o las visitas al pediatra durante el primer año de vida. Y, por otro lado, la propia disposición de la madre que por hallarse ante una situación que le demanda habilidades nuevas se encuentra más dispuesta y receptiva a la información y la ayuda.

En general entre la población de padres y futuros padres, existe bastante desconocimiento de lo que es un niño, de sus necesidades y sus capacidades. En consecuencia, las actuaciones encaminadas a dar difusión a algunos aspectos básicos de la crianza y a sensibilizar sobre la importancia de saber del tema son muy recomendables.

Para aquellas madres y familias que presenten circunstancias y características que se saben asociadas con una mayor probabilidad de actuaciones abusivas o negligentes, hay que redoblar los esfuerzos de apoyo social y educativo.

Las madres que muestran capacidad y sensibilidad, pero se hallan temporalmente desbordadas (deprimidas, aisladas, con conflictos maritales) requieren apoyo para reducir estos problemas con buenas estrategias de definición y acotamiento de los mismos. De este modo, se les enseña a no "mezclar" las cosas y a actuar más atentamente y en sintonía con las necesidades y progresos del niño.

Las madres que además de los múltiples estresores carecen de sensibilidad deben ser entrenadas específicamente en detectar e interpretar las señales de sus bebés y en responderles adecuadamente. Estas madres además requieren al igual que las anteriores aprender a discriminar las diversas fuentes de sus problemas y estrategias para afrontarlos.

En la actualidad se han desarrollado programas específicos dirigidos a prevenir o tratar el maltrato en la primera infancia, en alguna faceta concreta. El programa de Jacy Showerts "No zarandee a su niño" (Don't shake your baby) es un buen ejemplo: un paquete de información es enviado a todos los nuevos padres a los hospitales, y éstos responden una cuestiones sobre el mismo. Otros se centran en enseñar a los padres a detectar los primeros síntomas de enfermedades del niño (22); este tipo de información es importante ya que un niño que empieza a sentirse mal, puede llorar de modo inconsolable, o negarse a comer, o no dormir y estos comportamientos si se interpretan y atribuyen de forma distorsionada pueden desencadenar actuaciones de abuso o de abandono parental. Por último, el síndrome de "fracaso en el crecimiento" por causa no-orgánica (failure o thrive) ha sido objeto de otro programa como el de Schmitt y Mauro (1989); los autores indican que se produce por errores en la preparación de las tomas, selección de la dieta o el modo de alimentar y por tanto puede ser corregido con educación. Instrucciones sobre alimentación, controles semanales del peso, visitas a comadronas o enfermeras al hogar, trabajo social..., son algunos de los componentes propuestos.

Un programa más ambicioso es el "Proyecto 12-vías" (Project 12-WAYS) de Lutzker (1984) es un Programa polifacético dirigido a familias de

riesgo con niños de 3 a 9 años, que se considera ecoconductual porque proporciona tratamientos in situ en muchas áreas y contextos: entrenamiento de padres en crianza, reducción del estrés, entrenamiento en auto-control, grupos de apoyo, entrenamiento para evitar accidentes en el hogar, en nutrición y economía doméstica, en salud.

Una experiencia interesante es la desarrollada por el Welcome Baby Program en Caroline del Sur (4 bis), por realizarse gracias al voluntariado social. Se trata de poner a disposición de todas las nuevas madres una persona, una mujer de mediana edad que reúne una serie de condiciones; una vez seleccionada recibe su preparación mediante un cursillo intensivo. Esta persona contacta inicialmente en el hospital con la madre y le entrega información y materiales, así como su número de teléfono, posteriormente se verán un cierto número de veces y si se observan problemas específicos, se remiten a otros programas. Hay una coordinadora voluntaria por hospital, y todas ellas están bajo la supervisión de una persona cualificada.

Finalmente, el Programa de "Apoyo psicológico materno-infantil" que se desarrolla en nuestro país, donde la Unidad de Investigación Agresión y Familia de la Universidad de Valencia con niños de 0 a 18 meses, está apoyado en las líneas y aspectos señalados hasta aquí (15). Nuestra propuesta consiste en: educar a los padres de forma continuada en lo que es un niño, su hijo en concreto, y cuáles son sus principales características como sujeto en evolución, sus necesidades y sus capacidades. Mejorar su sensibilidad y modular sus expectativas en referencia a su hijo, en su momento evolutivo. Los padres hacen de guía y como co-protagonistas del desarrollo del niño aprenden a generar una base de relación basada en la confianza y el afecto. Los casos que por especiales circunstancias requieren una ayuda más intensa también la reciben. Los resultados valorados hasta la fecha son prometedores (16).

En definitiva, hay una fundada esperanza porque los conocimientos actuales permiten diseñar programas y actuaciones para poner remedio al problema del maltrato en los primeros años de vida. Un bebé que viene a nuestro mundo merece hospitalidad y cobijo; ayudar y apoyar a los que tienen la responsabilidad de su cuidado, es trabajar por romper el ciclo de rechazo, la hostilidad y el abandono de los más débiles.

RESUMEN-CONCLUSION

El maltrato en la primera infancia presenta ciertas características propias; quizá la característica más importante sea la extrema fragilidad del bebé y las especiales habilidades que se requieren de la madre para la crianza. Cuando determinados comportamientos del niño se conjugan con madres más incompetentes para la tarea, se producen consecuencias negativas para la víctima que se manifiestan tanto en su crecimiento como en su desarrollo. Los remedios a estos importantes problemas tienen ciertos denominadores comunes: incrementar el conocimiento de la conducta de los niños y su manejo, reducir el aislamiento social y mejorar el apoyo

emocional, acentuando aspectos más concretos en los grupos de mayor riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AINSWORTH, M. D. S., BLEHAR, M. D., WATERS, E. Y WALL, S. (1978): Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Erlbaum.
2. AUERBACH, S. (1986): Assumptions of crisis theory and a temporal model of crisis. En S. Auerbach y A. Stolberg (Eds.) Crisis intervention with children and families. Harper & Row.
3. AZAR, S. Y SIEGEL, B. R. (1990): Behavioral treatment of child abuse. A developmental perspective. Behavior Modification, 14 (3) , 279-300.
4. AZAR, S. ROBINSON, D.R. HEKIMIAN, E. Y TWENTYMAN, M. (1984): Unrealistic expectations and problem solving ability in maltreating and comparison mothers. J. Of Consulting And Critical Psychology; 52, 687-691.
4. bis. ATKINS, M. (1986): The Welcome Babu Program: A community-based volunteer prevention model of caring, sharing, and support for new parents. Infant Mental Health J., 7, 156-167.
5. BELSKY, J., ROVINE, M. Y TAYLOR, M. J. (1984): The Pennsylvania Infant and Family Development Project III: The origins of individual differences in infant-mother attachment. maternal and infant contributions. Child Development; 55, 718-728.
6. BELSKY, J., TAYLOR, M. J. ROVINE, M. (1984): The Pennsylvania Infant and Family Development Project II: Development of reciprocal interaction in the mother-infant dyad. Child Development; 55, 706-717.
7. BRAZELTON, T. B., ALS, H., TRONICK, E. Y LESTER, B. M. (1979): Specific neonatal measures, The Brazelton Neonatal Assessment Scale. En J.D. Osofsky (Ed.): Handbook of infant development (pp. 185-215) . Wiley.
8. BRENNER, S. L., FISHER, H. Y MANN-GRAY, S. (1989): Race and the Snaken Baby Syndrome; Experience at one hospital. J. of the National Medical Association; 81, 183-184.
9. BROWNE, K. DAVIES, C. Y STRATTON, P. (1989): Early prediction and prevention of child abuse. Wiley.
10. CAFFEY, J. (1946): Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. American J. Roentgenol; 56, 163-173.
11. CAFFEY, J. (1972): On the theory and practice of shaken infant syndrome. Pediatrics; 54, 396-403.
12. CASANOVA, G. M., DOMANIC, J., McCANNE, T. R. Y MILNER, J.S. (1992): Physiological responses to non-child related stressors in mothers at risk for child abuse. Child Abuse and Neglect; 16, 19-29.
13. CEREZO, M. A. (1990): Programa de asistencia psicológica a familias con problemas de abuso infantil. Resultados de 1989. Revista de Serveis Socials, 11-12, 19-33.
14. CEREZO, M. A. (1992): El programa de asistencia psicológica a

- familias con problemas de relación y abuso infantil. Publicaciones Generalitat Valenciana.
15. CEREZO, M. A. CANTERO, M. J. (1993): Increasing maternal competence to prevent child maltreatment. Comunicación presentada a la IV European Conference on Child Abuse and Neglect., Marzo, Padua, Italia.
 16. CEREZO, M. A. CANTERO, M. J. Y ALHAMBRA, S. (1993): A longitudinal study on child abuse risk along the first year of life. Comunicación presentada a la IV European Conference on Child Abuse and Neglect. Marzo, Padua, Italia.
 17. CEREZO, M. A. Y D'OCÓN, A. (en prensa): Inconsistent socialization as interactional pattern in maltreated children. *Child Abuse Review*.
 18. CEREZO, M. A. Y FRIAS, D. (en prensa): Emotional and cognitive adjustment in abused children, *Child Abuse and Neglect*.
 19. COSTER, W. J. GERSTEN, M. S. BEEGHLY, M. Y CIECHETTI, D. (1989): Communicative functioning in maltreated toddlers. *Developmental Psychology*; 25, 1020-1029.
 20. CRITTENDEN, P. (1992): Children's strategies for coping with adverse home environments: An interpretation using attachment theory. *Child Abuse and Neglect*; 16, 329-344.
 21. CROWE, H. P. Y ZESIND, P. S. (1992): Psychophysiological and perceptual responses to infant cries varying in pitch: comparison of adults with low and high scores on the Child Abuse Potential Inventory. *Child Abuse and Neglect*; 16, 19-29.
 22. DELGADO, L. E. Y LUTZKER, J. R. (1988): Training young parents to identify and report their children's illnesses. *J. of Applied Behavior Analysis*; 21, 311-319.
 23. FECHAN, C. (1992): Cold hands and feet as a sign of abusive neglect in infants and children. *Psychiatry J. for the Study of Interpersonal Processes*; 55, 303-309.
 24. FELNER, R. D. ROWLISON R. T. Y TERRE, L. (1986): Unraveling the gordian knot in life change inquiry: A critical examination of crisis, stress, transitional frameworks for prevention. En S. Auerbach y A. Stolberg (Eds.) *Crisis intervention with children and families*. Harper & Row.
 25. FIELD, T. (1987): Interaction and attachment in normal and atypical children. *J. of Consulting and Clinical Psychology*; 55, 853-859.
 26. FIELD T., HEALY, B., GOLDSTEIN, S. Y GUTHERTZ, M. (1990): Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of non-depressed vs. depressed dyads. *Developmental Psychology*; 26, 7-14.
 27. FRODI, A. (1985): When empathy fails: Aversive crying and child abuse. En B. M. Lester and C. F. Boukidys (Eds.): *Infant crying: Theoretical and research perspectives* (p.p. 263-277). Plenum Press.
 28. GAINES, J. Y KANDALL, S. R. (1992): Counseling issues related to maternal substance abuse and subsequent sudden infant death syndrome (SIDS) in offspring. *Clinical Social Work J.*; 20, 169-177.
 29. GROSSMAN, K. GROSSMAN, K. E., SPANGLER, G., SUESS, G. Y UNZNER, L. (1985): Maternal sensitivity and newborn's orientation responses as related to quality of attachment in northern Germany. En J. Bretherton y E. Waters (Eds.); *Growing points of attachment theory and*

- research. *Monographs of the Society for Research in Child Development* (serial n. 209) 50, 233-256.
30. HANSEN, D. J., CONAWAY, L. P. Y CRISTOPHER, J. S. (1990): Victims of Physical Abuse. En R. T. Ammerman y M. Hersen (Eds.) *Treatment of Family Violence* (p.p. 17-49). Wiley.
 31. ISABELLA, R. A., BELSKY, J. Y VON EYE, A. (1989): Origins of infant-mother attachment: an examination of interactional synchrony during the infant's first year. *Developmental Psychology*; 25, 12-21.
 32. KADUSHIN, A. Y MARTIN, J. A. (1981): *Child Abuse: an interactional event*. Columbia Univ. Press.
 33. KLIMES-DOUGAN, B. Y KISTNER, J. (1990): Physically abused preschooler's responses to peers' distress. *Developmental Psychology*; 26, 599-602.
 34. KOBAYASHI, N. (1993): Child ecology: a theoretical basis for solving children's problems in the world. *Childhood*; 1, 26-37.
 35. KOBAYASHI, N. ISHII, T., Y WATANABE, T. (1992): Quantitative Evaluation of infant behaviour and mother-infant interaction, an overview of a Japanese interdisciplinary program of research. *Early development and parenting*; 1, 23-31.
 36. KRUGMAN, R. (1985): Fatal child abuse: Analysis of 24 cases. *Pediatrician*; 12, 68-72.
 37. LAMB, M. Y EASTERBROOKS, M. A. (1981): Individual differences in parental sensitivity: Origins, components and consequences. En M. Lamb y K.R. Sherrod (Eds.): *Infant Social Cognition: Theoretical and empirical considerations* (pp. 127-154) Erlbaum.
 38. LESTER, HOFFMAN Y BRAZELTON, (1985): The rhythmic structure of mother-infant interaction in term and pre-term infants. *Child Development*; 56, 15-27.
 39. LEWIS, M. Y ROSEMBLUM, L.A. (1974): *The effect of the infant on its caregiver*. Wiley.
 40. LUTZKER, J. R. (1984) *Project 12-ways: Treating Child Abuse and Neglect from an ecobehavioral perspective* R.F. Dangel y R. Polster (Eds.) *Parent Training*. (cap. 11) Guilford.
 41. LYONS-RUTH, K., CONNELL, D. ZOLL, D. Y STAHL, J. (1987): Infants at Social risk: Relations among infant maltreatment, maternal behavior and infant attachment behavior. *Developmental Psychology*; 23, 223-232.
 42. NEWLANDS, M. Y EMERY, J. S. (1991): Child Abuse and cot death. *Child Abuse and Neglect*; 15, 275-278.
 43. PATTERSON, G. (1982): *Coercive Family Process*. Castalia.
 44. SCHMITT (1987): Seven deadly sins of childhood: Advising parents about difficult developmental phases. *Child Abuse and Neglect*; 1987, 11, 421-432.
 45. SCHMITT B.D. Y MAURO R. D. (1989): Non-organic failure to thrive: an outpatient approach. *Child Abuse and Neglect*; 13, 235-248.
 46. SCHNEIDER-ROSEN, K. Y CIECHETTI, D. (1991): Early self-knowledge and emotional development: Visual self-recognition and effective reactions to mirror self-images in maltreated and non-maltreated toddlers. *Developmental Psychology*; 27, 471-478.

47. SHOWERS, J. (1992): "Don't shake the baby": The effectiveness of a prevention program. *Child Abuse and Neglect*; 16, 11-18.
48. SHOWERS, J., APOLO, J., THOMAS, J. Y BEAVERS, S. (1985): Fatal child abuse: A two-decade review. *Pediatric Emergency Care*; 1, 66-70.
49. TRAD, P. V. (1992): Interventions with infants and parents. The theory and practice of Previewing. Wiley.
50. WAHLER, R. G. (1980): The insular mother: her problems in parent-child treatment. *J. of Applied Behavior analysis*; 13, 207-219.
51. WAHLER, R. G. Y DUMAS, J (1989): Attentional problems in dysfunctional mother-child interactions: An interbehavioral model. *Psychological Bulletin*; 105, 116-130.
52. WIESENFELD, A. Y MALATESTA, C. Z. (1983): Assessing caregiver sensitivity to infants. En L. Roseblum y H. Montz (Eds.) *Symbiosis in parent-offspring*. Plenum.
53. WOLFE, D. Y KRUPKA, A. (1991): Intervention: Methods for Promoting Parental Sensitivity and responsiveness to Child Behavior. En D. Wolfe: *Preventing the physical and emotional abuse of children*. Guilford.

EDAD ESCOLAR

EVA SARDINERO GARCIA

INTRODUCCION:

El maltrato en la infancia presenta unas particularidades específicas según las distintas etapas evolutivas por las que transcurre la vida del niño/a. En este trabajo se tratará de reflexionar sobre el maltrato en el niño/a en edad escolar.

Para ello se abordarán tres aspectos diferentes y, simultáneamente, complementarios: Características generales del niño/a en la edad escolar; formas prevalentes de presentación del maltrato en esta etapa evolutiva y, por último, las formas de expresión en los niños/as de estas situaciones maltratantes.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ETAPA ESCOLAR:

Consideramos que los aspectos afectivos, sociales y cognitivos de la conducta son aspectos indisociables. No obstante, por facilidad expositiva, se presentarán por separado.

En términos generales podemos decir que lo que define esta etapa de la vida en el niño/a, entre los 6 y los 11 años, es la importante madurez del Yo y de sus capacidades perceptivas.

Como prueba de este aserto en la "dimensión cognitiva" encontramos una mayor disponibilidad para nuevos intereses, nuevos conocimientos escolares y extraescolares, para las actividades intelectuales, etc. Gracias a la posibilidad de descentración cognitiva y afectivo-social que se desarrolla en esta etapa.

En la "dimensión relacional" se produce un cierto desinvolvemento de las relaciones familiares, los sentimientos hacia los padres se modifican, las relaciones se diversifican y se extienden al plano extrafamiliar, maestros, profesores, compañeros y otras personas. Podemos decir que los objetos relaciones extrafamiliares funcionan como soporte afectivo para el niño/a.

Por último, en la "dimensión social" nos encontramos con un Yo más socializado. Momento de constitución de identificaciones con la figura paterna o con otras figuras de autoridad. Expresión de lo anterior es la consolidación de los juegos de roles, como expresión de este empuje a la socialización.

En síntesis, lo que caracteriza esta etapa de desarrollo sería el relevante peso de los factores socioculturales.

FORMAS DE PRESENTACION DEL MALTRATO EN LA EDAD ESCOLAR:

En correspondencia con el perfil del desarrollo de un niño/a en edad escolar, nos encontramos con cuatro grupos de tendencias estadísticas que marcan el contexto maltratante a esta edad:

- 1- En el seno de la familia: Se incrementa el maltrato emocional, así como el mantenimiento del maltrato físico al niño/a se realiza en base a la aparición del abuso sexual.
- 2- En el medio extrafamiliar: Aparece y/o se incrementa el maltrato institucional en relación con el maltrato en el seno de la familia.
- 3- El abuso sexual toma relevancia como expresión de maltrato.
- 4- Por sexos: En varones se hace más patente el maltrato institucional.

FORMAS DE EXPRESION DEL MALTRATO EN LOS NIÑOS/AS:

En los niños mayorcitos las pautas de comportamientos adquiridos en edades más tempranas prosiguen, pero adoptando formas más exageradas (sobre todo en los aspectos comportamentales: de la inhibición a la agresión y/o en las manifestaciones somatizadas). De otro lado, la detección es más dificultosa porque el niño en esta edad procurará no delatar a sus padres e inventará historias con el fin de justificar las causas de sus lesiones.

Las manifestaciones clínicas más prevalentes en esta etapa del desarrollo van desde los trastornos del comportamiento (negativismo, agresividad e hiperactividad), los trastornos afectivos (depresión) hasta los trastornos psicossomáticos (síndrome de Munchausen, bien sea en su forma mixta o síndrome de Polle o en la forma más frecuente de "Doctor shopping").

ADOLESCENCIA

RAMON MUÑOZ CANO

EL MALTRATO EN LA ADOLESCENCIA: LA PERSPECTIVA EVOLUTIVA.

Comenzamos estas líneas al hilo de una reflexión que sin duda compartirán con nosotros. A medida que avanzamos en el conocimiento y comprensión del Maltrato infantil nos damos cuenta de que con esa expresión no podemos referirnos a un fenómeno simple que pueda ser descrito en una sola categoría. Cuando más nos adentramos en su estudio más conscientes somos de la complejidad del problema y de la necesidad de no eludirla en su afrontamiento. ¡Qué lejos queda ya Kempe y cuán lejana todavía esa comprensión total, la teoría simple, sencilla... y omnicomprensiva a la que aspiramos!

Se han realizado y siguen llevándose a cabo intentos serios de conseguir esa comprensión del problema. En la actualidad, un hallazgo común a todos esos intentos es que el conocimiento del maltrato infantil sólo puede lograrse si se adopta una perspectiva ecológica. Es una conclusión razonable si aceptamos que los problemas de carácter multidimensional requieren explicaciones comprensivas y el abuso en la Infancia constituye un ejemplo paradigmático de este postulado.

En cualquier caso, hablar de modelos ecológicos de explicación del maltrato infantil no constituye una concesión a la actualidad. "Ecológico" es sinónimo, en el ámbito de problema que nos ocupa, de interacción e integración. Porque lo que es común a los modelos ecológicos es la explicación del abuso como el resultado de distintas influencias jerárquicas entrelazadas entre las que se incluyen factores de toda índole: culturales, comunitarios, familiares e individuales.

Pues bien, la perspectiva ecológica implica necesariamente la conceptualización del Maltrato infantil en el contexto del punto de vista evolutivo como una consecuencia lógica del mismo modelo. Y esto es así, no solo porque hablamos de sucesos y episodios que afectan a un niño en desarrollo sino porque se producen en el seno de un sistema, el familiar, que igualmente evoluciona.

La presente ponencia se apoya en uno de esos modelos ecológicos, diseñado principalmente en base a las aportaciones de J. Garbarino. Las razones de esta elección estriban, en primer lugar, en que este autor hace especial hincapié en la perspectiva evolutiva a la que antes nos referíamos. En segundo lugar, este modelo integra en su concepción elementos o facto-

res protectores que juegan un papel relevante en la génesis, mantenimiento y efectos del maltrato.

1. SER ADOLESCENTE YA ES UN RIESGO.

Comenzamos hablando de la Adolescencia porque, de las distintas etapas del desarrollo evolutivo, quizá sea ésta la más compleja. En realidad, ni siquiera existe acuerdo unánime respecto a su consideración como etapa "sensu estricto". Tampoco lo hay sobre sus límites, quizá debido al carácter cultural (y por lo tanto mudable) del periodo. No obstante, más que la edad de comienzo, es importante la de término, ya que cabría esperar que coincidiera con la adquisición del status de adulto. No siempre es así. A veces se utilizan las leyes como punto de referencia, pero a menudo ocurre que añaden más conflicto y confusión sobre la conceptualización de la Adolescencia. En los Estados Unidos, por ejemplo, se castigan las relaciones sexuales con menores de 18 años, mientras que en Gran Bretaña sólo si tienen menos de 16. En España, la mayoría de edad penal es a los 16 años, mientras que para ser considerado un ciudadano con todos los derechos hay que esperar a los 18. La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, por su parte, considera sujetos de protección a los menores de 18 años.

¿Qué imagen tenemos de la Adolescencia. Parece que la de un periodo conflictivo y turbulento por el que hay que pasar. La conflictividad se entiende, además, como un signo de normalidad, con la consiguiente dificultad para discernir entre conducta ajustada o normalizada y la disfuncional. Esta parece ser la opinión dominante en las sociedades occidentales, a pesar de que no se ha encontrado base empírica que la fundamente. La sociedad española no constituye una excepción a tenor de los resultados del interesante estudio de Aguinaga y Comas (1991). En él aparece la conflictividad como uno de los ejes sobre los que se apoya nuestra concepción de la Adolescencia. Quizá ello guarde relación con la escasa elaboración que los adultos encuestados hacen sobre el elemento diferenciador de la Adolescencia como periodo evolutivo: el camino hacia la autonomía. Muestra de ello es la deficiente valoración de los adultos sobre los derechos relativos a la autonomía de los niños.

La sociedad adulta de nuestros días parece retrasar y prolongar, como decíamos antes, las etapas que conducen a la condición de adulto. Esto hace más complejo el proceso evolutivo porque extrapola las características propias de un momento de transición, de cambio (tradicionalmente asociadas con la pubertad), a una etapa mucho más prolongada al tiempo que mantiene al adolescente en una situación de indefinición.

No nos debe extrañar, por tanto, que sean los padres de entre 41 y 50 años (según el estudio citado, aquellos que tienen mayor probabilidad de tener algún hijo en edad adolescente), los que consideren más difícil ejercer de padres y se sientan menos preparados para ello.

Sin duda, esa posición dudosa tanto de los padres como de los hijos y la propia respuesta del adolescente ante ese desequilibrio entre derechos y deberes, ante la indefinición de sus estatus, puede explicar por qué habla-

mos del Maltrato adolescente como un fenómeno que presenta características propias. Puede explicar también, y esta es una de las primeras particularidades, por qué vemos a los adolescentes más como fuente de problemas que como sujetos de protección. La Adolescencia constituye en sí misma una etapa de riesgo.

2. COMO EXPLICAR EL MALTRATO ADOLESCENTE.

Si el Maltrato infantil debe entenderse, genéricamente como un problema de relación, el abuso en la Adolescencia no constituye una excepción. Sin embargo, el desarrollo físico y psicosocial del adolescente imprime a esa relación un carácter que la distingue notablemente de la establecida en la Infancia. Nos referimos tanto a la relación en la familia, como a las establecidas fuera de ella, ya que el adolescente posee referentes relacionales más variados que el niño. Su campo de intereses y su capacidad de interacción se incrementan y desarrollan de forma progresiva. En este periodo, entonces, es particularmente necesario atender al ámbito de ocurrencia del Maltrato. Así podremos valorar el daño y precisar los recursos disponibles para el tratamiento. La familia sigue constituyendo el escenario principal pero hay que contemplar otros en los que el adolescente puede ser particularmente vulnerable al abuso.

Comenzaremos, pues, por el ámbito familiar. Las explicaciones ecológicas consideran la familia como un sistema de relaciones que, por su propia composición, tiene un carácter dinámico: miembros que crecen junto a otros que envejecen, unos que ejercen poder sobre otros que lo sufren, miembros que desempeñan papeles que facilitan o condicionan la cohesión e integración del sistema... Nadie esperará, por ejemplo, que el status de un niño de 5 años sea similar al de su hermano de 14.

Los adolescentes provocan grandes cambios en el sistema familiar, especialmente en dos órdenes: el del reparto de poder y en el de las relaciones afectivas. En el proceso de consecución de su autonomía el/ella adolescente va ganando paulatinamente poder e influencia en la familia. Su desarrollo físico se ve completado por el de las habilidades cognitivas. Puede desarrollar áreas de competencia distintas y/o superiores a las de sus padres. La familia se convierte de este modo en el laboratorio de prueba de esas nuevas capacidades recién estrenadas. El adolescente razona, critica, juzga y pone en cuestión conductas de los padres, opiniones, normas de comportamiento y disciplina... Sin embargo, más a menudo de lo deseable, los padres no perciben ese cambio, no lo valoran adecuadamente o no están dispuestos a aceptarlo.

Es la estructura de la familia en dimensiones como cohesión, autoridad y flexibilidad la que condicionará su respuesta a los cambios mencionados. Si el sistema familiar cumple eficazmente las funciones que le son propias practica un estilo educativo ni autoritario ni permisivo, los cambios serán integrados y el adolescente verá apoyado su proceso de desarrollo en pos de la competencia social. Por el contrario, para una dinámica familiar apoyada en relaciones caóticas, bajo apoyo parental, abundancia de castigo, conflictos parentales frecuentes, cambios vitales estresantes y numerosas

discrepancias padre-hijo, los cambios de este último constituirán una fuente añadida de estrés que aumentará los riesgos, ya elevados, para el abuso.

Una familia que maltrata es, por tanto, una familia con una pobre interacción, con más necesidades que recursos para satisfacerlas. Esto es válido tanto para el Maltrato en la Infancia como para el que ocurre en la Adolescencia. Con todo, éste último presenta algunas variables que le dotan de entidad propia. El análisis, somero, de esas variables se entenderá mejor si atendemos al momento de inicio del abuso.

El Maltrato en la Adolescencia puede ser la prolongación del sufrido en la Infancia. Los déficits en las habilidades parentales y, a veces, la conducta de los propios niños parecen determinarlo.

También puede ser el resultado de un cambio de carácter cualitativo en la severidad del castigo. Es decir, cuando padres autoritarios, muy restrictivos, observan que los métodos de disciplina empleados durante la infancia no funcionan con la misma eficacia, incrementan e intensifican el castigo.

Y en tercer lugar, podemos hablar del maltrato que se inicia específicamente en este periodo, en el que la conducta de abuso se vincula a los cambios producidos en el sistema familiar por la llegada de los hijos a la Adolescencia.

Pues bien, el primer grupo de diferencias entre las familias que maltratan en la Infancia y las que lo hacen en la Adolescencia, se refiere a sus características sociodemográficas, pero sólo cuando se trata del maltrato que se inicia en la Adolescencia: mayor nivel educativo, mayores ingresos económicos, más tiempo dedicado al trabajo, mayor número de segundos matrimonios y, por consiguiente, mayor presencia de padres no biológicos (Olson, Holmes 1983; Garbarino et als. 1986). Se trata de características habitualmente asociadas que algunos estudios y autores (existe una notable disparidad entre los consultados) consideran especialmente prevalentes en la Adolescencia.¹

Si atendemos sólo al estatus económico de las familias lo que se observa es precisamente la falta de diferencias entre las familias de Alto y las de Bajo riesgo para el Maltrato adolescente. Tampoco parece existir una transmisión intergeneracional del Maltrato adolescente en la misma proporción en que ocurre con el infantil. Algunos estudios ya clásicos (entre otros el de Pelcovitz, 1984, 25% vs. 75%) muestran frecuencias bastante más bajas.

Por último, lo que podemos considerar como más específico del Maltrato en la Adolescencia es el papel del propio adolescente en esa relación disfuncional. Así que, detengámonos aquí un poco. Cuando se trata de conocer dónde se encuentra la diferencia entre los adolescentes de Alto y Bajo riesgo, siempre o casi siempre existe una referencia a su menor o mayor "competencia social". Aunque las definiciones construidas para explicar este concepto son numerosas, en general, se habla de un funcionamiento efectivo en entornos o contextos relevantes, o dicho de otro modo, de los conocimientos, habilidades y actitudes para interactuar eficazmente con los otros. Nos referimos, por ejemplo, a la habilidad para organizar y movilizar recursos, para reconocer los sentimientos de los demás, a la habi-

lidad para estimar y evaluar alternativas, para valorar roles propios o ajenos, etc.

Como apreciarán, hablamos de "ajuste", de "madurez", de "adaptación" y, por tanto, de un "continuum" en el que lo que se destaca no es la patología, los problemas, sino el propio ajuste. Desde ese punto de vista, el objetivo de la socialización es la competencia social. Puede entenderse, entonces, por qué consideramos la familia como un ámbito privilegiado para el aprendizaje de la competencia social. Los padres poco competentes ellos mismos, autoritarios, coercitivos, educarán hijos retraídos o agresivos, socialmente inadaptados, que en la Adolescencia pueden fugarse del hogar o manifestar conductas delictivas. Los padres muy permisivos interferirán el proceso de adquisición de la autonomía de sus hijos, en los que además pueden sembrar un sentimiento de abandono.

Así que la baja competencia social y los problemas de comportamiento son factores de alto riesgo para el Maltrato adolescente, a la vez que muestran el papel de la víctima en la relación de abuso. Esa capacidad para interaccionar con eficacia o para presentar problemas, y, en consecuencia, para hacer frente al abuso incluso con conductas agresivas, debe considerarse como el elemento diferencial por antonomasia del Maltrato en este periodo. Si lo comparamos con el niño, el adolescente es una víctima imperfecta, ya que puede minimizar o exacerbar el abuso (la gama de recursos disponibles es muy superior a la poseída en la Infancia). Esa capacidad de respuesta al abuso constituye una de las razones que explican la tendencia a asociar maltrato y conductas problemáticas de los adolescentes, mantiene su imagen negativa e impiden que el abuso en este periodo reciba la atención debida. En tales circunstancias, puede ocurrir que el adolescente no responda al abuso y se convierta en objeto de protección. Si responde a él, por el contrario, puede convertirse en el único responsable de todos los problemas familiares y ser tratado como tal.

Lo cierto es que las víctimas de abuso no lo tienen fácil. Cuando son niños no saben o no pueden comunicar el maltrato de que son objeto. Cuando adolescentes, sus conductas de respuesta la enmascaran o, simplemente, no son creídos.

3. EFECTOS DEL MALTRATO EN LA ADOLESCENCIA; EL PROBLEMA DE LAS FUGAS.

Aunque se han realizado numerosos estudios con el fin de determinar las repercusiones del abuso y se han señalado múltiples efectos del mismo, resulta difícil establecer relaciones de causalidad. Esto ocurre tanto con el maltrato en la Infancia como con el sufrido por los adolescentes. En cualquier caso hablar de todos los problemas derivados de las relaciones de abuso excedería las dimensiones de esta ponencia. Deseamos detenernos, sin embargo, en uno de ellos que presenta un doble carácter, ser consecuencia de maltrato y al tiempo una posible razón de mayor vulnerabilidad al mismo. Nos estamos refiriendo al fenómeno de las fugas y de los adolescentes sin hogar, situación esta última más conocida por el término anglosajón, adolescentes "homeless".

La fuga del hogar es un problema típicamente adolescente, pues, aunque el hecho en sí puede darse en otras edades, en la infancia es menos frecuente y en las edades adultas no tiene carácter de problema. Su incidencia es razón suficiente para abordarlo, sin embargo es su significado y repercusión los que plenamente justifican su tratamiento.²

Algunos autores han afirmado que el abuso se encuentra en la raíz o en el origen de la mayor parte de las fugas adolescentes. Parece ser más cierto, sin embargo, que la fuga es la respuesta del adolescente a la interacción de numerosos factores, entre los que el abuso suele ser uno de ellos (López, 1991).

Podemos categorizar estos factores en: estructura y dinámica familiar, resistencia de la personalidad del adolescente, impacto del suceso que precipita la fuga y la cualidad de la interacción del adolescente con otros sistemas (Kufeldt et als. 1992). Habitualmente, suelen distinguirse tres clases o tipos de fugas:

-La de los adolescentes que buscan ciertas dosis de aventura y excitación.

-Las de los que se marchan a causa de experiencias muy negativas de control parental restrictivo, de dificultades escolares o con la comunidad. Incluimos también las de los delincuentes juveniles.

-Y, por último, los adolescentes que huyen del abuso sexual, emocional, físico o del abandono. Entre estos últimos debemos incluir los que han sido echados de casa.

No todos los adolescentes se fugan, así que la fuga debe entenderse como una respuesta a los problemas de la vida diaria del adolescente. Sólo en algunos casos, esa respuesta se debe a un mal ajuste personal. No vamos a profundizar, sin embargo, en los problemas de ajuste. Nos gustaría, sin embargo, llamar la atención de los medios de comunicación sobre la responsabilidad que asumen al convertir a menores que se fugan en modelos de comportamiento a imitar.

Una de las razones aducidas con mayor frecuencia por los adolescentes fugados es la falta de comunicación familiar o la presencia de problemas en la misma. Ello supone la existencia en la familia de conflictos sin resolver. De todos modos, parecen existir razones diferentes ya se trate de un chico o de una chica. Las adolescentes suelen señalar como aspecto crítico un control excesivo de los padres, mientras que en el caso de los chicos lo que encontramos es la falta de supervisión y control.

Además de las motivaciones para la fuga, qué duda cabe que su duración y frecuencia constituyen elementos decisivos para su valoración. Existe acuerdo en la necesidad de distinguir entre fugas breves que no suponen un alejamiento del hogar, de aquellas otras de mayor duración en las que los adolescentes se marchan lejos de casa. Igualmente, conviene diferenciar entre los adolescentes que se fugan una vez y los "reincidentes". Ya hemos mencionado la evidencia de que el maltrato se encuentra entre los factores que generan una dinámica familiar conducente a la fuga: esto es especialmente cierto en las fugas de larga duración (Janus et als. 1987).

Una relación ciertamente dramática entre maltrato y fuga la encontramos en el caso de los "throwaways", "prospectos" "cosas para tirar", adolescentes a los que sus padres no les han dejado otra opción que marcharse de casa o directamente les han echado de ella (Power et als 1990). Estos adolescentes y aquellos que carecen de una mínima supervisión parental y/o un núcleo familiar estable, son los que reciben el nombre de "homeless" o "twilight children". Un fenómeno que todavía parece no ser importante en nuestro país, aunque no se nos ocurre ninguna razón que impida que lo sea mañana.

Hasta aquí nos hemos centrado en la fuga como variable dependiente. Ahora vamos a analizarla como variable independiente. Resulta evidente que la vida en la calle sitúa al adolescente en una situación de gran riesgo para ser víctima de diferentes abusos. Pueden ser golpeados, explotados y abusados sexualmente por otras personas. Además pueden adentrarse en los circuitos delictivos como forma de afrontar sus necesidades materiales y emocionales, adoptando estilos de vida que les hacen más vulnerables al maltrato (Kufeldt, Nimmo 1987a; Whitbeck, Simons 1990).

Ciertamente, no todos los adolescentes que se fugan serán víctimas de maltrato. Pero si en nuestro país está ocurriendo lo mismo que en los que se han realizado estudios al respecto, los que presentan problemas de ajuste personal y/o déficits en la competencia social se encuentran en una situación particularmente vulnerables a las amenazas psicosociales de la vida en la calle. No puede ser de otro modo si recordamos lo dicho anteriormente sobre la relación circular de estos mismos déficits y problemas adolescentes con el abuso en el ámbito familiar.

Una asociación que cuenta con fuerte evidencia empírica es la de fuga y prostitución. Una buena parte de las adolescentes fugadas que se han implicado en la prostitución han sido víctimas de abuso sexual (Seng, 1989; Simons, Whitbeck 1991).

No queremos dejar el tema de los adolescentes que se fugan sin señalar, a modo de conclusión, dos elementos de reflexión: Primero, hay que desterrar la idea de que los adolescentes que se fugan son chicos malos responsables de lo que les ocurra durante la fuga. La mayoría de esos chicos y chicas no corren hacia algo sino que escapan de algo. En segundo lugar, las fugas, los intentos de suicidio, el consumo de drogas, los actos delictivos son respuestas variadas y complejas que parecen tener orígenes comunes, entre los cuales el maltrato es uno de los factores intervinientes.

4. LA ENVERGADURA DEL PROBLEMA.

Si resulta difícil conocer la incidencia del Maltrato en la Infancia, en la Adolescencia los obstáculos son aún mayores. No vamos a insistir en la imagen negativa de la Adolescencia como impedimento para la detección y tratamiento del buso. Tampoco abundaremos en el papel del adolescente en esa detección negando o quitando importancia al maltrato como una forma de defensa emocional ante él. Atenderemos, en cambio, a la posición de los profesionales al respecto. De su importancia en la valoración del problema pueden ponerse varios ejemplos. Ards (1993) explica cómo los

Servicios de Protección Infantil (según los datos del National Incidence Survey, 1986, NIS-2) tienen una mayor probabilidad de conocer los casos de abuso en niños que los que se producen en la Adolescencia. Algo sorprendente, cuando es más difícil probar y obtener información de los niños pequeños. La razón parece estar en que los profesionales en contacto con los casos entendían que los niños estaban más necesitados de protección y que la intervención con los adolescentes podía resultar menos útil. A los Servicios, además, se les comunicaban en mayor medida casos de abuso sexual frente a los de maltrato físico o emocional y más de éstos que de abandono. Por lo que sabemos, el peso de cada uno de los tipos de maltrato está precisamente en dirección inversa a la expuesta. El abandono sigue constituyendo más de la mitad de los casos de maltrato (Jones, 1992).

No sabemos cuál puede ser la incidencia del Maltrato adolescente en España. Los resultados de la NIS-1 que hemos tomado alguna vez como referencia no parecen relacionarse de forma clara con las explotaciones de datos de la NIS-2 a las que hemos tenido acceso. En cualquier caso, entre un 25 y un 42% de los casos de Maltrato conocido corresponden a adolescentes. Nos parece una cifra notable y no hay razón para pensar que en España estemos muy alejados de ella. Quizá el dato proporcionado por López (1991) sobre abuso sexual (el 56,38% de las personas que habían sufrido ese tipo de maltrato afirmaron que se había iniciado cuando tenían más de 11 años) pueda constituir un indicador de esa presunción.

Con todo esto, sólo deseamos insistir en la necesidad de que los profesionales se muestran más sensibles ante el Maltrato adolescente y su detección. Empezando por estar dispuestos a creer a los adolescentes, a ofrecer el mismo grado de protección a los chicos que a las chicas, a buscar alternativas de prevención y tratamiento adecuadas a las consecuencias de la relación abusiva. No sabemos, por ejemplo, qué razones explican que, desde 1990 hasta ahora, el 45% de los artículos publicados por el *International Journal of Child Abuse and Neglect* traten sobre el abuso sexual o que sólo el 6% traten sobre Maltrato adolescente.

Ciertamente, es sólo un ejemplo, pero la conciencia de un fenómeno como problema hace que aumente la detección del mismo. La preocupación que existe hoy en el mundo anglosajón por el abuso sexual puede hacer que se minusvalore o no se preste suficiente atención a otros tipos de maltrato o situaciones en las que los sujetos se colocan en una vulnerabilidad extrema. Nuestra situación todavía es distinta, pero también corremos el peligro de ver lo que queremos ver. Desde nuestro punto de vista, la falta de sensibilidad de los profesionales ante el Maltrato adolescente puede redundar en su abandono. Algunas veces nosotros mismos hemos dicho que el maltrato en la Adolescencia es el problema que viene. En realidad, siempre ha estado ahí, sólo que teníamos otras prioridades.

¹ (Olson, Holmes, 1983; Garbarino et als., 1986; Powers, Eckenrode, 1988; Jones McCurdy, 1992). Algunos autores encuentran en la prevalencia de estos tipos de maltrato la explicación a la mayor representación de víctimas de sexo femenino (NIS 1981: Rosenthal, 1988; Jones, McCurdy, 1992) y a un mayor aumento de perpetradores de sexo masculino.

² En 1987 el Gobierno de los Estados Unidos (Janus, M. D. et als., 1987) estimaba en más de 1.500.000 el número de adolescentes fugados, aunque reconocía, igualmente, no saber con certeza cuántos de ellos se fugaban realmente cada año. En España, en el periodo 1988-92, las Fuerzas de Seguridad del Estado recibieron 13.327 denuncias por desaparición de menores de 18 años, según una respuesta parlamentaria del Gobierno en Abril de este año. A una media de 3.500 denuncias al año, el 98% correspondería a fugas voluntarias del domicilio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- AGUINAGA, J.; COMAS, D. (1991); *Infancia y Adolescencia: la mirada de los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- ARDS, S.; HARRELL, A. (1993); *Reporting of Child Maltreatment: A Secondary Analysis of the National Incidence Surveys*. *Child Abuse and Neglect*. 17(3) 335-344
- ATHEY, J. L. (1991); *HIV infection and homeless adolescents*. *Child Welfare*. 70 (5) 517-528.
- FAMULARO, R.; KINSCHERFF, R.; FENTON, T.; BOLDUC, S. M. (1990); *Child Maltreatment histories among runaway and delinquent children*. *Clinical Pediatrics*. 29(12) 713-718.
- FARBER, E.; JOSEPH, J. (1985); *The maltreated adolescent: Patterns of physical abuse*. *Child Abuse and Neglect*. 9, 201-206.
- GARBARINO, J. et als. (1992); *Lo que nos pueden decir los niños*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- GARBARINO, J. (1991); *Detección y evaluación como intervención*. Ponencia presentada en el II Congreso Estatal sobre Infancia maltratada. Vitoria-Gasteiz.
- GARBARINO, J.; SCHELLENBACK, C. J.; SEBES, J. (1986); *Troubled youth, troubled families*. New York: Aldine Publishing Company.
- JACKSON, H.; NUTTALL, R. (1993); *Clinician responses to sexual abuse allegations*. *Child Abuse and Neglect*. 17(1) 127-143.
- JANUS, M. D.; BURGESS, A.N.; McCORMACK, A. (1987); *Histories of sexual abuse in adolescent male runaways*. *Adolescence* 22(86) 405-417.
- JANUS, M. D.; McCORMACK, A.; BURGESS, A. N.; HARTMAN, C. (1987); *Adolescent runaways: Causes and consequences*. MA: Lexington Books.
- JONES, E. D.; McCURDY, K. (1992); *The links between types of maltreatment and demographic characteristics of children*. *Child Abuse and Neglect* 16(2) 187-198.
- KUFELDT, J.; NIMMO, M. (1987a); *Youth on the street: Abuse and neglect in the eighties*. *Child Abuse and Neglect*. 11 (4) 531-543.
- KUFELDT, J.; NIMMO, M. (1987b); *Kids on the street they have something to say*. *Journal of Child Care*. 3(2) 53-61.
- KURTZ, D.; KURTZ, L.; JARVIS, V. (1991); *Problems of maltreated runaway youth*. *Adolescence*. 26 (103) 543-555.
- LOPEZ, F. (1991); *Efectos de los abusos sexuales de menores*. Ponencia presentada en el II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Vitoria-Gasteiz.
- NATIONAL CENTER ON CHILD ABUSE AND NEGLECT (1981);

- Executive Summary: Nacional study on the incidence and severity of child abuse and neglect (NIS). Citado en Garbarino et als. 1986.
- OLSON, L.; HOLMES, W. (1983): Youth at risk: Adolescents and maltreatment. Citado en Garbarino et als., 1986.
- PERCOVITZ, D.; KAPLAN, S.; SAMIT, C.; KRIEGER, R.; CORNELIUS, P. (1984): Adolescent abuse: Family structure and implications for treatment. *Journal of Child Psychiatry*, 23, 85-90.
- POWERS, J. L.; ECKENRODE, J.; JAKLITSCH, B. (1990): Maltreatment among runaway and homeless youth. *Child Abuse and Neglect*. 14 (1) 87-98.
- POWERS, J. L.; ECKENRODE, J. (1988): The maltreatment of adolescents. *Child Abuse and Neglect*. 12 (2), 189-199.
- REDONDO, E.; MUÑOZ, R. (1993): El maltrato en el ámbito familiar. Ponencia presentada en las Jornadas sobre la Infancia Maltratada. Murcia.
- REDONDO, E.; MUÑOZ, R. (1991): Menores infractores y Maltrato. Ponencia presentada en el II Congreso sobre Infancia Maltratada. Vitoria-Gasteiz.
- ROSENTHAL, J. A. (1988): Patterns of reported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*. 12 (2) 263-271.
- SENG, M. J. (1989): Child sexual abuse and adolescent prostitution: A comparative analysis. *Adolescence*. 24 (95), 665-675.
- SIMONS, R.; WHITBECK, L. (1991): Sexual abuse as a precursor to prostitution and victimization among adolescent and adult homeless women. *Journal of Family Issues*. 12 (3) 361-379.
- STIFFMAN, A. R. (1989): Physical and sexual abuse in runaway youths. *Child Abuse and Neglect*. 13 (3), 417-426.
- WILLIAMSON J. M.; BORDUIN CH. M. ; HONE B. A. (1991): The ecology of adolescent maltreatment: A multilevel examination of adolescent physical abuse, sexual abuse, and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59(3) 449-457.
- WHITBECK L.; SIMONS R. (1990): Life on the streets: The victimization of runaway and homeless adolescents. *Journal Youth and Society* 22(1) 108-125.

A.T. 2

MALOS TRATOS
INSTITUCIONALES

INTRODUCCION: FRANCISCO VARGAS MARCOS

El fenómeno del maltrato infantil es de difícil investigación por sus especiales características epidemiológicas.

Su estudio se complica aun más, cuando pretendemos conocer la magnitud y gravedad del maltrato infantil en las Instituciones responsables de la atención del niño.

Cualquiera de las Instituciones que participan en el cuidado de la infancia pueden ejercer daños físicos o mentales de consecuencias irreparables.

Un primer paso, necesario para solucionar este problema, es aceptar que el maltrato institucional existe. Es cierto que desconocemos su frecuencia pero sabemos sus efectos en el desarrollo del niño/a.

Con el fin de profundizar en el conocimiento de este tema, se propuso la organización de un grupo de trabajo que analizará el maltrato institucional desde varios puntos de vista. Por supuesto que otras instituciones podrían haber estado representadas como ponentes pero también es verdad que son los servicios sociales y sanitarios los que con mayor frecuencia detectan y atienden al niño maltratado. Esperamos que los congresistas que trabajan en estas instituciones participen activamente en este grupo de trabajo. En mi opinión el congreso, y el grupo de trabajo, debe servir para intercambiar ideas, opiniones y conocimientos. Huyamos del mero academicismo, dejemos la pura erudición a un lado, es más útil favorecer la discusión, el debate sincero y abierto, para que el congreso no sea "otro" congreso más donde se repite lo mismo de siempre.

Los tres miembros de la ponencia son expertos cualificados en sus ámbitos profesionales. M^a Teresa Bueno Gutiérrez y M. Alvarez González presentan unas interesantes reflexiones para la prevención del maltrato infantil en el ámbito de los servicios sociales. Analizan los factores de riesgo y los factores de protección del maltrato. Para interpretar y prevenir el maltrato institucional proponen el modelo ecológico de Belsky.

Ignacio Gómez de los Terreros, nos aporta su experiencia sobre el maltrato institucional en el ámbito de los servicios de salud. Los derechos del niño que ingresa en un centro hospitalario son poco conocidos, todavía seguimos considerando al niño como un "enfermo" susceptible de ser sometido a toda clase de tratamientos médicos, quirúrgicos o técnicos, olvidándonos que es una persona que tiene necesidades y sentimientos propios.

Por último Enric Garriga Mallafre, como consultor de organizaciones nos ofrece una lectura viva y autocrítica del fenómeno del maltrato institucional. ¿Qué y cómo habrá que desarrollar las instituciones para que sean menos maltratantes? Este autor describe seis categorías de problemas no resueltos que pueden explicar el maltrato institucional. Sin duda sus ideas son polémicas pero estoy seguro que son necesarias para mejorar nuestro trabajo profesional y prevenir el maltrato institucional.

Quiero agradecer a los ponentes sus valiosas aportaciones a este Congreso, mi labor como coordinador ha sido muy gratificante por su calidad humana y profesional.

Y a los congresistas les animo a que participen activamente en los grupos de trabajo, discutiendo y opinando para que el Congreso sea útil y provechoso.

AMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES

MARIA TERESA BUENO GUTIERREZ
Y M. ALVAREZ GONZALEZ

INTRODUCCION.

Este trabajo pretende ser el punto de partida para una reflexión serena sobre nuestra práctica profesional cotidiana en relación con el mundo de la infancia y su protección. Somos conscientes de que estamos abordando un tema delicado que presenta, además, grandes dificultades para su estudio dadas las reticencias y resistencias que aparecen, tanto por parte de las instituciones como tales, como por parte de algunos profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito de los Servicios Sociales de Infancia.

Si el maltrato que se produce en el ámbito familiar provoca rechazo, sorpresa e indignación (parece una conducta antinatural), el maltrato que pueden provocar las instituciones encargadas de la protección de los niños víctimas de sus familias, es mucho más difícil aún de reconocer y aceptar.

Las instituciones no son proclives a cuestionarse desde dentro y los profesionales suelen mostrarse reacios a admitir sus propias carencias y errores.

Sin embargo, la necesidad de investigar y afrontar este problema cada día es más evidente, a pesar de las múltiples dificultades que entraña. Los estudios e investigaciones sobre el maltrato infantil en el ámbito familiar han sido importantes en estos últimos años, pero no ha ocurrido lo mismo con el maltrato institucional. Carecemos de datos fiables sobre la amplitud del problema y sobre los resultados de la acción institucional y esto genera muchas prevenciones a la hora de intentar un abordaje riguroso del tema.

DEFINICION.

Es obligado comenzar definiendo el concepto que estamos manejando: MALTRATO INSTITUCIONAL. Como ya sabemos, el concepto de maltrato infantil no es fácil de definir dada su naturaleza multidimensional y la multiplicidad de factores que inciden en él. Lo mismo ocurre con el maltrato institucional.

Según desde qué ámbito se afronte se hará más hincapié en unos u otros aspectos. El término sugiere connotaciones diferentes para los profesionales de la medicina, de justicia, de educación..., no obstante, hemos seleccionado la definición A. Martínez Roig y J. Sánchez Marín (1989) por

parecernos la más completa y descriptiva: "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 viole los derechos básicos del niño/a y/o a la infancia". El San Francisco Child Abuse Council (1982), diferencia tres tipos de maltrato en los niños "cuidados fuera de casa": físico y sexual, de programa, del sistema.

- Físico y Sexual:

Es la categoría más clara; junto con el maltrato emocional, es como el que se produce en casa, pero que es ejercido por cuidadores profesionales o padres adoptivos.

- De programa:

Es el que se produce cuando los programas de ayuda están por debajo de los valores aceptados normalmente, tienen políticas extremas o injustas o cuentan con técnicas crueles, inhumanas o inusuales para enseñar y educar a los niños.

- Del sistema:

Es el más difícil de definir, reconocer, o corregir; es el que lleva a cabo, no una persona o un programa, sino el inmenso y complicado sistema de cuidados infantiles, extendido más allá de sus límites e incapaz de garantizar la seguridad de todos los niños acogidos.

De esta última clasificación, queremos destacar el maltrato de programa y el del sistema por ser los que mejor encuadran el maltrato institucional en el ámbito de los Servicios Sociales.

A continuación aplicaremos un modelo ecológico para poder explicar el maltrato que se produce en nuestro ámbito de trabajo.

UN MODELO ECOLOGICO PARA LA EXPLICACION DEL MALTRATO INSTITUCIONAL EN EL AMBITO DE SERVICIOS SOCIALES

Definido el maltrato institucional extensible a cualquier institución, pasaríamos a continuación a situar este tipo de maltrato al ámbito de Servicios Sociales.

Nuestra hipótesis de trabajo parte de la posibilidad de aplicar el modelo ecológico de Belsky (1980) sobre maltrato infantil, a las Instituciones de Servicios Sociales.

La elección de este modelo se debe a que, en nuestra opinión, es uno de los más integradores en la explicación de la etiología del maltrato, al considerar una multiplicidad de factores que interactúan en diferentes niveles (individual, familiar, social y cultural), del entorno social.

Los niveles descritos por este autor son los siguientes: Ontogénico (individual), Microsistema (familiar), Exosistema (Social) y Macrosistema (cultural).

Cicchetti y Rizley (1981), consideran que una completa conceptualización del M. I. debe incluir tanto factores de riesgo como de protección, lo que nos permite elaborar programas de prevención en cada uno de los niveles ecológicos.

FACTORES DE RIESGO.

- Ontogénico.

Belsky (1980), De Paul (1988), Kaufman y Zigler (1989), sitúan en este nivel factores de riesgo relacionados con la historia personal, las carencias afectivas, los rechazos emocionales sufridos en la infancia, la ignorancia sobre las características evolutivas del niño y sus necesidades, la falta de capacidad empática, las rupturas familiares, las deficientes estrategias de ajuste (Coping)... es decir, una serie de circunstancias y características que los padres biológicos maltratantes acarrearán cuando constituyen su unidad familiar o núcleo convivencial.

¿Qué ocurre cuando el profesional de atención directa, ha tenido una historia personal, en la que los factores de riesgo a este nivel, son abundantes? ¿No influirán estos factores en él de la misma manera que pueden hacerlo en los padres biológicos?

Aún a riesgo de parecer aventurado, y aunque no conocemos estudios al respecto, podríamos hipotetizar que el maltrato, cuando es ejercido por los guardadores, padres adoptivos, acogedores, etc., sobre los niños/as a su cuidado puede estar influenciado por estos factores ontogénicos.

- Microsistema.

Se encuentran en este nivel los factores de riesgo relacionados con las interacciones paterno filiales, conyugales y las características del niño.

Extrapolado al ámbito de Servicios Sociales, situaríamos el contexto inmediato donde se produce el maltrato, es decir en el espacio en el que se interrelaciona directamente con los niños: Residencias, Hogares funcionales, Centros de acogida, Hogares adoptivos... Es uno de los lugares de más riesgo dado que implica el trato directo con los niños que han sufrido, con los problemas familiares, con las situaciones de emergencia.

Los factores de riesgo del microsistema pueden clasificarse en dos grupos, teniendo en cuenta la relación que se establece entre el profesional con el niño y su familia por un lado, y la que se establece entre los profesionales por otro.

Factores de riesgo:

- a) Relación del profesional con el niño/a y su familia.
- b) Relación del profesional con otros profesionales.

En el primer caso (a), destacaríamos entre otros, los siguientes factores de riesgo: El estrés de los profesionales, la falta de formación profesional, el desconocimiento de las necesidades básicas del niño, baja capacidad empática, permanencia de profesionales "quemados" (síndrome de burnout) en puestos de atención directa, técnicas disciplinarias inadecuadas y excesivas, los problemas conductuales del niño, ausencia de normas claras respecto a derechos y deberes del niño, falta de información al niño sobre su situación y la duración de las medidas, conflictos relacionales y conyugales (en acogimientos y adopciones) y de relaciones personales y profesionales (pisos tutelados, residencias), el espacio físico inadecuado.

En la relación entre profesionales, serían factores de riesgo: dificultades de comunicación de algunos profesionales con los órganos de decisión, falta de receptividad para acoger las propuestas técnicas, ratio excesiva de niños por profesional, primacía de determinados intereses por encima de los intereses del niño (cuestiones organizativas, horarios...), conflictos en las relaciones personales y profesionales (en C. de acogida, pisos tutelados, residencias, etc.) inadecuación del espacio físico, falta de reconocimiento y valoración del trabajo realizado.

- Exosistema.

Se sitúan aquí estructuras que rodean y afectan el contexto en que se encuentran las personas por lo que influyen en su desarrollo. Son estructuras sociales tanto formales como informales (el mundo del trabajo, las relaciones sociales, los vecinos.)

Continuando con nuestra hipótesis en el ámbito de las Instituciones de Servicios Sociales, ubicaríamos aquí los niveles más altos de decisión, los programas de protección, la planificación de servicios y recursos, las dotaciones económicas y de personal.

Factores de riesgo en este nivel: Descoordinación entre servicios de intervención, escasez de recursos y adaptación de las decisiones al recurso disponible y no a las necesidades del niño/a, falta de planificación, ausencia de políticas de prevención. Inexistencia de supervisión para los profesionales, estructuras fuertemente jerarquizadas, falta de canales de información y comunicación con los trabajadores y usuarios, políticas oportunistas, carencia de planes de formación y reciclaje para los profesionales, ausencia de evaluación y seguimiento de los programas, utilización de idoneidad de los recursos, falta de seguridad para los profesionales de atención directa expuestos a situaciones de enfrentamiento con la familia falta de seguridad en los centros de acogida, primar las medidas de institucionalización sobre otros recursos, falta de un profesional de referencia que sea el enlace del niño y la familia con la institución, escaso o nulo apoyo a la investigación, falta de recursos humanos y materiales, no respetar la confidencialidad de los niños y las familias, (violación del secreto profesional), ausencia de normativa que exija la implantación de reglamentos de régimen interior en centros de acogida, residenciales, centros de reforma... que regulen los derechos y deberes tanto de los usuarios (niños/as) y sus fami-

lias como de los profesionales, frecuentes cambios de política en la entidad que originan cambios de planes, programas, proyectos... sin haber evaluado previamente los existentes, cambios frecuentes de personal, errores en la toma de decisiones y ratio excesiva de niños por profesional.

- Macrosistema.

En este nivel se encuentran los valores culturales y sistemas de creencias que permiten y fomentan el maltrato infantil por medio de la influencia que ejercen en los otros tres niveles anteriormente descritos.

No es abordable por la acción individual de un profesional, ni por la de pequeños colectivos.

Las categorías morales que subyacen en nuestro macrosistema, conforman la escala de valores imperante, tanto en la institución como en nuestro trabajo.

Factores de riesgo en el Macrosistema son: Actitudes hacia la infancia y la familia, ausencia de leyes de protección, vigencia de leyes obsoletas, escaso rigor en la exigencia del cumplimiento de las leyes de protección a la infancia (el incumplimiento de las obligaciones fiscales ¿tiene la misma repercusión que la escasez de recursos para la protección de la infancia?), falta de firmeza en la erradicación del uso de la violencia como valor social, no asunción socio-cultural de la concepción del niño como sujeto de derecho, actitudes estigmatizantes respecto a las familias y a los niños, políticas sociales en las que se prima sectores de población con capacidad de voto, repercusión de la crisis económica en la calidad de atención a la infancia.

LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO INSTITUCIONAL.

Al principio de la exposición aludíamos a las dificultades que presenta la conceptualización del maltrato dada su naturaleza multicausal.

Algunos autores, entre otros Garbarino (1977), Giovannoni y Becerra (1979), remarcan la influencia de los factores culturales, políticos y filosóficos en la concepción del maltrato. Para Garbarino es necesario contar con parámetros sociales y profesionales para determinar que una conducta o comportamiento es maltratante. En un momento dado en el seno de una sociedad determinada existe un acuerdo de lo que es o no aceptable en las prácticas de crianza y educación de los niños/as. Lo que puede ser considerado maltrato en una comunidad o para un grupo determinado de niños, puede no ser considerado así en otra.

Para que algo sea considerado como maltrato, no sólo debe ser perjudicial para la infancia, sino que además debe violar o transgredir alguna norma de lo que se considere apropiado de acuerdo con los valores de una comunidad determinada.

En nuestra cultura, la protección al niño en los últimos treinta o cuarenta años ha avanzado considerablemente: se ha producido una rápida expansión y profesionalización en la protección a la infancia, y en esta situación un fenómeno llama la atención: la familia, construida en principio

MODELO ECOLOGICO DEL MALTRATO INSTITUCIONAL EN SERVICIOS SOCIALES

Elaborado a partir de BELSKY (1980), CICCETTI y RIZLEY (1981)

FACTORES DE RIESGO

D. ONTOGENICO	MICROSISTEMA	EXOSISTEMA	MACROSISTEMA
<ul style="list-style-type: none"> - Poca capacidad empática - Problemas, inter e intra personales - Deficientes recursos personales - Historia personal de maltrato - carencias afectivas 	<ul style="list-style-type: none"> * En la relación persona/niño-familia: <ul style="list-style-type: none"> - Estrés derivado de situaciones personales o laborales - Falta de formación - Profesionales "quemados" en atención directa - Desconocimiento de las necesidades básicas del niño - Técnicas disciplinarias inadecuadas y excesivas - Ausencia de normas respecto a los derechos y deberes del niño - Falta de información al niño - Violación del secreto profesional * En relación profesional/profesional: <ul style="list-style-type: none"> - Conflictos en relaciones personales y profesionales - Dificultades de comunicación con los órganos de decisión - Primacía de determinados intereses sobre las necesidades del niño - Ausencia de reconocimiento y valoración profesional 	<ul style="list-style-type: none"> - Descoordinación entre servicios de intervención - Falta de planificación - Ausencia de políticas de prevención - Inexistencia de supervisión para los profesionales - Políticas oportunistas - Ausencia de evaluación y seguimiento de los programas - Falta de seguridad para niños y profesionales - Profesional de referencia niño/familia/institución - Escas o nulo apoyo a la investigación para la prevención y detección del Maltrato Institucional - Errores en la toma de decisiones - Estructuras fuertemente jerarquizadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Actitudes hacia la infancia y familia - Ausencia de Leyes de protección - Vigencia de Leyes obsoletas - Escas rigor en el cumplimiento de las Leyes cuando existen - Falta de firmeza en la erradicación del uso de la violencia como valor social - Políticas sociales que privan determinados sectores en detrimento de otros - Repercusión de la crisis económica en la calidad de atención a la infancia

FACTORES DE PROTECCION

D. ONTOGENICO	MICROSISTEMA	EXOSISTEMA	MACROSISTEMA
<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades interpersonales adecuadas - Capacidad empática - Habilidades de afrontamiento de problemas - Autocontrol - Estabilidad emocional 	<ul style="list-style-type: none"> * En la relación profesional/niño-familia: <ul style="list-style-type: none"> - Planes de formación y reciclaje para todos los profesionales - Información adecuada - Existencia de normativa y reglamentos de régimen interior - Utilización de recursos normalizados * En la relación profesional/profesional: <ul style="list-style-type: none"> - Derivación de casos en determinadas situaciones - Reconocimiento y apoyo profesional por parte de los superiores - Disponer de programas individuales consensuados 	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisión para los profesionales - Coordinación entre Administraciones y Organismos que intervienen con la infancia - Planes de formación y reciclaje - Iniciativas para la creación de la figura del Defensor de los Derechos del Niño-a - Apoyo y reconocimiento de las Asociaciones para la Prevención del Maltrato - Suscripción de un código deontológico especial para profesionales de la infancia - Evitar medidas de institucionalización 	<ul style="list-style-type: none"> - Creación de la figura del Defensor de los Derechos del Niño-a - Asunción socio-cultural de niño como sujeto de derecho - Compensación de las desigualdades sociales - Creación de recursos económicos - Campañas de sensibilización para la erradicación del uso de la violencia - Divulgación de los Derechos del Niño reconocidos por Naciones Unidas

como la principal institución de protección de los niños, pasa a ser la principal fuente de actividades de antiniño. Pero ¿qué ocurre con las instituciones encargadas de proteger a los niños maltratados por su familia?, ¿es que ellas no cometen errores?, ¿son incuestionables?, ¿es fortuita la ausencia de investigación científico-social sobre estas cuestiones?

Parece que sólo determinados aspectos limitados del niño son objeto de examen; otros como pueden ser el desarrollo de la práctica profesional y la aplicación de las medidas de protección, con los errores que pueden derivar de ellas, son cuestiones sumamente embarazosas.

En 1991, Dennis Howitt plantea las siguientes cuestiones al respecto:

- "¿Cuáles son las consecuencias de las políticas intervencionistas, comparadas con otros proyectos que pueden beneficiar a los niños y a las familias, pero que no pueden ser realizadas?
- ¿Qué destrezas son importantes en el trabajo de protección al niño?
- ¿Qué daño se hace con la intervención inapropiada?
- ¿Cuáles son los procedimientos y prácticas en el trabajo con el niño maltratado?
- ¿Qué maltrato necesita intervención?"

A esta lista se pueden añadir muchas preguntas más, y estas cuestiones deben estar presentes constantemente, ya que las respuestas nos ayudarán a comprender tanto el desarrollo como la situación actual en la protección al niño. Debemos conocer el impacto que las actuaciones institucionales y profesionales tienen en el niño y la familia, para poder evitar los errores que puedan producirse con las intervenciones.

El reconocimiento de la posibilidad de la existencia de errores en la atención a la infancia, constituye en sí mismo un punto de partida básico para la prevención del maltrato derivado de la acción institucional.

La prevención del maltrato en el modelo ecológico puede ser diseñada teniendo en cuenta los factores de riesgo y de protección en cada uno de los niveles. Considerando como factores de riesgo aquellos que incrementan la posibilidad de que se produzca maltrato, y factores de protección o compensación los que disminuyen esta probabilidad.

Albee (1981), señala que las estrategias de prevención no solo pasan de reducir los factores de riesgo, sino también por aumentar los de protección. Swift (1989) adapta la fórmula de Albee, a la prevención del maltrato infantil.

$$\text{Riesgo de incidencia de maltrato} = \frac{\text{Estrés + Factores de riesgo}}{\text{Apoyo social + habilidades de coping + hab. personales}}$$

Factores de protección

La elaboración de programas de prevención será más eficaz si contempla tanto el numerador como el denominador.

La aplicación de esta fórmula a la prevención del maltrato institucional precisa por tanto, disminuir el estrés de los profesionales de Servicios

Sociales (los de atención directa sobre todo), y los factores de riesgo, a la vez que se incrementan los factores de protección, en los cuatro niveles del modelo ecológico.

A continuación indicamos algunos factores de protección que formarían parte del denominador.

FACTORES DE PROTECCION.

Desarrollo Ontogénico

- Habilidades interpersonales adecuadas.
- Capacidad empática.
- Habilidades de afrontamiento de problemas.
- Autocontrol.

Microsistema

Los factores de protección como los de riesgo, pueden clasificarse en dos grupos en este nivel.

* En la relación profesional/niño-familia:

- Existencia de programas de formación y reciclaje para todos los profesionales, proporcionar a los niños información adecuada a su edad) sobre su situación, motivo del ingreso, perspectivas... así como las normas de funcionamiento del centro, favorecer la utilización de recursos normalizados (colegios, guarderías, sanidad, ocio...) evitando el aislamiento de los niños, contar con reglamentos claros y conocidos por los niños.

* Relación profesional/profesional:

- Posibilidad de derivar el tratamiento familiar, de un profesional a otro en aquellos casos en que el tipo de maltrato ejercido, vulnera especialmente la sensibilidad del profesional, impidiéndole actuar con objetividad, contar con el reconocimiento y apoyo de los superiores jerárquicos, disponer de programas individualizados de intervención consensuados ante los profesionales implicados, disponer de canales de información adecuados entre los diferentes profesionales que intervienen en la atención a los niños, contar con el apoyo institucional, sobre todo en situaciones de crisis.

Exosistema

Algunos factores de protección se encuentran entre el microsistema y el exosistema, produciendo una estrecha interrelación entre ellos. Así, por ejemplo, la vulnerabilidad de los profesionales de atención directa y su consecuencia en la actuación con los niños/as, están fuertemente relacionadas con las actitudes de los órganos de decisión respecto a la necesidad de supervisión, de formación, reconocimiento del rol profesional.

Factores compensadores en este nivel:

- Reconocimiento e implantación de la supervisión, sobre todo para profesionales de atención directa.
- Establecer coordinación entre organismos y administraciones cuyo objeto de intervención es la infancia: escuela, C. de salud, justicia.
- Planes de formación y reciclaje.
- Creación de la figura del responsable de caso, dentro y fuera de la institución.
- Seguimiento y evaluación de recursos y programas.
- Reconocimiento de la necesidad de la figura del Defensor de la Infancia.
- Apoyo y reconocimiento a las Asociaciones de Profesionales para la prevención del maltrato infantil.
- Promoción de los recursos comunitarios.
- Puesta en marcha de programas de prevención y detección precoz del maltrato institucional.
- Medidas que eviten la institucionalización.
- Recursos económicos y humanos adaptados a las necesidades.
- Reconocimiento del trabajo realizado por los profesionales, tanto desde la institución de la que dependen como por parte de otros sectores sociales (opinión pública, medios de comunicación, otros profesionales).
- Evitar en las instituciones las estructuras fuertemente jerarquizadas que no tienen en consideración las opiniones de los técnicos y profesionales de base.
- Promover la investigación sobre el maltrato infantil.
- Suscripción de un código deontológico especial para los profesionales que trabajan con la infancia.

Macrosistema

Los valores, actitudes, creencias y categorías morales del macrosistema están fuertemente arraigadas en las personas. Algunos de estos valores están considerados como tabúes: la propiedad de los hijos, el incesto, la sexualidad; otros se constituyen en usos sociales más o menos aceptados y compartidos por los usuarios y profesionales: uso de la violencia, prácticas disciplinarias abusivas, concepciones sobre la infancia.

Muchos profesionales son reacios a analizar, controlar y modificar estos valores por el fuerte impacto emocional que ello conlleva. Además, la acción individual del profesional o de pequeños grupos, difícilmente puede modificar este nivel. Se precisan grandes corrientes interiores y exteriores para modificarlo.

Los factores de protección en el Macrosistema podrían ser:

- Compensación de las desigualdades sociales.
- Creación de políticas sociales factibles, viables y coherentes que apunten al logro de una sociedad de respeto hacia la infancia.

- Creación de recursos económicos que posibiliten lo anterior.
- Campañas de sensibilización tendentes a la erradicación del uso de la violencia como valor establecido.
- Divulgación de los derechos del niño reconocidos por Naciones Unidas (1989), tanto en la población general como en los ámbitos profesionales relacionados con la atención a la infancia.
- Cumplimiento real y efectivo de los acuerdos internacionales y las leyes de protección a la infancia.
- Creación del defensor de los derechos de la infancia.

Para finalizar decir que somos conscientes de que es preciso profundizar en todos y cada uno de los aspectos sobre los que hemos reflexionado en esta ponencia; confiamos en que pueda ser un punto de partida que nos lleve, a los profesionales de Servicios Sociales, a la búsqueda constante de formas de prevención y detección precoz que eviten el maltrato institucional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- ALBEE (1981) en SANCHEZ MORO, C. (1993): Cuadro Diseño de programas de Investigación-Acción en el ámbito de la prevención del maltrato infantil. Murcia.
 - ALVAREZ, E.; FERNANDEZ, L. (1991): El síndrome del "burn-out" o desgaste profesional. Revista de la A.E.N., Vol XI, nº 39.
 - ALVAREZ, M. ET AL: (1992): La intervención familiar desde la Sección de apoyo a la familia. Revista de Servicios Sociales. La Cristalera. Consejería de A. Sociales. Murcia.
 - BARJAU, C. (1991): Factores de vulnerabilidad en los profesionales que prestan sus servicios en el ámbito de protección infantil. II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Vitoria.
 - BELSKY, J. (1980): Child Maltreatment An ecological: integration. American Psychologist.
 - BUENO GUTIERREZ, M. (1992): El maltrato infantil y las instituciones. Revista de Asuntos Sociales. La Cristalera. Consejería de Asuntos Sociales. Murcia.
 - CAPLAN, G. (1964): Principios de Psiquiatría Preventiva. Paidós. Barcelona.
 - CICCETTI, D; RIZLEY, R. (1981): Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. New Directions for Child Development.
- CONSEJO DE EUROPA:
- Recomendación nº R (79) 17 del comité de Ministros, concerniente a la Protección de Menores contra los malos tratos (13 Septiembre 1979).
 - Resolución A 3 - 0172/92 del Parlamento Europeo. Carta Europea de los Derechos del Niño.
 - Recomendación (92/241/C.E.E.) del consejo de 31 de Marzo de 1992, sobre el cuidado de los niños y de las niñas.

- COSTA, C.M.; LOPEZ, M. E. (1991): Manual para el educador social. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.
- CRITTENDEN, P.M. (1992): The Social Ecology of Treatment: Case Study of a Service for Maltreated Children. American Journal of Orthopsychiatry.
- DE PAUL, J; ET. AL. (1988): Maltrato y abandono infantil: identificación de factores de riesgo. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- DE MAUSE. LL. (1982): Historia de la infancia. Alianza Editorial. Madrid.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (1991): Estudio sobre la situación del Menor en centros Residenciales y de Internamiento y Recomendaciones sobre el ejercicio de las Funciones Protectora y Reformadora. Madrid. Oficina del Defensor del Pueblo.
- DIAZ H, J. (1991): Malos tratos institucionales. Instituciones de Menores. II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Vitoria.
- FUERTES Z, J. (1992): Tendencias actuales en la atención a la Infancia en Centros Residenciales de Protección. Revista Intervención Psicosocial. Vol. I nº 2.
- FUERTES, C; NARBONA, S; ET. AL. (1992): ¿Puede constituir el "queme" de los profesionales otra forma de maltrato infantil? Revista Prevenir nº 2. Asociación Madrileña para la prevención del Maltrato Infantil.
- GARBARINO, J. (1991): El maltrato y el abandono emocional. II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Vitoria.
- GIL, E. (1982): Institutional abuse of Children in out-of-home care, en Institutional Abuse of Children and Youth. Haworth Press, New York. Hanson Editor.
- GRACIA, E; MUSITY, G. (1993): El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo. Ministerio de Asuntos Sociales. Centro de Publicaciones. Madrid.
- HOWITT, D. (1992): Child Abuse Errors. When Good Intentions Go wrong. harvester-Wheatsheaf. New York.
- KEMPE, R.S.; KEMPE D. H. (1989): Niños Maltratados. Ed. Morata. Madrid.
- MARTINEZ ROIG, A. (1989): Maltractament d'infants. Ed Alta Fulla. Barcelona.
- MASSON, O. (1987): Contextos maltratantes en la infancia, y Coordinación Interinstitucional. Revista A.E.N. vol. VII nº 23. Madrid.
- MARTINEZ ROIG, A; SANCHEZ MARIN, J. (1989): Malos Tratos Institucionales. II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Barcelona.
- MERCER, M. (1982): Closing the barn door: the prevention of institutional abuse through standards, en Institutional Abuse of children and Youth. Hanson Editor.
- MOUSNIER, L. (1991): L'aide a l'enfance. Instrumen de la violence institutionelle. Inspecteur Général del Affaires Sociales. Paris.
- MUÑOZ CANO, R.; REDONDO HERMOSA, E. (1993): El maltrato en el ámbito familiar. Jornadas sobre la Infancia Maltratada en la Región de Murcia. (AMAIM).

- SANCHEZ MORO, C. (1988): Aproximación a la problemática de los malos tratos infantiles. Revista Menores nº 9.
- (1993): Curso Diseño de Programas de Investigación - Acción en el ámbito de la prevención del maltrato infantil. Murcia.
- V.V.A.A.: (1992): "La Supervisión" Revista de S.S. y Política Social.

AMBITO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

IGNACIO GOMEZ DE TERREROS

Toda conceptualización de malos tratos debe incluir obligatoriamente tres factores: Contexto familiar-extrafamiliar; formas activas-pasivas; aspectos emocionales o físicos, comprendiendo un amplio abanico de tipología entre los que se encuentra el Maltrato Institucional, del cual existe escasa sensibilización tanto a nivel profesional, como político y social.

Ya en el I Congreso Estatal sobre la Infancia Maltratada celebrado en Barcelona en 1989, Martínez Roig, define a los malos tratos institucionales, como "cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia.

Sus posibles campos de acción se pueden estructurar en cinco grandes áreas: sanidad, educación, justicia, policía y servicios sociales a los que debemos unir, la de los medios de comunicación que dependiente o no de los poderes públicos, tienen un enorme poder de difusión e influencia sobre la comunidad, el cual puede convertirlo en un importante y peligroso medio maltratante, como desgraciadamente en fecha reciente hemos tenido ocasión de comprobar.

Nos corresponde a nosotros analizar el Maltrato Institucional dentro del Area de la Salud. Cuando dicho tema lo hemos abordado en nuestro entorno de trabajo, la reacción inicial de los profesionales es de sorpresa e incredulidad, pasando finalmente al de sensibilización y reflexión.

El tema de la Salud en la infancia tiene marcado carácter interdisciplinario, existiendo en todas ellas, en relación al maltrato y muy especialmente en lo que respecta a los Malos Tratos Institucionales, una carencia formativa, tanto a nivel de pre como posgrado que urge solventar.

El Maltrato Institucional puede ser producido tanto por personas en relación directa con el niño -el profesional inmerso y preocupado en su trabajo técnico, puede llegar a "no oír" el llanto del niño e incluso insensibilizarse de sus llamadas de atención y sufrimiento, considerándolo como consecuencia lógica de la situación- como por relación indirecta entre los que se encuentran gestores, directivos etc., que tras sus mesas de despacho, sin la visión que da el contacto directo con el niño y frecuentemente discordados y desconectados con los profesionales de acción directa, se alejan de la realidad, asumiendo decisiones no en consonancia con las necesidades

del niño, motivada bien por ignorancia o lo que es menos grave por el encorsetamiento burocrático ante el que se encuentran, impidiendo tomar las medidas más adecuadas.

Es importante, una vez más, recordar que la infancia tiene unos derechos y unas necesidades, que aparte de la actuación de la familia, han de ser satisfecho por las instituciones públicas, legislando, gestionando y estableciendo los servicios necesarios.

El niño por tanto, dentro del maltrato Institucional, puede sufrir agresiones provocadas desde distintos niveles:

- Factores y estructuras institucionales y sociales en general.
- Conductas de las personas en contacto con el niño y con su caso.

Se precisa pues mayor sensibilidad ante la importancia de esas agresiones, tanto de las "llamativas" como de las más "sutiles", por las importantes repercusiones que para los niños pueden conllevar en su desarrollo global.

DERECHOS DEL NIÑO ANTE EL MALTRATO INSTITUCIONAL EN EL AREA DE LA SALUD

Es necesario reflexionar sobre la salvaguardia de los derechos del niño, en el debate de prioridades de los derechos del niño, en el debate de prioridades dentro de la salud, ya que los niños como ciudadano "no votante", carecen de la presión política ejercida por el adulto, que frecuentemente hace prevalecer sus requerimientos y necesidades.

Si bien hemos señalado, la falta de sensibilización y formación profesional en el campo del Maltrato Institucional, también es verdad que ha existido personas tanto de la comunidad, como profesionales del área que han dado la voz de alarma y creado la suficiente sensibilización social que ha favorecido el resurgimiento de documentos, decálogos, cartas de derechos, etc., que si bien no vinculantes, marcan importantes líneas de actuación y favorecen el desarrollo de medidas y de directrices concretas.

Analizando dichas aportaciones queremos enfocar nuestro tema desde un punto de vista positivo, pudiéndose entresacar consecuentemente las agresiones que han motivado la inclusión de las sucesivas medidas o sugerencias. Agresiones que por otro lado, en lo que respecta al campo sanitario, quedaron excelentemente expuestas en la ponencia realizada por Martínez Roig y Sánchez Marín, en el ya mencionado I Congreso Estatal sobre la Infancia Maltratada de Barcelona (1989), recogida y adaptada en la Guía de Atención al Maltrato Infantil en Andalucía, elaborado por la Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del maltrato (ADIMA) en los siguientes dos apartados:

a) En relación directa con el niño:

- Realización de técnicas exploratorias y terapéuticas:

- * cruentas.
- * innecesarias.
- * por personal técnico no preparado.
- * por mala planificación y por descoordinación entre el propio personal sanitario.
- * en presencia de otros niños.

- Incorrecta indicación de hospitalización del niño y prolongación de determinados ingresos hospitalarios.
- Falta de solicitud del permiso familiar para incluir al niño en determinados protocolos de ensayo clínico.
- Falta de material adecuado para el niño que implicaría la repetición de pruebas.

b) Sin relación directa con el niño:

- La discriminación que todavía supone la asistencia de los niños con edades superiores a 7 años por personal no preparado para la atención a la infancia (pediatras, enfermeros pediátricos, matronas, psicólogos, etc.).
- La diferencia que puede suponer ingresar un niño en un hospital infantil o en un hospital general, en donde también se atiende a niños.
- La falta de seguridad en las habitaciones destinadas a niños para evitar accidentes y no adecuadas para el desarrollo del niño.
- La falta de salas de juego, comedores diferenciados, salas de estudio para los niños con patología crónica.
- La posibilidad de internamiento del niño sin la familia (especialmente en servicios con niños menores de un año).
- La descoordinación entre los propios servicios de un hospital que organiza movilizaciones innecesarias del niño.
- La desconsideración hacia el descanso o la intimidad del niño a la hora de planificar acciones terapéuticas, médicas o de enfermería no vigentes.
- La discriminación en la atención sanitaria al disminuido psíquico.
- La selección y distribución del personal no especializado de pediatría con imperativos del servicio general del centro sanitario.
- La mala distribución de profesionales, especialmente en la asistencia primaria, que motivará consultas masificadas con el posible condicionamiento de ingresos hospitalarios, no del todo necesarios.
- La escasa dedicación a la acción preventiva.
- La mala planificación de visitas que origina una ruptura con la vida escolar del niño.

Introduciéndonos en las propuestas derivadas de la sensibilización ante estas agresiones, podemos tener la satisfacción, que dentro de nuestro contexto Europeo, profesionales del campo de la Pediatría española, tomaran ya en 1981 la iniciativa de elaborar un decálogo, que bajo la denominación de "Manifiesto del Niño Hospitalizado" fue presentado en el V Simposio Español de Pediatría Social en Tenerife.

1. No me ingreses si no es absolutamente necesario.
2. Si me ingresas no me separes si es posible de mi madre.
3. Déjame traer mis juguetes favoritos.
4. Píñchame las menos veces posibles.
5. No me ates si no es totalmente necesario.
6. Háblame.
7. Ten en cuenta mis gustos cuando me des de comer.
8. Que la hora de visitas sea grande, grande, grande...
9. Si mis padres no pueden venir a verme, juega conmigo.
10. Dame el alta lo antes posible.

En 1986 el Parlamento Europeo realiza una propuesta de resolución sobre la carta europea de los niños hospitalizados, que posteriormente en Julio de 1987, da lugar a que el Comité Hospitalario de la Comunidad Económica Europea, apruebe un catálogo de recomendaciones, 14 dirigidas al personal de los hospitales, 17 a las autoridades y 11 a los padres o tutores, las cuales resumimos esquemáticamente.

RECOMENDACIONES A PADRES O TUTORES

- 1.- Buscar hospital adecuado (cerca).
- 2.- Contactar con hospital pre-ingreso.
- 3.- Informar al niño y preparar ingreso.
- 4.- Permanecer con el niño en el hospital.
- 5.- Comunicar a personal costumbres, gustos y aversiones del niño.
- 6.- Llevar sus juguetes y ropas.
- 7.- Dejar al niño libre para favorecer aceptación nuevo entorno.
- 8.- Participación activa cuidado hijo.
- 9.- Estar presente en fases máximas necesidades.
- 10.- Información médico-enfermo completa.

RECOMENDACIONES A AUTORIDADES Y DIRECCION DEL HOSPITAL

- 1.- Respetar ideología-creencias y cultura padres-hijo.
- 2.- Informar sobre equipo-médico y organización hospitalaria.
- 3.- Asegurar cuidados y tratamiento por:
 - Especialistas pediátricos.
 - Psicólogo y enfermería niños.
 - Plantillas suficientes.
- 4.- Formación adecuada personal:
 - Cursos. Congresos. Reuniones.
 - Aspectos psicológicos y educativos.
- 5.- Permanencia-alojamiento y dietas.

- 6.- Favorecer actividad niño normal. (Jardín infancia, sala juego, etc.).
- 7.- Permitir juguete y ropa niño.
- 8.- No hospitalizar con adultos.
- 9.- Escolarización niños escolares.
- 10.- Intérpretes si varios idiomas.
- 11.- Departamento de Servicios sociales.
- 12.- Horas de visitas flexibles.
- 13.- Permisos fin de semana.
- 14.- Información periódica padres relación confianza personal-padres.
- 15.- Habitación compartida madre-RN.
- 16.- Evitar experimentación farmacológica o terapéutica innecesaria.

RECOMENDACIONES AL PERSONAL HOSPITALARIO

- 1.- Hospitalización sólo si es necesario
- 2.- Contacto previo con sus padres.
- 3.- Admisión por personal adecuado.
- 4.- Explicación asequible al niño.
- 5.- Trato adecuado a hijos-padres.
- 6.- Implicar a padres en cuidado niño.
- 7.- No interferir relación padre-hijo.
- 8.- Información periódica padres.
- 9.- Explicar cuidados tras alta.
- 10.- Formación continuada personal.
- 11.- Compensación psicológica adecuada.
- 12.- Evitar sobrecarga sobre el niño.

En 1989 surge una nueva aportación al tema con el documento elaborado por la Sociedad Nórdica para las necesidades del niño enfermo (NOBAB), teniendo en su elaboración especial esmero en garantizar la "calidad de cuidado" ante el niño enfrentado a la enfermedad o a la incapacidad.

Dicho documento denominado "Modelo Nórdico de la necesidad de cuidado del niño en el Hospital" establece:

1.- El derecho al cuidado en el hospital.

El niño debería ser tratado en un hospital sólo cuando el tratamiento domiciliario o ambulatorio no es posible.

1.1 El niño debería ser tratado en un hospital sólo cuando su condición y tratamiento lo requieren.

1.2 La posibilidad de un tratamiento ambulatorio de un niño incapacitado o enfermo crónico debería ser siempre considerado.

2.- El derecho de la continuidad de los contactos y relaciones del niño.

El niño debería tener acceso continuado a sus padres, hermanos y amigos durante su hospitalización.

2.1 Padres o tutores deberían poder permanecer con el niño en el hospital preferiblemente en la misma habitación.

2.2 Hermanos y amigos deberían poder visitar al niño.

2.3 Se debería aconsejar la conveniencia de las visitas para así poder cubrir las necesidades psicológicas del niño.

2.4 Se debería permitir comer a los padres y hermanos (a costa suya) en el hospital.

2.5 En caso de imposibilidad de dar comidas para padres, debería poder usar una cocina.

2.6 Para asegurar la continuidad del contacto de los padres, éstos deberían ser ayudados económicamente mientras permanezcan al lado del niño cuidándolo.

3.- El derecho para ejercer la responsabilidad de los padres:

La responsabilidad de los padres continúa durante la hospitalización del niño.

3.1 Los padres deben recibir información del tratamiento de forma continuada.

3.2 Los padres forman parte del equipo de cuidado que trata al niño.

3.3 El grado de cultura y otras características de la familia serán reconocidas y tomadas en cuenta por el equipo del hospital.

4.- El derecho a la información:

Se debe dar información comprensible al niño y a los padres, sobre la enfermedad, el tratamiento y sobre los derechos legales y sociales que se relacionan con la permanencia en el hospital.

4.1 A la admisión en el hospital, el niño y sus padres serán informados sobre la permanencia en el hospital planeado a una discusión formal entre el equipo de cuidadores sanitarios y la familia.

4.2 El equipo de cuidadores dará y coordinará charlas regulares sobre la evolución del niño, incluyendo otros miembros de la plantilla o especialista si es necesario.

4.3 Antes del alta el equipo de cuidadores debe asegurarse de que la información sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento posterior ha sido dada y comprendida por el niño y la familia.

4.4 La información oral sobre el tratamiento y cuidados debe ser complementada por escrito. Esta información debe ser adaptada al receptor.

4.5 Se debería permitir a los padres leer la historia clínica con el médico responsable.

5.- El derecho a la participación:

Se debería permitir al niño y a sus padres, una vez informados adecuadamente, participar en la decisión y el hacer que concierne al tratamiento y cuidados.

5.1 Se dará información sobre las enfermedades, cuidados y pronóstico.

5.2 La información se adaptará a la familia, el desarrollo del niño y el estado psicológico del niño y la familia.

5.3 Al niño se le darán posibilidades reales de participar en las decisiones y el hacer, informándole de los tratamientos alternativos y sus consecuencias posibles.

5.4 Se desarrollará material explicativo de las rutinas diagnósticas y de tratamiento y estará disponible para el niño y padres.

5.5 El niño y sus padres serán informados sobre la utilidad y efectos secundarios de los exámenes complementarios y tratamientos.

6.- El derecho a la integridad:

El niño deberá ser tratado con sensibilidad y comprensión. La integridad del niño siempre deberá ser respetada, y pruebas complementarias y tratamientos innecesarios evitados.

6.1 No deberían ser realizados exámenes complementarios y tratamientos que puedan causar malestar, dolor o riesgo.

6.2 El territorio físico y el dominio privado del niño debería ser respetado.

7.- El derecho al desarrollo normal:

El niño deberá tener acceso pleno al juego y a la educación. Todas las actividades pedagógicas deberían ser dirigidas por profesores de preescolar o escolares que estén entrenados especialmente para este trabajo. Las actividades se basarán en las necesidades de cada niño individualmente. Evitada durante la hospitalización.

7.1 Educación preescolar y escolar estará disponible en todo hospital infantil.

7.2 El niño será educado tanto individualmente como en grupo.

7.3 La plantilla de profesores participará como parte del equipo interdisciplinario que trata al niño.

7.4 La plantilla de profesores deberá comunicarse con los padres.

7.5 Las habitaciones donde tengan lugar las actividades pedagógicas serán suficientemente grandes para que quepa todo el equipo hospitalario necesario (como camas, sillas de ruedas, etc.).

7.6 Áreas para actividades exteriores deberían ser accesibles fácilmente.

7.7 Se buscarán los pre-requisitos y necesidades del individuo para asegurar el desarrollo óptimo del niño.

7.8 Se buscarán los requerimientos para un crecimiento dinámico y una ayuda especial del niño.

8.- El derecho a un ambiente adaptado:

El niño debería ser tratado en un ambiente que sea diseñado, amueblado y con personal adecuado para cubrir las necesidades del niño.

8.1 Las habitaciones serán diseñadas de forma tal que eviten a los niños, la ansiedad o el miedo.

8.2 Las camas, los muebles y la ropa se adaptarán al niño.

8.3 Los hospitales deberán tener personal suficiente para evitar que el niño en necesidad de cuidado se quede solo.

8.4 Debería tenerse en cuenta la edad, el desarrollo y la enfermedad cuando el niño comparta la habitación con otros.

8.5 Habitaciones para padres estarán disponibles

9.- El derecho al tratamiento por una plantilla cualificada:

El niño será tratado y cuidado por una plantilla que haya sido entrenada para poder cubrir las necesidades físicas, mentales y de desarrollo del niño y familiar.

9.1 La plantilla será entrenada para dar al niño y sus padres la ayuda psicológica necesaria a cualquier crisis que surja en el hospital.

9.2 La plantilla tendrá un conocimiento profundo del desarrollo del niño normal para reconocer y comprender las desviaciones de la normalidad.

9.3 La plantilla será capaz de manejar las alteraciones de la dinámica familiar.

9.4 El número y aptitudes de la plantilla de la sala estarán en relación a la carga del trabajo del tratamiento y cuidado.

10.- El derecho a la continuidad de cuidado:

La distribución del personal deberá ser de tal forma que asegure la continuidad del cuidado y tratamiento del niño y la familia.

10.1 Cada niño tendrá un plan de alimentación y tratamiento con seguimiento continuo.

10.2 El trabajo será organizado para asegurar que el niño sea alimentado por la misma plantilla durante el máximo tiempo posible.

10.3 Se deberá animar y establecer la cooperación entre los diferentes profesionales que tratan al niño.

11. El derecho a cuidado después del alta:

Los medios para el seguimiento y posterior cuidado será planificado antes del alta.

11.1 El requerimiento después de dejar el hospital será planificado antes del alta.

11.2 Los padres deberían ser asesorados sobre cualquier necesidad para el tratamiento y cuidado posterior y dar su consentimiento para transmitir el hospital a otros, la información sobre el tratamiento y seguimiento posterior.

11.3 Los padres deberían ser informados sobre qué instituciones necesitan contactar después del alta del hospital.

11.4 El hospital iniciará la cooperación con los servicios que llevan a cabo el requerimiento del tratamiento del niño.

Finalmente en 1992 el Parlamento Europeo establece una nueva

Resolución "La Carta Europea de los Derechos del Niño" en la que asumiendo sin reserva la Convención de las Naciones Unidas de 1989 sobre los Derechos del Niño, opina que los niños sufren en la Comunidad problemas específicos que hacen necesarios instrumentos comunitarios. En relación a nuestro tema, destacamos los siguientes apartados:

8.30. Todo niño tiene derecho a la salud. Todo niño deberá poder beneficiarse de un medio ambiente no contaminado, de un alojamiento salubre y de una alimentación sana. Ningún niño podrá ser sometido a tratamientos inútiles, a experimentos científicos o terapéuticos o a pruebas para detectar posibles enfermedades, sin la debida autorización de los padres o personas encargadas de aquél para este último caso. Ningún niño podrá asimismo ser objeto de trato discriminatorio, por razón de enfermedad, en los centros de asistencia familiar o sanitaria.

8.31 La Carta Europea de los Niños Hospitalizados contenida en la resolución del PE de 13 de mayo de 1986 debe incluirse como anexo en la Carta Europea de Derechos del Niño.

8.36. Todo niño minusválido deberá poder:

- a) gozar de una atención y unos cuidados especiales;
- b) recibir una educación y una formación profesional adecuadas, que permitan su integración social, bien en un establecimiento ordinario, bien en un establecimiento especializado;
- c) participar en actividades sociales, culturales y deportivas.

Cualquier niño que sufra una minusvalía deberá poder acceder a un empleo de acuerdo con sus aspiraciones, formación y capacidades.

COMENTARIOS Y CONSIDERACIONES

Aunque el maltrato institucional del niño dentro del área de la salud parece resultar aberrante, con alguna frecuencia podemos encontrarlo si realizamos un concienzudo análisis de situaciones.

No es que conscientemente se busque maltratos al niño, pero sí que en muchas ocasiones una actitud pasiva o de omisión, lleva como consecuencia a situaciones maltratantes. La necesidad de una revisión sobre las dimensiones psicosociales y ambientales en la hospitalización infantil, se ha ido señalando con progresiva intensidad.

Dentro del nuevo concepto de atención integral al niño, soluciones imaginativas de alternativas a la hospitalización cuando fuera factible y "cambios" en los Hospitales se imponen.

Hay muchas deficiencias en la atención a los niños hospitalizados. Para mejorarlo conviene ir dando respuestas a problemas específicos, sin perder la panorámica general, así como replantear desde ésta las situaciones que se encuentren en un centro asistencial y momentos determinados.

No se trata de amoldar niños a hospitales ya hechos. Más bien al

revés. Son ellos los que deben estructurarse y reestructurarse en función de las necesidades de los niños. No sólo en cuanto a remediar carencias; también en cuanto a ofrecer unas buenas condiciones para el desarrollo de sus diversas posibilidades. Lo que es difícil de negar en teoría, en la práctica es otro cantar. A menudo, incluso con buenos deseos, los esfuerzos hechos, están lejos de responder a las demandas psicosociales de los niños.

Los procesos de transformación no son sencillos. Hay desde luego problemas económicos. Una buena asistencia no tiene que ser despilfarradora y una organización apropiada e imaginativa evitará gastos innecesarios, con tal de respetar siempre las necesidades de los niños. Los cambios dependerán principalmente de la disposición, preparación y esfuerzo de las personas implicadas, dentro y fuera de la propia institución; con el convencimiento de la necesidad y justicia para ayudar al niño y su familia que se enfrenta a la enfermedad o incapacidad.

En respuesta a la planteada problemática hospitalaria, surgen los denominados programas de "Humanización hospitalaria", "Programas de actividades motivacionales" o lo que denomina el Comité de Cuidados en el Hospital de la Academia Americana de Pediatría (1992). "Programa de Calidad de vida infantil". Todos ellos generados en el entorno pediátrico, como un recurso para tratar los aspectos psicosociales y asistenciales ligados a la hospitalización. Objetivos que en muchas ocasiones se ven bloqueados por otros aspectos que lo interfieren.

La humanización del hospital, debe hacerse desde "dentro", implicando y sensibilizando a todas las personas que intervienen en la asistencia hospitalaria. Es la verdadera relación humana de cada uno de sus miembros lo que volverá el ambiente hospitalario agradable y humano, aunque no se cuente con la infraestructura deseada.

El hospital estará humanizado cuando el enfermo sea bien tratado y considerado como persona.

Esta orientación exige una continuidad en la relación familia-enfermo, clara y suficiente información tanto a los padres como al menor, una afirmación del papel del médico y personal sanitario, trabajo en equipos interprofesionales y una organización coordinada.

El hospital se convierte en el "Hogar" de estos niños y el objetivo consiste en atender sus necesidades para un normal desarrollo y educación y dotarles de una calidad de vida lo más normal posible en un médico dominado por la tecnología.

Entre las líneas de actuación marcada se encuentra: la información, con respecto a los acontecimientos y procedimientos médicos; el establecimiento de relaciones de apoyo a los niños y su familia, estimulando la participación familiar en la asistencia médica al paciente; la escuela en el hospital, como medio para evitar la pérdida de escolaridad, salvaguardar el equilibrio emocional y su desarrollo global para una integración normalizada. La aportación de experiencias de juegos, el cual constituye la esencia de los programas de calidad de vida infantil, bien en actividades grupales y/o en sesiones individuales, teniendo en cuenta la tendencia en la proporción de ingresos por edades en lo que respecta a lactantes y adolescen-

tes. Todo ello sin olvidar las necesidades especiales de los niños afectados de enfermedad crónica o determinados grupos culturales, así como evitar las desigualdades en salud de la población por medio de orientación de servicios, redistribución de recursos que promuevan cuidados integrales, especialmente en los sectores en desventajas. Su consecución exige la coordinación entre los diferentes niveles y servicios, tanto sanitarios como de otros sectores, para aglutinar los recursos existentes, rentabilizarlo y mejorar la atención, así como contar con los movimientos asociativos de autoayuda y voluntariado que deben ser adecuadamente potenciados y canalizados.

La asistencia al niño debe ser lo más beneficiosa y menos traumatizante posible y la hospitalización cuando sea necesaria, debe convertirse en una experiencia que conlleve lo que nosotros denominamos "hospitalismo positivo".

Esquemáticamente podemos concluir afirmando que el cumplimiento de dichos objetivos exige:

- Cambios de organización. Adecuada coordinación entre sectores.
- Mayor inversión pública. Rentabilización de recursos.
- Cambios de mentalidad.
- Mayor formación y sensibilización del personal. Trabajo interdisciplinario y en equipo.
- Mayor educación sanitaria poblacional.
- Potenciación de los movimientos asociativos y de voluntariados.
- Mayor equipamiento de los hospitales.
- Cambios arquitectónicos.

BIBLIOGRAFIA

- Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y Prevención del Maltrato (ADIMA). Guía de atención al Maltrato infantil en Andalucía, Sevilla, 1993.
- Committee on Hospital Care. Academia Americana de Pediatría "Programas de Calidad de vida infantil" Mediatrics (ed. esp.) Vol. 35, núm. 3, 1993 (172-174).
- Gómez de Terreros I. "Una hospitalización menos frustrante y que no se aisle al niño de su vida cotidiana. Experiencia "Aula de Salud" en el Hospital Infantil de Sevilla. Salud. Publicación Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. 31, 10. 1987.
- Gómez de Terreros I., Gómez de Terreros M., Malo Aragón J.N., Salazar Espadero N., Sánchez Salas M., Girón A.V., de la Rosa A. "Influencia de los diversos miembros de la familia en la salud infantil" *Pediatrka* IX/9, 5. 1989 (209-213).
- Gómez de Terreros I., Salazar Espadero N., Gómez de Terreros M. y cols. "Programa de promoción de la salud materno-infantil en y desde un hospital infantil de referencia. *Pediatrka* IX/9, 4. 1989 (136-137).
- Gómez de Terreros I. "Estrategia de intervención en maltrato y aban-

dono emocional". Libro de Acta. II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Vitoria 1991.

- Gómez de Terreros M., Gómez de Terreros I., López Barrio A. "Salud y calidad de vida en la infancia". Memoria Académica de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. "Premio Diputación Provincial". 1991 (71-79).

- Gómez de Terreros I. "Perspectivas de los Servicios Maternos Infantiles desde una Unidad de Pediatría Social". IV Simposio de Salud Materno-Infantil. Escuela de Salud Pública. Granada. 1993.

- Guijarro Horcajo M. "La Escuela hospitalaria, complemento a la curación del niño". Infancia y Sociedad nº 5. 1990 (134-141).

- Martínez Roig A., Sánchez Marín J.J. "Malos tratos institucionales" Libro de Acta. I Congreso Estatal sobre la infancia maltratada. Barcelona. 1989 (193-210).

- Morris Green y Samuel S. Kessel. "Diagnosticar y tratar la salud. Brillantes futuros".

Pediatrics (ed. esp.) 35, 5. 1993 (245-246).

- Parlamento Europeo. Carta Europea de los niños hospitalizados. 1986.

- Parlamento Europeo. Carta Europea de los Derechos del niño. 1992.

- Sastre Domingo H. "Reflexiones o propuestas del desarrollo en España de la Carta Europea de los derechos del niño hospitalizado". Infancia y Sociedad nº 5. 1990 (121-131).

- Sección de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría. "Manifiesto del niño hospitalizado". V Simposio Español de Pediatría Social. Tenerife. 1981.

- Sociedad Nórdica para las necesidades del niño enfermo. "Modelo nórdico de la necesidad de cuidados del niño en el Hospital". 1989.

- Vázquez de la Cruz. "Hospitalización del niño: hacia el fin del secuestro". Infancia y sociedad nº 5 1990. (77-90).

ANÁLISIS DE LAS INSTITUCIONES Y MALTRATO INSTITUCIONAL

ENRIC GARRIGA MALLAFRE

Quisiera que al leer la pregunta que centra esta exposición se pudiera leer en el sentido más estrictamente técnico. De ahí el entrecomillado en la palabra culpa.

La pregunta es la siguiente:

¿Qué parte de "culpa" tenemos los profesionales en los malos tratos derivados de la institución?, o en positivo, ¿qué y como habrá que desarrollar las instituciones para que sean menos maltratantes?, y más concretamente: ¿qué malos tratos podemos identificar y cuáles son sus causas, para poder contrarrestarlos adecuadamente?

Pero para ello habrá que despejar tres discursos que creo que aquí son colaterales: el directamente ético, el discurso político y el discurso laboral.

Con directamente ético me refiero a aquellos malos tratos producto de alevosías o perversiones personales. Ahí está muy claro lo que hay que hacer, y para ello no es menester congregarse.

Por eso propongo que cuando nos referimos a profesionales no habría que hablar de malos tratos (pues éstos son "privilegio" exclusivo de familiares y amigos), sino de malos tratamientos, o mejor de maltratamientos.

¿Qué sería un maltratamiento? Pues algo así como el resultado de no desarrollar suficientemente el potencial del que disponemos para conseguir los objetivos que nos hemos propuesto.

Y un maltratamiento institucional sería aquel producto que se obtiene cuando no se cuidan y desarrollan aquellos aspectos de la institución que nos permitirían obtener mejores resultados.

Desde el lugar del usuario los maltratamientos se pueden convertir realmente en malos tratos.

En cuanto al llamado discurso político, me refiero a aquel que tiene sus propios foros y lugares de actuación, y cuya confusión con el técnico es origen a mi entender de uno de los posibles malos tratos y maltratamientos. Este será el primero que voy a exponer más adelante.

Sabemos que la infancia, al menos la que aquí nos ocupa, no es tema que ocupe lugares de prioridad en las decisiones políticas. También sabemos que a consecuencia de lo anterior, las condiciones de trabajo, infraestructurales, presupuestos etc., de este ámbito son mayormente escasos.

Ante esto se generan dos tipos de actuación legítimas y necesarias: la política y la sindical, o laboral, pero totalmente distintas de las técnicas.

Por eso formulo de nuevo mi pregunta:

En los malos tratos institucionales, ¿qué parte de culpa tenemos los técnicos, es decir cuáles son, a que se deben y que podemos hacer para evitarlos?

Es decir poner el tema en aquello sobre lo que realmente podemos decidir y modificar. No sobre aquello que podemos pedir, negociar, reivindicar, etc... y esperar.

Y llegados aquí me gustaría señalar y presentar "mi" primer maltrato o maltratamiento:

Maltrato o maltratamiento institucional nº1: Aquel resultante de la no percepción por parte del profesional de cuál es su campo de actuación.

Definir en qué campo puede decidir, actuar y modificar no es fácil. Y es excesivamente frecuente encontrarse que los equipos de las instituciones no saben responder a la aparentemente sencilla pregunta: ¿Cuál es la tarea? He escuchado definiciones de tarea del tipo: "Intentar convencer y conseguir de las altas instancias que los recursos para que los niños..." o "coordinarse con las demás instituciones para..." o "integrar a los niños en la sociedad..." etc. Y así tenemos a profesionales haciendo de políticos, o de sindicalistas o trabajando "en la sociedad" y no en la institución... Esto está muy bien, pero el problema es que no es esta la tarea.

Eso tiene un nombre: confundir lo que es entorno, es decir aquello que me determina pero que no puedo modificar al menos a plazo inmediato, con aquello que es realmente técnico y que constituye mi o la tarea.

De esta confusión se desprenden ciertas actuaciones abandonadas, en el sentido de que no se hace lo que hay que hacer, y por lo tanto maltratan.

Así, totalmente relacionado con éste, aparece el que podríamos llamar:

Maltrato institucional 2: Aquel derivado de la no concreción del encargo por parte del profesional o de la institución.

Saber qué se espera de mí, por qué resultados se me va a juzgar, en base a qué indicadores, en definitiva para qué se me paga. Establecer esto, es la condición para saber cuál es la tarea, y por tanto es obligación del profesional establecerlo o hacer que se defina.

La no definición del encargo favorece la ambigüedad, y por tanto la responsabilidad se diluye y abre una puerta a la salida gratificante de la queja o el conflicto perpetuos.

Ahora, de ahí sí se va derivando un discurso ético, con sus leyes y sus máximas. Una de ellas bien podría ser: "Es obligación de todo profesional el ayudar a su jefe a ser un buen jefe (No un jefe bueno), por ejemplo estableciendo claramente cuál es el encargo, y cómo se va a evaluar.

MI 3: Aquel derivado de la no concreción de las tareas de decisión y de responsabilidad en los equipos de trabajo.

Puede adoptar varias formas: Una de las más típicas de nuestra época puesto que algo de reactivo tiene, es: "aquí todos somos iguales, esto es una democracia", que quiere decir: al que se le ocurra diferenciarse le cortamos la cabeza: sea por el camino de la dirección o sea por el camino de la metodología. Referencia bibliográfica la podemos encontrar en el supuesto básico bionista de apareamiento. El grupo lo es todo, Él, lo "no decide" todo, etc. Véase también cualquier grupo de japoneses de excursión.

Otra forma conocida es: da igual que seamos de distintas profesiones o que tengamos distintas habilidades, no se trata de aprovechar el saber específico de cada cual, sino de encontrar el mediocre punto medio de todos y actuar desde ahí. Y siempre estar bien atentos al que se quiera salir. ¿Síndrome del funcionario?

Así encontramos equipos con profesionales de distintas disciplinas haciendo todos lo mismo o roles formalmente distintos como director y técnico, indiferenciados en la práctica real.

MI 4: Derivado de no establecer los espacios de análisis de la institución, que contrarresten su burocratización, la desobjetivación, el conflicto crónico.

Sartre define la burocratización como aquel proceso que hace que la institución trueque sus fines por sus medios, es decir que se viva ella misma como fin.

La identificación con el objeto de trabajo, psicotizante para ambos. No hay distancia entre el usuario y yo o hayla en demasía. Ambos de iguales efectos catastróficos.

O la sutil perversión de encontrar placer en la reyerta permanente. Véase: "Los ricos también lloran".

Síntomas todos, entre otros, de no saber modificar para ir encontrando distancias adecuadas, siempre cambiantes, pero acotadas en dos puntos, más allá de los cuales se comete falta.

MI 5: Consecuencia del anterior y que consiste en camuflar de discurso técnico supuestos ideológicos o simplemente impotencias institucionales.

Ejemplo de lo primero: Sostener que un recurso como las Familias de acogida tiene la suficiente potencia educativo-terapéutica como para admitir cualquier menor, y casi derivarse de ello que los demás recursos institucionales deben desaparecer al toque de una barita. Véanse los diferentes estallidos de las familias tipo "casa de la Pradera", a consecuencia de acogimientos varios.

Ejemplo de lo segundo: Expulsiones de menores de instituciones creadas para menores con problemas porque el menor presentaba problemas. Justificación de la expulsión con un diagnóstico justificativo "a posteriori".

Tipología de niño no encaja en la institución, tendencias suicidas, niño loco, niño remalo, etc...

Descubrir la ideología que hay detrás del discurso técnico es también obligación de las instituciones. Esta es una vía del desarrollarse.

Un tercer ejemplo de lo mismo se refiere a la propia institución: Creer que existe un único modelo organizativo, y hacer de éste un fin en sí mismo. No percibir el organizarse como algo dinámico, moldeable y adecuado a los objetivos que se persiguen y al momento histórico de la institución.

MI 6: Derivado de no establecer ajustadamente la misión de la institución.

Misión: Definición por parte del equipo responsable del "para qué existe la institución". Misiones omnipotentes, redentoras llevan a los equipos a la impotencia y la depresión profesional: "Lo que estamos haciendo no sirve para nada".

Misiones cortas producen instituciones funcionarizadas. Misiones largas producen instituciones mesiánicas y por tanto a medio plazo desencanto, por tanto queja, por tanto ineficacia, por tanto maltrato.

Y aquí me paro de momento para sumarme al ejercicio de descubrir más maltratos juntamente con los que aquí estamos.

Quisiera a modo de conclusión señalar que existe una dimensión propiamente organizacional en las instituciones que conviene no sólo no descuidar, sino que hace falta trabajarla, pues es por donde la institución va a poder desarrollarse, esto es: avanzar de una etapa a otra, obtener mejores resultados y por supuesto evitar o mitigar sus violencias e ineficacias.

Existen más maltratos, y nuestra obligación es descubrirlos, evidenciarlos para poder mejor trabajar. Me he limitado aquí a exponer algunos de los que en mi práctica me han aparecido, y que han sido motivo de trabajo con los equipos de profesionales que me han situado en el lugar privilegiado del asesor o del supervisor o del consultor. Con ellos los hemos detectado y de ellos ha sido el mérito de superarlos y así desarrollarse.

Espero que sirvan como una de las bases o las discusiones que en este encuentro se van a producir.

A.T. 3

ABUSO SEXUAL

INTRODUCCION: AMPARO OLMEJILLA RAMOS

Los malos tratos a la infancia y en particular el abandono, la explotación y el abuso sexual han sido una práctica aceptada en culturas y periodos históricos no tan alejados del nuestro. Los ejemplos que los textos ofrecen nos horrorizan y tendemos a considerarlos como hechos del pasado, propios de sociedades bárbaras e incivilizadas.

La constatación de que muchos niños y niñas actualmente, en nuestra sociedad están sufriendo graves situaciones de abandono, maltrato y abuso sexual, en la mayoría de los casos en el seno de sus propias familias o por parte de las personas e instituciones responsables de su cuidado, pone en cuestión uno de los fundamentos en los que se apoya el concepto de sociedad civilizada, es decir, la capacidad de cuidar y proteger a su infancia, y explica, en parte, la resistencia a dar crédito a esta realidad y el retraso en afrontar el problema en toda su dimensión.

En relación al abuso sexual infantil, reconocer socialmente su existencia, ha supuesto, además hacer frente a los tabús que, prácticamente en todas las culturas han rodeado los temas relacionados con el sexo.

Sin embargo, hoy en día, a nadie se le oculta la existencia de la explotación sexual masiva y organizada de niños y niñas, fundamentalmente de países pobres. Como ejemplo, los llamados "Sex-Tours", organizados por agencias de viajes, en los que miles de personas del llamado primer mundo participan de este abuso y explotación infantil. Este hecho puede cuestionar hasta que punto, en esta sociedad industrializada y competitiva que tiende a aislar al individuo, el niño corre el riesgo de convertirse en objeto de deseo sobre el que proyectar frustraciones y deseos de poder.

Por otra parte, la práctica profesional y las investigaciones y acercamientos al problema, vienen aportando cada vez más datos de la incidencia y la gravedad de los abusos sexuales infantiles en la intimidad de las familias, así como de las dificultades de detección precoz y la desproporción entre los casos señalados y los que quedan en el anonimato. No obstante, la experiencia generalizada es que el número de señalamientos se duplica cada año como consecuencia de una mayor y más amplia información.

Actualmente se ha generado una demanda e interés por este tema, por parte de la población en general y fundamentalmente de los que en su prác-

PSICO-DINAMICA DE LA RELACION INCESTUOSA

ALBERT CRIVILLÉ

Os premisas:

- 1.- La diversidad de las situaciones de incesto.
- 2.- Importancia y necesidad de referencias teórico-clínicas para comprender y tratar la situación.

Nuestro enfoque analítico se apoyará sobre los comportamiento observables para descubrir lo que obstruye o pervierte la relación del padre incestuoso con el niño.

Sin embargo, la experiencia nos enseña que "la realidad de los hechos" revelada o guardada como un secreto por el niño, reconocida o negada por el padre incestuoso, tenida por cierta o puesta en duda por el profesional que interviene, no siempre se puede utilizar directamente para tratar la problemática que ella implica. De hecho, el autor de abusos sexuales niega tan rotundamente los actos cometidos que el profesional se encuentra encerrado en el problema de "la existencia o la inexistencia de los hechos" sin dejar espacio ninguno para todo el proceso psíquico que ellos comportan.

Establecer la verdad de los hechos es un deseo legítimo, ya que ello da seguridad y aporta justificación. En la práctica, ello resulta imposible la mayoría de las veces y cuando resulta posible, uno se da cuenta que las pruebas sirven para poco en el trabajo terapéutico.

EL NIÑO VICTIMA DE INCESTO.

A partir de la evocación rápida del proceso evolutivo del niño, permitiéndole llegar al estado de adulto, se considerarán varios aspectos de lo que puede representar para él la experiencia de la relación incestuosa. Se hará hincapié en la dificultad del recorrido que el niño debe hacer para salir de esa relación secreta y encontrar el interlocutor adecuado para ayudarle.

- Los abusos sexuales, una efracción del cuerpo del niño y una agresión de su mundo psíquico.
- La continuidad y la durabilidad de la relación incestuosa como proceso abrasivo de la diferencia entre los distintos tiempos de la evolución afectiva e intelectual del niño.



- El problema del consentimiento del niño y sus implicaciones en la actitud de los profesionales.

LA FAMILIA DEL NIÑO ABUSADO

El incesto es muchas veces una relación durable entre padre e hijo/a al interior del círculo familiar. Su existencia pone en causa todo lo que el núcleo de la familia representa como base relacional sobre la cual el niño se apoya para alcanzar su propia autonomía como ser humano en una sociedad concreta.

¿Qué podemos descubrir cuando observamos el funcionamiento interno de esas familias?

- Dos características de la pareja de los padres:
- Prioridad a los intereses de la pareja, a expensas del niño.
- El niño debe ponerse al servicio de los padres.
- Cuatro rasgos del funcionamiento de esas parejas.
- Falta de control instintivo.
- Omnipotencia y control absoluto.
- Complicidad
- Dependencia recíproca.

EL PADRE INCESTUOSO.

En 90% de los casos, el padre es el autor y el responsable directo de la relación de incesto en nuestra sociedad. En consecuencia y por causa del tiempo limitado del que disponemos, nos limitaremos a exponer la comprensión analítica del funcionamiento psíquico de ese padre. Qué significan sus comportamientos más frecuentes, qué buscan a través de una relación incestuosa que propone o impone a su hijo/a, qué patologías se pueden entrever en ese tipo de relación...

- Violencia, poder y sexualidad.
- De la ternura al incesto y de los malos tratos a los abusos sexuales.
- Un intento de reunir la familia dispersada.
- Confusión de generaciones.
- Incidencias culturales.
- La cualidad de la relación del padre al niño/a.
- El perverso y el objeto funcional.
- El narcisista y el objeto del que carece.
- El neurótico y el objeto prohibido.
- La importancia de las identificaciones.

EL PROFESIONAL FRENTE AL PROBLEMA DEL INCESTO.

Delante de la realidad del incesto, el profesional que interviene debe poder situarse con un mínimo de serenidad interna para evitar que su

acción sea una proyección de sus propios problemas. Al mismo tiempo, esta será la mejor base para encontrar la distancia necesaria tanto respecto de la familia como respecto de las presiones sociales e ideológicas.

- Observar, escuchar, comprender.
- Entre la palabra del niño y la duda del adulto.
- Frente a las estrategias del abusador.
- El camino apresurado de la reparación.
- La razón puesta a prueba de los sentimientos.
- No quedarse aislado.
- De lo moral a la represión.
- El incesto, un crimen diferente de los otros.
- Principios para abordarlo.
- Del uso necesario de la autoridad.
- El equipo pluridisciplinario.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

VICTORIA NOGUEROL

INTRODUCCIÓN.

A pesar de que el abuso sexual a los niños ha existido desde siempre no es hasta hace unas décadas que en los países desarrollados se comienza a considerar como un problema de graves consecuencias sociales. Es entonces cuando se desarrollan programas para prevenir tan devastador hecho. En España se está planteando, cada día más, el problema. La prensa con frecuencia publica nuevos casos de abuso sexual infantil, la televisión está dedicando programas de debate y proyectando películas sobre el problema. El número de denuncias, aunque escaso, va aumentando. Aun no se han implantado programas específicos de prevención, pero la Administración comienza a sensibilizarse ante tan grave problema. Se empiezan a remitir a tratamiento psicológico los niños tutelados que muestran síntomas de haber padecido el abuso sexual.

En países como Estados Unidos, Inglaterra, Suiza, Alemania, se han ido implantando programas de prevención del abuso sexual infantil, desde diferentes áreas de intervención social, sin embargo, la mayoría de los niños abusados sexualmente no van a conocer estos programas. El carácter tabú del abuso sexual hace que los niños no revelen que ellos son víctimas de abuso y las familias suelen negarse a buscar ayuda. El número de casos de abuso sexual denunciados, también en estos países, representa solo un pequeño porcentaje de la realidad y los programas de tratamiento establecidos solo van a atender a un pequeño número de víctimas y familias.

Las experiencias aportadas por las crecientes investigaciones y por la práctica de trabajo con niños muestra que muchos de ellos hubieran podido evitar el ser víctimas del abuso sexual si hubieran tenido alguna información anterior para poder prevenirlo.

El objetivo primordial, de este trabajo, será revisar los diferentes programas de prevención que se han puesto en marcha, tanto desde la prevención primaria que aborda el problema antes de que comience, como desde la prevención secundaria que identifica y pone en marcha el tratamiento en cuanto el problema es detectado.

Esta revisión de programas se realizará desde cada uno de los segmentos de la sociedad que están conectados con, y son responsables de, los niños que pueden sufrir el abuso sexual infantil. Este será, por tanto, el índice de contenidos de los programas de prevención que serán presentados:



- SOCIEDAD
- INSTITUCIONES
- EDUCADORES
- PADRES
- NIÑO

1. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PARA LOS NIÑOS:

Uno de los acuerdos fijados en la Conferencia Nacional sobre Violencia celebrada en Leesburg, Virginia (1985), fue establecer Programas Educativos de Prevención del abuso sexual infantil desde el Preescolar y la Educación Básica. Estos programas serían organizados por los Educadores, Profesionales de la Salud Mental y Padres.

El contenido básico a enseñar a los niños en estos programas debía ser:

- Concepto de abuso sexual.
- Diferencia entre contactos apropiados e inapropiados.
- Terminología sexual apropiada.
- El derecho a decir NO a contactos incorrectos.
- La importancia de contarlo cuando el abuso sexual sucede.

De hecho, han sido muchos los programas que se han desarrollado en Estados Unidos de prevención del abuso sexual para niños para ser incluidos en los programas de preescolar, guarderías y escuelas primarias. De hecho, no hay un acuerdo sobre la edad en la que comenzar con la educación sobre el abuso sexual, pero muchos se imparten desde los tres años de edad y en ellos incluyen la formación en asertividad y autoestima. MacFarlane (1986). Estos programas deben tener en cuenta la edad de los niños. Los esfuerzos con niños de cinco o seis años son diferentes a los que se realicen con adolescentes o preadolescentes. Se ha de tener en cuenta el diferente conocimiento sobre el mundo y el diferente comportamiento sexual que unos y otros tienen.

Uno de los objetivos fundamentales en estos programas es enseñar a los niños a defenderse ante las proposiciones. Se les enseña a decir NO. Esto se enriquece con entrenamiento en habilidades sociales. Aunque el niño este informado y sepa que es lo que se debe hacer en esta situación es posible que el respeto que le produce una figura de autoridad le haga sentirse intimidado y se sienta incapaz de decir NO.

No mas secretos, Adams et al (1981), es uno de los libros más populares en prevención en los Estados Unidos que enseña a los niños a no callarse y contárselo a una persona de confianza en cuanto el abuso sucede. Se les pide que no dejen de contarlo si el adulto, a quien se lo contaron, no les hizo mucho caso. Todos los programas establecidos muestran a los niños alternativas para escapar de la situación como son salir corriendo, gritar, decir NO o pedir ayuda.

Estos programas intentan explicar a los niños también que los posibles

agresores pueden ser personas cercanas a ellos, que conocen bien y a quien tienen cariño. Se les debe explicar cuáles son los tipos de amenazas que pueden recibir para que no hablen. Se les ha de hacer saber que si van a ser creídos, que sus familias no van a ser asesinadas, y que sus padres nunca dejarán de quererles. Esto les ayudará a no creer en las amenazas que les suele hacer quien les está molestando.

Es muy importante que estos programas dediquen un esfuerzo especial a resaltar cuáles son los cariños y los contactos físicos saludables, enfatizando como diferenciar e identificar el abuso sexual, así como diferenciar e identificar los buenos contactos y cariños.

De Young (1988), discute la distinción entre buenos y malas caricias, utilizadas en casi todos los programas de prevención en la escuela. Plantea que la evaluación de la investigación ha demostrado que son conceptos difíciles para los niños pequeños tanto de aprender como para mantenerlos. Que mientras los abusos agresivos pueden ser valorados por los niños incluso sin trabajo de prevención, el abuso amable, cariñoso, no puede ser valorado como negativo por los niños pequeños quienes se encuentran ante un dilema en el que no son capaces de evaluar la situación.

Plummer, (1984) sostiene que el concepto de abuso sexual es muy difícil de establecer en los niños porque requiere que ellos comprendan la disonancia cognitiva de que alguien que ellos conocen puede ser tanto bueno como malo. Sin embargo otras investigaciones muestran la ventaja de aplicar programas educativos de prevención, Kolko, D. et al (1987), sostienen que los niños que siguieron el programa preventivo de "Bandera Roja Bandera Verde", mostraron mayor conocimiento de las diferencias entre buenos y malos contactos así como estar más dispuestos a denunciar.

Sigue siendo controvertido el problema de la prevención del abuso sexual infantil. De hecho, tal como planteaba, algunos autores sugieren que no está claro si trabajar con niños pequeños en la prevención del abuso sexual es beneficioso o puede ser perjudicial. Repucci, N.D; Haugaard, J (1989), discuten que enseñarle al niño a autoprotgerse contra el abuso sexual infantil es un proceso muy complejo para cualquier niño y que muy pocos programas de prevención trabajan en este proceso.

1.1. Niños de Alto Riesgo:

Es necesario crear programas específicos para niños que ya han padecido el abuso, puesto que estos niños son de alto riesgo para el reabuso y el desarrollo de la habilidades en prevención son un excelente vehículo para restaurar su seguridad y autoestima. Es importante tener precaución al implantar algunos conceptos como pedirles que "nunca guarden un secreto" para prevenir que oculten el abuso, esto puede hacerles sentirse culpables porque ellos puede ser que si guardaran el secreto que les pidió el adulto. Finkelhor (1986).

En las residencias se debe realizar un trabajo muy intenso de protección y prevención de los niños que han sido abusados porque, dependiendo de la intensidad del abuso, tienen altas probabilidades de tomar drogas,

escaparse, prostituirse, intentos de suicidio y por descontento, volver a ser sexualmente abusados.

Se han de establecer programas de apoyo a todos los niveles a los jóvenes escapados de sus casas puesto que son de alto riesgo de explotación sexual.

2. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN CON LOS PADRES:

2.1. Programas Educativos:

El éxito de los programas de prevención deberá estar en coordinar a la Comunidad, no permitiendo que el trabajo de educación se realice sólo en la Escuela, se deberá realizar, siguiendo nuestro índice, también con los padres y con las Instituciones como una forma de garantizar que la educación en prevención está llegando a todos los sectores afectados.

Los padres, como responsables directos en la educación de sus hijos, pueden realizar una importante tarea en la prevención del abuso sexual. De hecho, el trabajo realizado en Estados Unidos en educación y prevención con padres ha permitido incrementar la detección de niños víctimas de abuso sexual MacFarlane (1986).

Kolko et al (1987). Realizaron el seguimiento de los padres que realizaron el programa de prevención del abuso sexual "Bandera roja/Bandera verde", comprobando que aquellos que siguieron el programa de prevención demostraron tener mayor conocimiento sobre los objetivos del programa y una comunicación más positiva en sus casas, con sus esposas e hijos, que los padres que no habían seguido el programa.

En una investigación realizada para comprobar la efectividad de los padres como instructores de un programa de prevención del abuso sexual con niños, Wurtele, S.; et al. (1992), descubrieron que los niños que habían sido enseñados por sus padres mostraron un mayor avance en el reconocimiento de caricias inapropiadas y en sus habilidades de defensa personal comparados con los niños que fueron enseñados solo en la escuela. Tanto los padres como los niños valoraron el programa de forma positiva.

Una hipótesis personal es que los niños asimilan con mayor facilidad aquellos conceptos que son enseñados tanto en la escuela por los maestros, como en la casa por los padres y que conllevan un mismo mensaje. Porque aunque los programas de prevención educativa estén funcionando correctamente, si los padres no son sensibles al problema y envían mensajes contradictorios a sus hijos, pueden reducir el éxito del programa. De hecho, algunos padres no ven el abuso sexual como un problema serio, consideran que es muy infrecuente y es importante que sepan que la probabilidad de que se produzca el abuso sexual es alta y que les puede suceder a sus hijos.

Los padres son reacios porque es un problema tabú y porque esta relación con el sexo. Sin embargo, tal como aquí se ha sugerido, cuando los padres participan en la prevención, se está demostrando que pueden ser buenos instructores. Wurtele, S.; Kast, L.; Melzer, A. (1992).

Algunos padres manifiestan tener miedo a alarmar innecesariamente a

sus hijos, pero les alertan sobre la posibilidad del rapto o el secuestro, "la idea de que alguien pueda sacarle de su casa está comprobado que es más aterradorante para el niño que la idea de que alguien pueda tocarle sus genitales. Finkelhor (1986). En la vida real, sin embargo, es menos probable el secuestro de los niños que el abuso sexual.

2.2. Grupos de Riesgo:

Un grupo de padres que necesita una atención especial son los que han sido victimizados de niños. Sus hijos son de alto riesgo. El 40% de las víctimas de abuso sexual que he tratado en terapia psicológica, venían de familias donde algún miembro de su familia había sido víctima en su infancia de abuso sexual.

Son grupos de riesgo, asimismo, aquellas familias donde hay padrastro, donde ha habido varios matrimonios, donde la madre está ausente, o aquellas familias con hijos con incapacidades o con problemas emocionales. En estos casos los padres deben recibir una información especial sobre el problema del abuso sexual.

Es muy importante el trabajo que se puede realizar desde la prevención secundaria, se ha de abordar la intervención con los padres y familia de la víctima, para ayudarles a comprender lo sucedido, reducir los síntomas, establecer mecanismos de adaptación tanto del niño como de la familia. El tratamiento con el niño debe comenzar inmediatamente, tanto si el niño está con la familia como si se encuentra en una residencia.

En los casos de incesto se ha de separar inmediatamente al padre o padrastro del niño. La probabilidad de que continúe el abuso es muy alta. Siempre que sea posible, y es muy pocas veces, se intentará que sea el niño el que permanezca en la casa.

3. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PARA EDUCADORES:

Los Maestros y Educadores son profesionales que tienen un gran contacto con los niños y quienes les aportan nuevos conceptos sobre la forma de desenvolverse en la vida. Ellos pueden realizar un importante trabajo en la educación en prevención para que los niños puedan evitar los intentos de abuso sexual.

Es necesario que los Educadores en Preescolar y EGB reciban un entrenamiento especial sobre cómo reconocer los síntomas del abuso sexual en situaciones de juego y de clase. Deben recibir información sobre que debe ser denunciado y como elaborar un informe de una sospecha de abuso. Todos los centros escolares deberían tener impresos oficiales para poner en conocimiento de las Instituciones responsables de protección a la infancia cualquier sospecha de abuso a un menor. Hay profesores que intuyen que se está maltratando a un niño pero no saben cómo ni a quién informar de ello.

Recibiendo información sobre el abuso sexual los maestros pueden detectar comportamientos, o cambios de comportamiento, que pueden manifestar que el niño está siendo abusado.

En los programas educativos de Magisterio y Pedagogía se deben incluir asignaturas específicas sobre la prevención, detección e intervención en el maltrato infantil.

Según Finkelhor (1986), aquellos Centros Escolares que han incluido la educación en prevención en sus programas, encargan a los maestros que presenten el material a los niños en el aula. Esto se considera positivo porque los alumnos pueden recibir información constante de la persona a quien de verdad conocen y en la que confían.

4. PREVENCIÓN CON PROFESIONALES/INSTITUCIONES:

Se debe prestar una atención especial a aquellos profesionales que tienen contactos con niños: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, abogados y policía. Quienes deben recibir una formación sobre la detección e intervención en el abuso sexual infantil.

Los trabajadores sociales y de la salud mental trabajan con niños que tienen problemas, una población que es de particular riesgo al abuso. Con un protocolo bien elaborado pueden detectar y ayudar a prevenir un abuso encubierto. Muchas víctimas de abuso no se atreven a hablar de su problema, pero si alguien les pregunta directamente se pueden animar, y de hecho se animan, a desvelar su situación.

Dado el carácter específico del abuso sexual infantil, éste debe ser atendido por especialistas médicos, legales y sociales entrenados en la detección, intervención y tratamiento del maltrato sexual. Sin embargo, son muy pocos los centros que tienen profesionales especializados en el manejo de este problema. Pocos médicos, tanto pediatras como ginecólogos, tienen experiencia en que es lo que tienen que observar al examinar a una posible víctima de abuso sexual. La policía tiene mucho contacto con los niños después que el abuso se ha cometido y son pocos policías y pocos abogados los que tienen una formación especializada en cómo tratar y comunicarse con niños traumatizados. Para el niño, víctima del abuso, es muy importante el trato que reciba en comisaría y en el hospital puesto que llegan con un nivel muy alto de ansiedad. En los hospitales debería existir dentro de los servicios de urgencia, un equipo de expertos en el abuso sexual y maltrato infantil que funcione en coordinación con las comisarías y centros de salud mental.

Los profesionales de la salud mental tampoco tienen información sobre los aspectos legales de los casos que reciben y muchos no conocen los síntomas del abuso sexual. Se deben organizar cursos especializados que coordinen los aspectos clínicos, legales y sociales del abuso sexual infantil. Así como se deben incorporar en los planes de estudios de las diferentes carreras relacionadas con la salud, salud mental y servicios sociales, asignaturas relacionadas con el abuso sexual infantil, incluyendo la prevención e intervención. Estas materias deben ser impartidas por profesionales especializados.

5. PREVENCIÓN DESDE LA SOCIEDAD:

Otra de las importantes propuestas del Congreso Nacional sobre Violencia y Salud Pública celebrado en Leesburg, Virginia (1985), fue realizar una campaña agresiva de educación pública para frenar el abuso sexual de niños, enfatizando que el abuso sexual es un acto criminal.

En la línea de que la intervención primaria es una prioridad, supone una mayor detección del problema y un ahorro económico de programas de tratamiento, dicho Congreso propuso realizar una investigación nacional para identificar, evaluar y diseminar información sobre programas efectivos de prevención del abuso sexual.

Es también una importante tarea el difundir la información sobre el abuso sexual y las alternativas existentes sobre su prevención y tratamiento al público en general, escuelas, grupos culturales/religiosos, sistema Judicial.

Se ha de hacer valer la ley que obliga a denunciar la sospecha de que un menor está siendo abusado. Muchos psicólogos, maestros, trabajadores sociales que, en las diferentes Instituciones, detectan casos de abuso sexual en nuestro país, no se atreven a denunciarlo. El no tener certeza de que sea cierto el abuso, el miedo a la represalia, el no saber cómo dirigir el problema y el desconocer que existe una ley que les obliga a informar de la sospecha de abuso, hace que opten por no desvelarlo. La legislación vigente condena al agresor sexual con la cárcel no existiendo la alternativa de tratamiento terapéutico para ellos. Russel (1984), confirma que de las cuatro alternativas penales al delito del abuso sexual: prisión sin tratamiento terapéutico; prisión con tratamiento terapéutico; libertad provisional sin tratamiento terapéutico y libertad provisional con tratamiento terapéutico, son las dos opciones que incluyen el tratamiento las que mejores resultados en el cambio de comportamiento del agresor están ofreciendo.

6. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES:

Nos encontramos ante un problema silenciado y especialmente desatendido en nuestro país. Al ser un tabú, es difícil que los niños expresen el problema que están padeciendo y es por ello necesario que los adultos, en contacto con el mundo infantil, presten atención a aquellas señales que pueden indicar la existencia de un abuso sexual e intervengan en la defensa de las posibles víctimas.

De lo que ya se está realizando en prevención, en otros países, se desprende que el esfuerzo se está dirigiendo, en gran medida, a la prevención en la escuela. Son muchos y muy buenos los programas educativos de prevención del abuso sexual dirigido a los niños aunque los resultados de este esfuerzo están aún por valorar, de momento, se puede partir de que existe una positiva actitud social a estos programas de prevención.

Si los niños reciben información sobre qué significa el abuso sexual y cómo se puede evitar, estarán más dispuestos a defenderse, pero si los padres, eslabón inmediato a los niños en la cadena social, no reciben información sobre que significa el abuso sexual, no pueden prevenir ni detectar

los casos de abusos que les rodean. Los niños, a su vez, sentirán que han recibido una educación desde la escuela para prevenir el abuso pero que no la pueden compartir con sus padres porque ellos no manejan esta información o no consideran que se trate de un problema.

Si los médicos, pediatras, psicólogos, trabajadores sociales, policía, jueces..., reciben un entrenamiento sobre cómo es el abuso sexual infantil y cómo se puede detectar podrán, desde sus Instituciones, intervenir sobre una población abusada muy superior a la que sin entrenamiento tienen acceso.

Si el Código Penal permite, como sucede en otros países, que en determinados casos de abuso sexual, el agresor se pueda acoger a un tratamiento psicológico, se podría favorecer el cambio en el comportamiento criminal de algunos agresores sexuales.

El abordar la tarea de la prevención del abuso sexual infantil supone un coste económico, de energías y de ideas que conviene no desperdiciar. Si se realiza desde las más importantes estancias implicadas: Educación, Asuntos Sociales, Sanidad, Justicia, cada una de ellas está empleando unos recursos humanos y económicos propios. La coordinación de todos los esfuerzos de estas Instituciones favorecerá un ahorro de estas energías humanas y materiales así como el máximo rendimiento de los recursos.

Para obtener la máxima efectividad en los programas de prevención del abuso sexual infantil éstos se han de dirigir a los segmentos de la sociedad directamente conectados al problema del abuso sexual: Niños; Padres; Educadores; Profesionales e Instituciones. Y la implantación y desarrollo de estos programas se ha de realizar de una forma coordinada.

La efectividad de esta empresa no la deben garantizar esfuerzos aislados de profesionales o grupos sociales sensibilizados ante el problema. Un Centro para la Prevención y Tratamiento del Abuso Sexual Infantil puede ser el responsable de la integración y coordinación de las diferentes Instituciones que están relacionadas con el abuso sexual. Así, Juzgados, Comisarías, Hospitales, Escuelas y Centros de Salud Mental podrían trabajar conjuntamente y coordinados para prevenir e intervenir ante el abuso sexual al menor.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, C.; Fay, J. (1981). No more secrets. San Luis Obispo, California. Impact Publishers.
- Borkin, J. Frank, L. (1986). Sexual abuse prevention for pre-schoolers: A pilot program. Child Welfare, 65(1), 75-82
- Campbell, B. (1989). Unofficial Secrets. London. Virago Press.
- De Young, M. (1988). The good touch/bad touch dilemma. Child Welfare, 67 (1), 60-68.
- Durfee, M. (1989). Prevention of child sexual abuse. Psychiatric clinics of North America, 12(2), 445-453.
- Finkelhor, D. (1986). A Sourcebook on child sexual abuse. California: Sage Publications.

- Gillham, B. (1991). The facts about child sexual abuse. London: Cassell Educational limited.
- Hart-Rossi, J. (1984). Protect your child from sexual abuse. Seattle. WA: Parenting Press
- Kehoe, P. (1988). Helping abused children. Seattle, WA: Parenting Press.
- Kolko, D; Moser, J; Litz, J; Hughes, J. (1987). Promoting awareness and prevention of child sexual victimization using the Red Flag/Green Flag program: An evaluation with follow-up. Journal of family violence, 2 (1), 11-35.
- MacFarlane, K; Waterman, J. et al. (1986). Sexual abuse of young children. New York. The Guilford Press.
- Plummer, C. (1984). Preventing sexual abuse: What in school programs teach Children. Paper presented at the Second National Conference for Family Violence Researchers, Durham, NH.
- Reppucci, N; Haugaard, J. (1989). Prevention of child sexual abuse: Myth or reality. American Psychologist.
- Russell, D. (1984). Beverly Hills, California. Sage Publications.
- Sgroi, S. (1982). Handbook of clinical intervention in child sexual abuse. Massachusetts. Lexington Books.
- Surgeon General's Workshop on Violence and Public Health. (1985). Recommendations from the working groups. Leesburg, Virginia.
- Wurtele, S; Kast, L; Melzer, A. (1992). Sexual abuse prevention education for young Children: A comparison of teachers and parents as instructors. Child Abuse and Neglect. Vol 16, pp. 865-876.

A.T. 4

MINUSVALIAS Y MALTRATO INFANTIL

INTRODUCCION: LUIS MARTIN ALVAREZ



Desde su reconocimiento como problema médico-social (Kempe 1962), en la patogenia del maltrato en la infancia se han identificado múltiples factores de riesgo. Estos factores de riesgo o de mayor probabilidad-vulnerabilidad para que un niño-a sufra maltrato, hacen referencia a problemas en la familia, el ambiente social y/o en el propio niño-a. Asimismo, se ha evidenciado que el peso o la influencia de cada uno de estos factores puede ser distinto en cada situación, dado que no es infrecuente que aparezcan asociados y que incluso se modifiquen a lo largo de todo el proceso que conduce al maltrato: estos factores pueden tener un carácter predisponente (factores individuales, familiares y socioculturales), precipitante ("sucesos", interpretación de éstos, estrés) o de mediación-atenuación (sistema y red social de apoyo).

Por otro lado y si se analizan los condicionantes de la minusvalías en la infancia, este es un problema en el que participan todos los factores de riesgo del maltrato infantil, aunque en el caso de la minusvalías y con una dinámica distinta, estos factores son los que conforman el proceso que va desde una deficiencia y/o discapacidad en el niño-a hasta una desventaja o limitación para el desarrollo del rol personal y social normal.

En este sentido, en los primeros estudios retrospectivos realizados para identificar los factores de riesgo para el maltrato en la infancia (prevención secundaria), se vio que en un número relevante de familias solía haber una "elección" del niño-a agredido entre los distintos miembros de la familia. Esta elección, dentro de una gran variedad de situaciones, estaba relacionada en algunas familias con ser un niño-a "diferente", bien por una situación real (minusvalía, enfermedad crónica...) o imaginada por los padres o adultos convivientes con el niño-a (fallo en las expectativas, temperamento del niño-a). Este hecho ha sido corroborado por otras investigaciones realizadas en grupos de niños-as con minusvalías y en los que en comparación con un grupo control, se encontró una mayor prevalencia de maltrato, sobre todo bajo las formas de abandono físico y de maltrato emocional.

Esta mayor vulnerabilidad para el maltrato del niño-a con minusvalías, tanto dentro de la familia como en las instituciones dedicadas a la infancia, entra en aparente contradicción con la notoria provisión de servicios, normalizados y especiales, para los niños-as con minusvalías. Esta situación de

riesgo y de desigualdad del niño-a con minusvalías requiere avanzar en el conocimiento de los factores de riesgo para el maltrato infantil de los niños-as con minusvalías y asimismo en las necesidades de estos niños-as, haciendo hincapié, no solo en los componentes familiares sino también en las características de todos los recursos de atención al infancia (servicios de acogida, educativos, de salud...), dentro de un marco de integración social y familiar.

NIÑOS CON MINUSVALIAS Y MALOS TRATOS

SABINO MURILLO PÉREZ

I.- INTRODUCCION

La violencia como fenómeno humano que se desarrolla en todos los ámbitos de actividad humana, social, económica, familiar, etc., se manifiesta de diferentes formas según determinadas influencias históricas y sociales de cada tiempo.

La acción de "violentar", según la Real Academia de la Lengua, consiste en "la aplicación de medios sobre personas o cosas para vencer su resistencia..." María Moliner añade un matiz, cuando señala que violentar es "obligar o forzar a una persona, en cualquier forma, a realizar cierta cosa que no hace a gusto".

La violencia ha existido siempre, aunque no parece haber preocupado como hasta ahora. Es esclarecedor leer un periódico, escuchar la radio o ver la televisión para darse cuenta de la importancia del problema de la violencia en el mundo. Y hay que decir que corresponde al espíritu democrático el que origina el concepto moderno de violencia. Desde la mayoría de las teorías filosóficas, políticas o religiosas y sociológicas se considera la agresión como "desgraciada o indeseable" puesto que "cuestiona el orden moral, conmueve los cimientos de las relaciones interpersonales, transforma la sociedad y la naturaleza...; la agresión, se dice, debería ser evitable en la medida de lo posible".

En esta ponencia, como el título de la misma señala, nos ocuparemos de aquella clase de violencia ejercida sobre un colectivo muy gravemente amenazado cual es el de las personas con cualquier tipo de minusvalía o discapacidad. Antes, sin embargo, parece oportuno hacer unas breves consideraciones históricas.

2.- ANTECEDENTES HISTORICOS

El maltrato infantil no es un fenómeno moderno. El mismo se ha manifestado en todas las épocas de la civilización y en todos los países. El infanticidio, como forma extrema de aquél, que había sido condenado en el Concilio de Constantinopla en el año 588 después de J.S., ha sido, de hecho, tolerado hasta el fin del siglo XVII. Las razones más comunes que, históricamente, han justificado la práctica del mismo, se resumen en las siguientes:

- a) Una forma de limitar el tamaño familiar, es decir, un procedimiento de control de la natalidad.
- b) Un medio de evitar el deshonor y los problemas económicos resultado de la ilegitimidad de un hijo.
- c) Una forma de ganar poder.
- d) Una forma de deshacerse de niños deformes o retrasados.
- e) Una forma de agradar a los dioses y expulsar los espíritus malignos o, más generalmente, una forma de servir a las distintas creencias religiosas.
- f) Como medio para asegurar la estabilidad económica.

Además del infanticidio, eran frecuentes las mutilaciones infligidas a los niños por principios religiosos o para atraer la atención de las gentes y suscitarse su caridad.

En este contexto, de no reconocer automáticamente el derecho a la vida del recién nacido, que tiene su origen en la Grecia clásica y que continúa en Roma, y países como China y la India, merece especial atención, desde el punto de vista que nos ocupa, el de la eliminación de los niños deficientes o con graves anomalías físicas. Niños mentalmente retrasados, con hándicaps físicos o, simplemente, prematuros eran habitualmente declarados no aptos para vivir. Despeñarlos, ahogarlos, o asfixiarlos, constituían las más crueles formas del infanticidio. Otras formas inhumanas de exterminio, éstas más próximas en el tiempo, ha sido la explotación laboral. Hasta el siglo XIX, un "contrato" como aprendices vinculaba a los niños con sus maestros de profesión y les convertía, de hecho, en esclavos. Los niños trabajaban en telares, factorías, minas y otras industrias. En Inglaterra no era extraño encontrar niños de cinco años de edad encadenados, trabajando dieciséis horas diarias en factorías, sin contar con los castigos brutales propinados por "motivos pedagógicos". La deportación de niños delincuentes a las colonias para desarrollar trabajos forzados, el abuso y la explotación sexual constituyen otras formas de maltrato infantil que ha sido común a lo largo de la historia, y que es un problema que perdura en nuestros días y cuya dimensión real dista mucho de ser bien conocida.

En nuestro país la situación de los niños no se diferencia mucho de las situaciones anteriormente descritas. Baste citar, las Leyes de las Partidas, en donde siguiendo el ejemplo de Roma, se faculta al padre para vender o empeñar a sus hijos. En la literatura española de la época ha quedado representada un tipo de infancia, correspondiente a los siglos XVI y XVII, perfectamente identificada y descrita en la figura del pícaro.

3.- EVOLUCION JURIDICA DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA

Los derechos de los niños han sido lentamente reconocidos a lo largo de la historia. Desde la perspectiva jurídica, el término niño e infancia nada expresan, y se subsumen en el concepto jurídico de minoría de edad, que es el estado civil en el que se encuentra la persona que no ha alcanzado un determinado desarrollo físico, psíquico y social, y que produce como consecuencia la modificación de su capacidad de obrar.

Prescindiendo de antecedentes remotos, en los siglos XVII y XVIII, la protección del menor significó, tradicionalmente, el internamiento en instituciones. Los candidatos para esta clase de "protección" eran principalmente, niños procedentes de familias sin recursos, niños abandonados y delincuentes.

El interés por la protección del niño aparece definitivamente en el siglo XIX, siendo el caso de Mary Ellen Wilson, el ejemplo gráfico que ilustra el momento en que se produce un giro en el sistema de protección legal e institucional de los niños maltratados. La Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales, consigue, a instancia de una trabajadora de la caridad, ganar en el año 1874, el primer proceso judicial en los EE.UU., en el que se defendía a una menor de los malos tratos físicos y la negligencia de sus padres, en base a que "...puesto que los animales se encontraban legalmente protegidos del tipo de violencia a que la niña Mary Ellen se encontraba sometida, y puesto que la niña era parte del reino animal, merecía, al menos, tanta protección como un perro común..."

Como consecuencia del caso citado, se formó la Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los Niños (en Inglaterra se estableció en 1833). Sin embargo, va a ser el siglo XX, el siglo del reconocimiento de los derechos de la infancia. El siglo comienza con la etapa de la sociabilización que ya se había iniciado bajo buenos auspicios en el siglo XIX, y que se extendió hasta la década de los cincuenta. Son los momentos que siguieron a la creación de los primeros Tribunales Tutelares de Niños y la máxima preocupación se centra en la idea de dignificar al niño, acreedor de derechos, y en este sentido, se formulan por las naciones, reunidas en Asamblea, declaraciones sobre los derechos de las personas y del niño con la finalidad de ser aceptadas por los Gobiernos y reconocidas por las legislaciones.

Por la brevedad del tiempo de que disponemos, no podemos más que citar, las principales disposiciones que recogen los derechos de la infancia. Entre las mismas, podemos señalar las siguientes:

- Declaración de Ginebra, del año 1924 : Modificada en 1949, rigió hasta 1959 en que la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la "Declaración de los Derechos del Niño", el 20 de noviembre de 1959.

- De entre sus principios, destaquemos el V, en el que reconoce "el derecho a una educación y ciudadanos especiales para el niño físicamente o mentalmente disminuido, o con impedimento social". En el principio IX, se reconoce el "derecho a ser protegido contra el abandono y la explotación en el trabajo".

- Declaraciones posteriores como la de la Haya y la del Consejo de Europa, que también redactó la "Carta Europea de los Derechos del Niño", completan el panorama de disposiciones tuteladas.

- En el año 1966, se adopta por la Asamblea General de Naciones Unidas, el "Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos", y en este mismo año, el "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales".

Con ello, llegamos a la década de los años 70, en donde emerge con mayor fuerza la protección de la infancia y de los niños discapacitados, en particular. En efecto, la Asamblea General de las Naciones Unidas, por Resolución 2856 (XXVI), de 20-12-71, proclama la "Declaración de los Derechos del Deficiente Mental", en cuyo apartado 6, establece que "el retrasado mental debe ser protegido contra toda explotación y todo abuso o trato degradante...". De nuevo, la Asamblea General, el 9-12-1975, en Resolución 3447 (XXX), proclama la "Declaración de los Derechos de los Impedidos", en cuyo apartado 10 establece que "el impedido debe ser protegido contra toda explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante".

Por último, la Asamblea General de las Naciones Unidas, adoptó, en su reunión de 20-12-1989, la "Convención de los Derechos del Niño". Ratificada por España en 6-12-1990, entró en vigor en nuestro país el 5-1-1991.

La Convención forma parte del ordenamiento interno español, en virtud del artículo 96 de la Constitución que da este efecto a los Tratados Internacionales válidamente celebrados, a partir de su publicación oficial. En España, la Convención se publicó en el B.O. del Estado de 31-12-1990.

Por falta de tiempo, no podemos descender al estudio pormenorizado de su rico contenido. No obstante, merecen destacarse, los artículos 19, 32, 34, 35, 36 y 39 en relación con la materia que nos ocupa.

Volviendo al panorama internacional, debemos recordar que en los años 60, con la publicación del trabajo de Kempe (1962), sobre el "síndrome del niño golpeado", se produce una respuesta médica al problema del maltrato infantil.

Con anterioridad a esta fecha, los radiólogos habían observado repetidamente un hecho que denominaron "trauma desconocido": se trataba de fracturas en distintos estados de recuperación, observados mediante Rayos X en niños ingresados en hospitales y, cuyo origen de acuerdo con los relatos de los padres, no siempre quedaba claro o carecía de sentido. En 1960, Henry Kempe y sus colaboradores llevaron a cabo un estudio de ámbito nacional de niños que habían recibido serios malos tratos físicos.

El impacto del trabajo de Kempe, recogido por la prensa, quien llamó la atención nacional sobre este problema, dio lugar a iniciativas legislativas que "obligaban a los profesionales de la salud a denunciar cualquier sospecha de maltrato infantil," iniciativas que se desarrollaron con extraordinaria rapidez (en cinco años, entre 1963 y 1967, comprendían a la totalidad de los EE.UU., situándose a la cabeza de países que adoptaban este tipo de medidas.

4.- MINUSVALIA Y MALTRATO INFANTIL

Una de las formas más manifiestas de desprotección de la infancia la constituye los malos tratos, máxima expresión del abuso por parte de los adultos e instituciones responsables, expresados a través de diversas actitudes, acciones y omisiones, generalmente acompañadas de agresividad y

violencia que afectan o ponen en peligro la integridad y el equilibrio físico y/o psíquico del menor y comprometen seriamente su desarrollo y personalidad.

Como señala el estudio del profesor Kempe se utilizan cuatro categorías para clasificar los malos tratos:

a) El maltrato o violencia física implica cualquier acción, no accidental, por parte de los padres o adultos, que provoque daño físico o enfermedad en el niño (golpes, palizas, hematomas, quemaduras, arrancamiento del cabello, cortes, etc.).

b) El abandono físico, la negligencia, pueden constituir asimismo formas muy insidiosas de causar daños graves en el niño; la negligencia implica un fallo de los progenitores o cuidadores del niño para salvaguardar la salud, la seguridad y el bienestar del niño. La negligencia física incluye el abandono alimenticio, la falta de cuidados médicos, o bien la ausencia de una suficiente protección del niño contra riesgos físicos y sociales.

c) El maltrato emocional, coincide casi siempre con el maltrato físico, pero también pueden darse casos en que los cuidados meramente físicos son buenos y, sin embargo, se dé un maltrato emocional, bien sea en forma de abandono (falta persistente de respuesta afectiva a las necesidades emocionales del niño) o en forma de abuso (hostilidad verbal crónica en forma de burla, insulto, minusvaloración y desprecio, crítica, etc).

d) Los malos tratos sexuales, suponen la explotación y el abuso de los niños y niñas mediante actos tales como el abuso, incesto, violación, etc.

A éstas cabría añadir otras formas de maltrato institucional, como por ejemplo serían algunas de las respuestas institucionales que se ofrecen a estos niños maltratados a quienes por evitarles un "mal" se les ocasiona otro igual o peor (niños que permanecen relegados e instituciones, o a los que se lleva de un lado para otro...), sin olvidar otras formas más sutiles como el tratamiento y manejo de la infancia en los medios de comunicación, publicidad, etc.

En cuanto a la dimensión del problema que nos ocupa no se poseen cifras lo suficientemente fiables al respecto. Algunos especialistas señalan que se tiene constancia de 40.000 casos anuales de niños maltratados y de cerca de 100 fallecidos por la misma razón y en el mismo período. Sin embargo, estas cifras parecen ser una pequeña proporción del conjunto de casos que realmente se producen. Sólo una minoría de las situaciones de maltrato y abandono llegan a ser conocidas por los Servicios de Protección a la Infancia.

La etiología del fenómeno del niño maltratado, entendiendo por etiología el estudio acerca de las causas de los fenómenos o de las cosas, abarca el examen de los factores individuales, familiares y sociales.

Factores individuales: En cuanto a los factores individuales que generan el maltrato de los niños, podemos señalar lo siguiente: en muchas ocasiones los agresores, generalmente los padres o tutores, tuvieron

ascendientes que los maltrataron, lo cual dio como resultado que crecieran con lesiones físicas y emocionales que les produjeron la creencia de que no eran "buenos", lo que conduce a un sentimiento de rechazo y subestimación de sí mismo que los hace deprimidos e inmaduros. Siguiendo el pensamiento del doctor Paul K. Mooring, se puede afirmar que en muchos casos el sujeto activo-agresor-padeció una infancia difícil en la que conoció la humillación, el desprecio, la crítica destructiva y el maltrato físico, lo cual hizo que llegara a la edad adulta sin autoestima ni confianza. Esto les provocó una vida precaria que luego proyectaron hacia los demás, entre ellos a sus hijos.

En ocasiones encontramos ciertos argumentos que tratan de justificar el maltrato a los menores: las madres piensan que sus hijos son los causantes de su decadencia física (pechos flácidos, caderas deformadas, obesidad, varices, etc.), y desarrollan agresividad contra el supuesto culpable, es decir, el hijo. En otros casos los padres piensan que el niño ha defraudado las esperanzas que pusieron en él ya sea porque presenta alguna disminución física o mental, o porque no es un niño ideal. Otros padres, psicópatas o sádicos, pueden sentir placer con el sufrimiento del niño. Encontramos motivaciones más profundas en situaciones tales como el temor, la incapacidad paterna de asumir responsabilidades, o bien en la compensación que experimentan de sus frustraciones al maltratar a un sujeto débil.

En algunos casos el maltrato se produce como resultado de estados de intoxicación debidos a la ingesta de bebidas alcohólicas u otros fármacos, y en algunas situaciones de psicopatología paranoica depresiva, esto es, sujetos con alteraciones psíquicas caracterizadas por rígidos esquemas mentales y estados de angustia e inseguridad que les hace chocar con el ambiente en forma reiterada y sistemática.

Factores familiares: Respecto de la situación familiar, podemos anotar que se pueden presentar circunstancias que generen malos tratos a los niños cuando éstos no han sido deseados, cuando provienen de uniones extramatrimoniales, cuando son adoptados, cuando son productos de uniones anteriores o cuando se han colocado en otro lugar y no se acepta su retorno a la familia original. Puede ser que los malos tratos se den en familias numerosas, en razón de carencias diversas, educacionales, económicas, etc., aunque no siempre sucede así. Generalmente, en las familias en que hay niños maltratados la vida es desordenada, existe inestabilidad y desorganización hogareña desavenencia conyugal, penuria económica, enfermedades, conductas antisociales, ausencia de cuidados, ropa sucia, alimentos deficientes o mal preparados, habitaciones hacinadas e insalubres, mala administración del dinero, desempleo, embarazos no deseados, expulsiones de la escuela y, por lo tanto, desintegración del núcleo familiar.

Factores sociales: Según el doctor Michael J. Mooring, "los malos tratos contra los niños se producen en todas las clases sociales y niveles económicos, en todas las razas, nacionalidades y religiones". De acuerdo con esta afirmación, la opinión generalizada considera que el problema de los

niños maltratados se restringe a grupos de escasa instrucción y de nivel socioeconómico inferior; sin embargo, afirma que "el hecho es que el abuso de los menores ocurre en todos los grupos y en todas las clases sociales, inclusive en las familias de profesionales". Otros autores (P. Straus, A. Wolf, J. Verbeek), señalan que, en general, los niños maltratados provienen de "familias desheredadas" o que "la mayoría de los agresores provienen de grupos sociales pobres o minoritarios".

Por último, como un factor que influye en la realización de los malos tratos, es importante señalar la identificación del castigo físico con la norma de educación. Ciertamente tal idea considera que el maltrato -principalmente físico- en el ámbito familiar, escolar, etc., es un adecuado instrumento formativo. La relación "castigo-educación" es una norma social lamentablemente vigente en más de un sentido.

6.- DETECCION E INVESTIGACION DE LOS MALOS TRATOS EN LAS PERSONAS CON MINUSVALIA

No es momento de extendernos en explicar la etiología del maltrato, por ser este un tema, muy conocido por todos los presentes. Bástenos decir, que los niños maltratados presentan determinados rasgos distintivos comunes en muchos casos, y este aspecto, unido a la presencia de lesiones físicas características del niño maltratado, son datos de gran utilidad para el profesional, médico, funcionario investigador, trabajador social y en general, para otras personas que buscan detectar casos de niños maltratados. Generalmente el niño maltratado es menor de tres años y en muchos casos menor de un año. La mayor parte de ellos son varones que presentan un aspecto triste, indiferente, temeroso o asustadizo y descuidado; es notorio su mal estado general, como consecuencia de traumatismos y negligencias, tanto afectivas como alimentarias. Muestran trastornos de conducta tales como micción involuntaria o enuresis, debilidad mental, encefalopatía y anemias agudas. La proximidad de un adulto causa terror en el niño, lo cual se observa en especial cuando los maltratados son hospitalizados y un adulto se acerca a la cama, pues es frecuente que en su hogar sea golpeado en tales circunstancias.

6.1. Situaciones de maltrato en niños con discapacidad: Al igual que sobre el maltrato infantil en general, los estudios acerca de la población discapacitada comenzaron en los EE.UU., hacia los años sesenta. Fuera de nuestro país, los estudios sobre el maltrato en la población con minusvalía son todavía escasos, lo cual se refleja en el limitado desarrollo de metodología y trabajo de campo, en lo restringido de las muestras, así como en las continuas contradicciones encontradas entre los resultados de los diversos autores.

En nuestro país nos encontramos en este momento en la fase de reconocimiento público de la existencia del problema y en los primeros intentos de abordaje del mismo. En los últimos años es evidente que en los medios

de comunicación se empieza a tratar el tema y que en muchos de los Servicios Sociales de los diferentes organismos públicos existe un creciente interés por abordarlo. A este respecto, conviene hacer alusión al trabajo realizado por el Profesor Titular de Evaluación Psicológica de la Facultad de Psicología-Universidad de Salamanca, D. Miguel Angel Verdugo Alonso, que lleva por título "Abuso y abandono en la población infante juvenil con minusvalía", investigación subvencionada por el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), en convenio de colaboración con la citada Universidad de Salamanca.

La finalidad de la investigación consistió en realizar un estudio de prevalencia sobre el abuso y abandono en la población con discapacidad, proporcionando datos concretos sobre la situación en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, a la vez que se elaboró un instrumento de detección y evaluación del abuso y abandono.

Además de presentar una revisión teórica rigurosa del maltrato en la población con discapacidad, los objetivos concretos de la investigación fueron los siguientes:

- a) Determinar la prevalencia del Abuso y Abandono en la población infante juvenil minusválida de Castilla y León.
- b) Especificar la prevalencia en base a los distintos tipos de Maltrato (abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, explotación laboral, abandono emocional, abandono físico).
- c) Especificar la prevalencia por cada tipo de maltrato para cada tipo de minusvalía, y grado de afectación de la misma.
- d) Hallar los factores de riesgo de maltrato existentes en los padres, en los minusválidos, y en la interacción padres-hijos.
- e) Constrastar los datos obtenidos en la investigación con otros estudios epidemiológicos.
- f) Aportar información suficiente para que los servicios de atención a niños con discapacidad generen estrategias de prevención.
- g) Aportar información suficiente para que los profesionales de los servicios detecten situaciones de maltrato y abandono, o de riesgo de ambos.

El total de la población sobre la que se realizó el estudio mencionado, corresponde a los menores sobre los que la administración posee la tutela, así como de aquellos casos procedentes de los Tribunales Tutelares de Menores. El total de la población analizada fue de 660 menores que se encontraban bajo tutela a finales de 1990, procedentes de las nueve provincias de la Comunidad Autónoma de Castilla y León (Ávila, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora).

La prevalencia del maltrato encontrada en niños con discapacidad de cero a diecinueve años en la población de Castilla y León, asciende a un 11,5 por 100 (51 casos) sobre la totalidad de la muestra (445 niños con algún tipo de minusvalía). La prevalencia obtenida con el mismo instrumento de detección y procedimiento en el grupo de control de niños sin discapacidad es del 1,5 por 100. Por lo tanto, las situaciones de maltrato están en

una relación de 1 a 10 entre los niños y adolescentes sin discapacidad y los que sí la tienen.

Los resultados obtenidos en la investigación llevada a cabo por el profesor Verdugo Alonso, puede considerarse como la primera aportación realizada en España sobre las situaciones de maltrato en niños y adolescentes con discapacidad, y uno de los estudios más amplios y específicos a nivel internacional.

De las conclusiones del estudio podemos entresacar las siguientes:

a) La población con discapacidad constituye un colectivo especialmente vulnerable al maltrato, y sobre todo a sus manifestaciones menos reconocidas, el abandono físico al que están expuestos un 92 por 100 de los casos detectados y el maltrato emocional en su dos versiones: abandono emocional y abuso emocional, con una prevalencia en los sujetos maltratados de la muestra del 82 por 100 y 65 por 100 respectivamente. Asimismo, los datos aportados demuestran que la mayor parte de los niños identificados como víctimas de malos tratos están expuestos simultáneamente a más de una forma de maltrato.

b) La situación especial de riesgo encontrada en la población con discapacidad no desciende a medida que los niños se hacen mayores, sino que estos se encuentran expuestos a una permanente vulnerabilidad. Esta vulnerabilidad afecta en mayor grado a los niños adolescentes que presentan menor deterioro en su minusvalía. Es en el aspecto concreto del lenguaje, donde los niños que presentan graves problemas de expresión, los que pueden convertirse en un "blanco fácil", posiblemente debido a su incapacidad para informar de los episodios de maltrato.

c) El bajo nivel socio-cultural de los padres en la población estudiada, ha sido una circunstancia o factor que ha mostrado su relación con el maltrato infantil; además, determinado tipo de interacciones padre-hijo basadas en la falta de colaboración con las orientaciones dadas, ignorancia de las características evolutivas del niño, quejas sobre el excesivo tiempo que les lleva el cuidado de su hijo y expectativas no realistas acerca de su desarrollo, completan el cuadro de factores determinantes.

d) Dificultad en la estimación del número real de situaciones de malos tratos existentes. Aquellos tipos de maltrato de mayor presencia en la población discapacitada (abandono físico y emocional) son en la mayoría de las ocasiones difícilmente detectables por la falta de manifestación externa y la carencia de datos.

e) Si bien el índice de maltrato obtenido en niños y adolescentes con discapacidad es ya por sí mismo de una gran importancia como para tomar medidas de detección, prevención e intervención, la realidad existente podría resultar aún más dramática. A ello contribuye a que la información que proporcionan los profesionales respecto a los niños con minusvalía que atienden, refleja la existencia de un porcentaje de casos más elevado que el inicialmente constatado por ellos (inseguridad en las propias apreciaciones, evitación de transmitir una imagen negativa de determinadas personas

e instituciones, tendencia a incluir exclusivamente las situaciones muy evidentes, etc.).

6.2. Actuaciones en situaciones de detección de maltrato: Se puede establecer algunas fases claramente definidas en el proceso de intervención en casos de maltrato que son admitidas por la gran mayoría de los autores que han tratado de sistematizar las actuaciones. En nuestro país se está trabajando en la actualidad en la estandarización de instrumentos que puedan ser utilizados por profesionales pertenecientes a recursos e instituciones diferentes para obtener la información relevante en cada una de las fases de la toma de decisiones en casos de maltrato. Las fases que se plantean son:

- *Identificación o detección* de una posible situación de maltrato a través de los profesionales de los recursos comunitarios o de personas individuales (profesionales de los centros asistenciales, educativos o de rehabilitación). Clasificando los tipos de familia en función de la gravedad e intensidad del maltrato que infligen a su hijo con minusvalía, se distingue: a) Aquellos casos en los que el maltrato guarda una fuerte relación con situación de crisis de la familia que genera la misma minusvalía, lo que aconseja acudir a los recursos de respiro, movilizar recursos de apoyo social intrafamiliares, incorporar a las familias en grupos de autoayuda y en programas de apoyo emocional, enseñar a los padres técnicas de afrontamiento del estrés, etc. b) Situaciones en las que existe cronicidad o un peligro inmediato para la integridad del niño, en las que se hace preciso la intervención de los servicios de Protección de Menores.

- *Notificación* a los Servicios de Protección Infantil: Esta debe contener la siguiente información: a) Información sobre la víctima (datos personales; tipo y grado de discapacidad; localización actual del niño y lugar donde ha ocurrido el incidente si son diferentes del domicilio habitual). b) Información sobre los padres, la familia y el perpetrador (nombre y edad de la persona que se alega como responsable del maltrato o abandono; composición de la familia; factores asociados al maltrato -alcoholismo, drogadicción, psicopatías, etc.-; explicaciones que dan los padres de lo sucedido. c) Información sobre el hecho que determina la notificación (descripción detallada del tipo y amplitud del maltrato, así como frecuencia de los hechos de los que se informa; información de otros sucesos anteriores. d) Información sobre el informante (datos personales, si desea que guarde el anonimato; relación existente entre el informante y el niño y/o su familia; fuente de información del informante (testigo directo de los hechos, o a través de terceros, disposición a participar en el proceso de investigación y evaluación si fuera necesario).

- *Investigación* para constatar la existencia del maltrato y determinar actuaciones de urgencia en caso necesario. Esta fase tiene como fin determinar si la situación de la que ha informado es realmente un caso de maltrato y en caso afirmativo se debe determinar la gravedad del mismo y si

son necesarias medidas de emergencia para garantizar la seguridad del niño (entrevista a los padres, a cargo de los servicios de Protección Infantil, otros miembros de la familia, profesores y personal educativo, informes médicos, informes de Servicios Sociales de Base, y otros).

- *Evaluación* de las circunstancias familiares y personales del niño: En el caso que se confirme el maltrato es necesario continuar con la evaluación o diagnóstico con el fin de obtener la suficiente información que permita establecer una hipótesis explicativa del maltrato, determinar los servicios y recursos que requiere la familia y establecer un pronóstico. En esta fase, también se pueden proporcionar datos a los Servicios Protectores que ayuden a realizar el plan de intervención.

- *La planificación, la intervención y el seguimiento*: En los casos de maltrato infantil es casi impensable la planificación de las actuaciones sin contemplar la participación de otros profesionales de instituciones responsables de la prestación de diversos tipos de servicio. La forma habitual de colaboración es a través de las reuniones o comisiones en las que se estudian los diversos casos notificados y se planifican las actuaciones. Algunas responsabilidades de estos equipos interinstitucionales son: función reguladora para determinar si la respuesta protectora de los Servicios de Protección Infantil ante las notificaciones de maltrato es adecuada; función de asesoramiento de sensibilización y educación comunitarias; coordinación de recursos y actuaciones; evitar duplicaciones de servicios; aumentar la relación de servicios e instituciones implicadas; y, por último, planificación conjunta de las actuaciones sobre niños a familias multiproblemáticas.

Para finalizar esta exposición, voy a referirme muy brevemente, a las actuaciones que la Administración adopta en materia de malos tratos a la infancia. En este sentido, los Servicios Sociales municipales, por su cercanía a los ciudadanos y a las familias, tienen un papel muy relevante, tanto preventivo, como de detección e intervención. Cuando estas situaciones van unidas al desamparo del menor, es decir, cuando no se cumplen adecuadamente los deberes de protección por personas que tienen la guarda del menor, privando a éstos de la necesaria asistencia moral o material, interviene la Comunidad Autónoma asumiendo su tutela ("tutela administrativa automática"). En casos límites, la intervención policial o judicial tiene lugar cuando se incurre en la comisión de delitos.

Desde la Administración Central, el Ministerio de Asuntos Sociales interviene mediante la co-financiación de Programas experimentales de prevención de situaciones de riesgo y de tratamiento de familias en cuyo seno se producen malos tratos, a través de Convenios de colaboración suscritos con las Comunidades Autónomas. En el presente año, se han suscrito convenios con las Comunidades (Castilla y León; Canarias; Madrid; Andalucía; Galicia; La Rioja; Baleares y Cantabria).

Los Programas que se están llevando a cabo son seleccionados atendiendo a diversos criterios, según se trate de programas de prevención, o de atención y tratamiento. Los Programas son presentados por las

Comunidades Autónomas, quienes asumen la corresponsabilidad en la financiación en una cuantía no inferior al 50 por 100. Ambas Administraciones, Central y Autonómica participan en los trabajos de seguimiento y evaluación de los programas desarrollados.

También, desde el ámbito de la Administración Central, se puede considerar muy interesante la Campaña del Ministerio de Asuntos Sociales, "Escúchalos", y que perseguía, entre otros objetivos, la evitación de los malos tratos. A destacar, asimismo, las diversas Campañas específicas de prevención, promovidas por distintas Comunidades Autónomas (Andalucía, Cataluña, Madrid y País Vasco).

Finalmente, es de destacar que los tres últimos años ha habido en España una importante oferta de actividades formativas dirigidas a profesionales que trabajan con niños, a fin de potenciar habilidades para la prevención, detección y adecuada atención en situaciones de maltrato infantil, sin olvidar, por supuesto, la importantísima labor de las asociaciones profesionales y ONGs, organizando Jornadas regionales o estatales.

CONSIDERACIONES FINALES

Siguiendo la argumentación de los profesores, Gracia Fuster y Musitu Ochoa, es necesario considerar en toda su importancia, la relación entre el fenómeno de los malos tratos en la infancia en el contexto de los valores y normas culturales. Desde esta sugestiva afirmación, se afirma que la familia no debe ser contemplada como una unidad independiente de otras organizaciones en la sociedad. Por el contrario, desde esta perspectiva, la familia queda conceptualizada como un sistema social inmerso en una comunidad y cultura determinadas. De acuerdo con este planteamiento, el maltrato infantil se encuentra estrechamente relacionado con un conjunto de valores, actitudes y creencias hacia la infancia, la familia y la paternidad que caracterizan a la sociedad moderna.

Un avance significativo en la protección del menor y en la reducción y gradual eliminación del maltrato infantil como un fenómeno social y cultural dicen los citados profesores- requiere de un cambio progresivo en las actitudes, valores y creencias hacia la infancia, la familia y acerca de lo que significa ser padre, así como nuevos modelos culturales que promuevan formas alternativas, no violentas, de educación y de solución de conflictos. Se trataría de llevar a la práctica -continúan diciendo- el reto que James Garbarino ha resumido de la siguiente manera:

"Lograr que el cuidado de los niños se convierta en una cuestión social y ser padre en un acto social".

BIBLIOGRAFIA

- VERDUGO ALONSO, Miguel Angel, (1992). "Abuso y abandono en la población infanto juvenil con minusvalía". Investigación subvencionada por el Instituto Nacional de Servicios Sociales, en convenio de colaboración con la Universidad de Salamanca.

- GRACIA FUSTER, Enrique, y MUSITU OCHOA, Gonzalo (1992). "El maltrato infantil". Un análisis ecológico de los factores de riesgo. Ministerio de Asuntos Sociales. Serie "Estudios".

- DE PAUL OCHOTORENA, Joaquín (1988). "Maltrato y abandono infantil. Identificación de factores de riesgo". Departamento de Trabajo y Seguridad Social del País Vasco. Universidad del País Vasco y Dirección General de Protección Jurídica del Menor. Ministerio de Justicia. (Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco).

- Unión de Asociaciones Familiares (U.N.A.F.) (1991). "La violencia en las familias. Origen, causas, consecuencias y recursos para erradicarla". Varios autores.

- BONGRAIN, Marcelle (1987). "La loi au secours de l'enfant maltraite?". Fondation pour l'enfance.

- DUBE, Robert y ST-JULES, Marjolaine (1987). "Protection de l'enfance. Réalité de l'intervention". Publicado por la Fondation des enfants maltraités du Québec inc.

- OSORIO Y NIETO, Casar Augusto (1981). "El niño maltratado". Editorial Trillas. México.

ANEXO

HIPOTESIS SOBRE LAS QUE PUEDE VERSAR UNA INVESTIGACION SOBRE MALOS TRATOS EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1.—Los niños con discapacidad constituyen un colectivo especialmente vulnerable al maltrato. La prevalencia de malos tratos en población discapacitada es superior a la encontrada en la población sin discapacidad.

2.—En los niños con discapacidad existe una mayor proclividad hacia el abandono como forma de maltrato, a causa del incremento de las demandas de cuidado y necesidades médicas.

3.—Los varones tienden a ser maltratados con mayor frecuencia que las niñas.

4.—El maltrato infligido a niños con discapacidad no desciende a medida que éstos se hacen mayores.

5.—Los niños que presentan mayor grado de afectación son los más propensos a ser víctimas de malos tratos.

6.—Los niños discapacitados que padecen maltratos, especialmente aquellos con múltiples hándicaps, presentan un mayor número de problemas graves de conducta.

7.—Existe una relación clara entre status socio-económico y maltrato infantil, de modo que a mayor privación material, mayor gravedad del maltrato. Las familias maltratadoras se encuadran en los grupos de clase social más baja y poseen un nivel de estudios igualmente bajo.

8.—En las familias maltratadoras de niños con discapacidad hay mayor número de casos de desempleo que en las familias no maltratadoras.

9.—Las familias maltratadoras de niños con minusvalía, presentan un

3.- METODO.

El Censo se ha desarrollado mediante una Hoja de recogida de datos, que se envió a todos los Centros, donde se pedían los siguientes datos:

- Datos personales del menor.
- Fecha de ingreso en el Centro.
- Certificado de Minusvalía.
- Diagnóstico de la deficiencia.
- Centro Escolar u Ocupacional.

Posteriormente se seleccionaron cinco casos significativos por su nivel de deficiencias y por sus dificultades iniciales de adaptación al Centro. Se realizó una entrevista persona con los educadores y responsables del menor, con preguntas abiertas sobre la situación de los menores.

4.- RESULTADOS.

4.1. Censo de menores.

El número total de menores deficientes en Centros es de 127, presentando 118 deficiencias psíquicas, 6 físicas y 3 sensoriales.

En porcentajes, las deficiencias psíquicas representan el 93%, las físicas el 4,7%, y las sensoriales 2,3%.

Dentro de las deficiencias psíquicas presentan retraso mental ligero el 65,2% de los menores y retraso mental moderado el 18,6%. Existe un elevado número de menores que presentan una capacidad intelectual límite, que en la actualidad no son considerados deficientes.

Los menores diagnósticos de retraso mental ligero son 77 en total, presentando en alguno de los casos trastornos asociados:

- Trastornos generalizados del desarrollo (6 menores)
- Trastornos específicos del desarrollo (4)
- Otros trastornos del desarrollo (4)
- Síntomas orgánicos (3)
- Crisis Epilépticas (1)
- Sordera (1)

Los menores diagnósticos de Retraso Mental moderado, 22 casos en total, presentan asimismo trastornos asociados:

- Síntomas orgánicos (4 menores)
- Trastornos generales del desarrollo (2)
- Trastornos específicos del desarrollo (1)
- Otros trastornos del desarrollo (1)
- Retraso psicomotor (1)

De los restantes casos no hay un diagnóstico definido del nivel de retraso mental, tan sólo se aportan datos sobre la sintomatología presentada y del Centro donde acuden.

Los menores que presentan deficiencias físicas son 6 en total, diagnosticados de:

- Secuelas de Poliomielitis (2 menores)
- Parálisis cerebral, sin afectación de la capacidad intelectual (2)
- Neurofibromatosis (2)

Los menores deficientes sensoriales son 3 que presentan Hipoacusia Bilateral Congénita.

Según el tipo de centro donde acuden los menores tenemos los siguientes datos:

- 42 menores acuden a centros con integración escolar, 41 a aulas de integración en centros públicos, 1 a un aula de integración en centro concertado.

- 44 acuden a centros de educación especial, 22 a centros públicos, 11 a centros concertados y 11 a centros privados.

- 1 menor acude a un centro público sin integración escolar
- 8 acuden a talleres ocupacionales
- 7 a talleres prelaborales
- 7 a escuelas infantiles con integración escolar
- 2 son tratados en rehabilitación (hospital)
- 6 reciben estimulación temprana en el propio centro residencial
- 1 se encuentran en proceso de adjudicación de centro

Según la edad de los menores el mayor número de casos se concentran en el periodo entre 14 y 16 años.

Según el sexo están distribuidos al 50%

Según el tipo de centro 97 menores se encuentran en residencia y 30 en piso-hogares.

4.2. Estudios de casos.

Los casos de menores deficientes seleccionados por sus características especiales presentan un retraso mental moderado con trastornos asociados (trastornos a nivel motórico, falta de estimulación sociocultural, trastornos de tipo autista) y dificultades de adaptación al centro.

El estudio de estos casos se inició con una entrevista desarrollada en el propio centro con los educadores y responsables del menor. En dos de los casos se pudo mantener una breve entrevista con el propio niño.

Las preguntas se centraron sobre los siguientes temas:

- Evolución del menor en relación con las habilidades sociales, aprendizajes escolares, características de su deficiencia, aspectos médicos desde su ingreso en el centro.

- Relaciones con los demás menores del centro.
- Relaciones con los educadores, coordinadores y con los adultos en general.
- Valoración sobre si es un centro adecuado según las características del menor.
- Dificultades observadas en la integración a nivel de recursos humanos, económicos, infraestructura, transporte, ocio y tiempo libre, cuidados médicos, escolarización y cualificación profesional de los educadores.

Del estudio de la información aportada en las entrevistas se pueden extraer los siguientes datos:

- En todos los casos se presentaron por parte del centro reticencias para el ingreso del menor planteando falta de recursos. Pasado un período de adaptación los menores consiguieron un buen nivel de integración, teniendo en cuenta siempre las características propias de su deficiencia.

- Son aceptados por el resto de los menores de los centros, despertando en ocasiones reacciones de celos por el trato especial que se les da debido a su deficiencia. Tienden a relacionarse con niños/as de menor edad que ellos, con sus pares de edad no suelen mantener relaciones a no ser que estos presenten también algún tipo de deficiencia, en general tienden a permanecer mucho tiempo en solitario autoexcluyéndose de las relaciones sociales.

- Tienden a mantener relaciones muy estrechas con los adultos, buscando el contacto con ellos, cosa ésta que no ocurre en relación con los demás menores. Esta búsqueda puede estar reforzada por la mayor atención que suelen recibir del adulto.

- En todos los casos se considera que resulta más beneficioso para el menor el encontrarse en este tipo de centros que en los específicos para deficientes. Se insiste en que resulta más beneficioso siempre que se trate de menores de estas características, ya que si el nivel de Retraso Mental es severo o profundo y presentan trastornos orgánicos un centro específico sería más adecuado. Asimismo se considera que un hogar funcional con un número reducido de plazas, que pueda ofrecer una atención más individualizada a un grupo más estable que un Centro residencial sería más adecuado para estos menores.

- En general se plantea la necesidad de conseguir un ratio menor de niños por educador. Actualmente los niños con deficiencias suponen la ocupación de dos plazas. El tema de la cualificación profesional de los educadores se puede suplir estableciendo un buen nivel de coordinación con el centro escolar donde acude el menor. Se ha podido observar que en ciertos casos la relación entre el educador y el niño está medida por aspectos vocacionales y por las reacciones afectivas que pueden provocar estos menores.

- En alguno de los casos el centro contaba con barreras arquitectónicas y que con pequeñas reformas se han adaptado.

- En general estos menores precisan un mayor nivel de atención médica.

- A nivel de ocio y tiempo libre a veces surgen dificultades por la necesidad de recursos especializados, con lo que esto conlleva de dificultades por parte del personal del centro y de los medios de transporte.

- El tema de la escolarización no presenta dificultades.

CONCLUSIONES.

La alternativa convivencial adecuada para menores con un retraso mental ligero o moderado, que están tutelados o en guarda, puede ser una residencia u hogar de menores, siempre que este tipo de retrasos no presente trastornos asociados que necesiten una atención continuada y específica.

Los menores que presentan algún tipo de deficiencia suponen un 6% de la población total de los menores, en situación de tutela o guarda que se encuentran en residencias y hogares dependientes del IMAIN. En la población general, el porcentaje de deficiencias se sitúa alrededor del 1%, esta diferencia puede suponer que los menores con algún tipo de deficiencias se encuentran implicados con mayor frecuencia en situaciones de desamparo, que motiven la adopción de medidas de tutela o guarda.

Presumiblemente existe un alto porcentaje de menores con deficiencias que son debidas al ambiente de privación socio-cultural donde se han desarrollado, que implica ausencia de prevención de deficiencias tanto a nivel primario, como secundario o terciario, privación sensorial, desorganización familiar, ausencia de motivación para el aprendizaje, locus de control externo entre otros variables que influyen muy directamente en el desarrollo de la capacidad intelectual.

Las dificultades de atención a los menores deficientes en los centros son similares a las que se encuentra cualquier familia con un hijo deficiente, tanto a nivel de aceptación de la deficiencia como de las situaciones que se plantean durante el desarrollo del menor.

En relación con el tema de la integración de los menores deficientes se plantean una serie de dificultades cuando estos menores han cumplido la mayoría de edad y no han alcanzado la suficiente autonomía personal y social para incorporarse a la sociedad. Debido, principalmente, a una ausencia de recursos un alto porcentaje de estos menores, después de haber estado integrados se incorporan a recursos específicos para deficientes.

A.T. 5

SITUACIONES ESPECIALES DE MALTRATO INFANTIL

INTRODUCCION: MIGUEL MELENDRO ESTEFANIA

Se han establecido diversas clasificaciones de malos tratos a la infancia atendiendo tanto a las características personales de quien los provoca como al tipo de acción u omisión producida, a la estructura del grupo familiar o a la etapa evolutiva en que se encuentra el niño que los recibe.

Un aspecto diferenciador importante se refiere al tipo de intervención efectuada, y en concreto las actuaciones específicas que se llevan a cabo desde distintos espacios, como pueden ser el escolar, el jurídico, el de la salud, el de los servicios sociales...

Cada uno de estos espacios o ámbitos de intervención profesional lo son a la vez de relación para el niño y su familia, constituyendo microsistemas cuya influencia social puede ser mayor o menor dependiendo entre otros aspectos de su capacidad de apertura al entorno, del grado de colaboración del usuario o de la adecuación de sus programas de intervención.

Aún atendiendo al carácter específico de la interacción que en cada ámbito de intervención se establece, parece hoy ampliamente fundada la necesidad de comunicación no sólo entre los distintos profesionales que inciden en casos de maltrato infantil, sino también de éstos con otros medios en que se desenvuelve el niño: su familia, su grupo de amigos, sus compañeros de colegio, los adultos significativos con que se relaciona...

Partiendo de las peculiaridades de la intervención que aquí van a ser expuestas, en relación con distintas problemáticas y ámbitos en que se desarrollan, y que por sí mismas ya suponen un punto de referencia esencial para el debate, parece conveniente apuntar una serie de cuestiones sobre las que reflexionar desde lo que pueden considerarse e espacios comunes a toda actuación profesional.

Por una parte nos podemos preguntar cuáles son las características con las que se presenta la problemática del maltrato infantil en los diferentes contextos de intervención; qué tipos de maltrato son detectados y tratados con mayor frecuencia por unos servicios que por otros y por qué es esto así. Las posturas de los profesionales tenderán sin duda a ser diferentes frente a problemáticas diversas, como pueden ser las procedentes del consumo de drogas o las relacionadas con el absentismo escolar.

En otro orden de prioridades, parece importante contar con el punto de vista de quien se convierte en sujeto de intervención: ¿cuál es la posición



en que se sitúan el niño y su familia ante la intervención de los distintos profesionales?; ¿cómo perciben esa intervención y cómo se responde a sus reacciones, especialmente cuando provocan el rechazo o se alejan de quien tiene el encargo social de apoyarles?

El mayor o menor contacto con el entorno es otro de los elementos que puede definir la estructura y funcionamiento de los servicios de atención a la infancia. ¿Hasta qué punto es posible ofrecer una respuesta adecuada desde un centro escolar aislado del barrio donde se ubica o desde un centro de salud mental que sólo responde a la demanda explícita del "paciente"?

Finalmente, nos parece importante reflexionar acerca del trabajo interdisciplinar e interinstitucional, y de los distintos niveles en que se presenta en cada uno de los ámbitos de actuación tratados. ¿Quién de nosotros no se ha preguntado hasta qué punto los planteamientos individualistas y corporativos pueden determinar la relación con el niño maltratado y su entorno y la mejora o el agravamiento de su problemática? En ocasiones las dificultades de coordinación pueden conllevar el abandono del caso; no son tampoco infrecuentes los casos en que esas dificultades implican una intervención múltiple y variopinta que lesiona gravemente las posibilidades de recuperación familiar y de interrupción del maltrato.

No pretendemos con ello omitir los importantes esfuerzos realizados por unificar criterios a la hora de tratar una problemática tan compleja como la del maltrato infantil. Aun cuando las situaciones que se nos presentan requieren recursos específicos para poder afrontarlas con éxito, conviene no olvidar que esas situaciones son en la mayoría de los casos multiproblemáticas, y que precisan por tanto de la unión de nuestros conocimientos y de nuestro quehacer diario para responder a las verdaderas necesidades de quienes las sufren.

ABORDAJE EDUCATIVO EN NIÑOS/AS EN SITUACIONES DE RIESGO

BLANCA VARONA SANCHEZ

INTRODUCCION

El maltrato y abandono infantil es en la actualidad un tema de gran relevancia y sobre el que la sociedad y los poderes públicos comienzan a demostrar un alto interés.

En nuestro país nos encontramos en este momento en la fase de reconocimiento público de la existencia del problema y de los primeros intentos del abordaje del mismo. En los últimos años es evidente que en los medios de comunicación se empieza a hablar del tema -aunque no exento de un sesgo sensacionalista- y en muchos de los Servicios Sociales de los diferentes organismos públicos existe un creciente interés en abordarlo.

Es un asunto de evidente relevancia por todas sus implicaciones psicológicas, familiares y sociales. Las condiciones extremas a las que se puede llegar (mortalidad), el nivel de sufrimiento al que se encuentran sometidos diariamente un buen número de niños y las repercusiones en su salud física y emocional, hacen que este tema deba ser considerado como un problema de primer orden en nuestra sociedad.

Comprender en profundidad el maltrato infantil, indagando sus causas, factores de riesgo, conociendo los tipos de maltrato y abordaje, investigando la situación real de los distintos ámbitos donde se producen, nos permitirá elaborar mejores estrategias de actuación tanto de cara a la prevención como detección y tratamiento.

El niño, como persona, tiene unos derechos reconocidos por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1959 y ampliamente desarrollados en la Convención de los Derechos del Niño de 1989.

El niño, como alumno, es también sujeto de derechos y deberes recogidos por la LOGSE y regulados por el Real Decreto 1543/88.

La comunidad educativa se crea entorno al niño para asegurar sus derechos y su protección. Y aunque los padres son los primeros responsables de cuidar que se tengan en cuenta los derechos de los niños, la Escuela está obligada a informar de cualquier situación de desamparo que se observe en la atención de sus alumnos. (Artº 9 del Real Decreto)

EDUCACION Y MALTRATO

Si educar es preparar al niño o niña para la vida y la escuela tiene como misión la educación integral de sus alumnos, no cabe ninguna duda

de que la Institución Escolar, por la que pasan todos los niños o niñas desde sus primeros años, tiene un papel fundamental a la hora de prevenir y detectar situaciones anómalas que son reflejo de profundos problemas familiares y sociales.

La Escuela, como lugar de socialización, se convierte en un Observatorio Privilegiado de la vida de los niños y de las niñas capaz de detectar aquellas situaciones que lejos de favorecer el crecimiento emocional de los niños o niñas les pone en situaciones que deterioran su persona y frente a los que pueden adoptar conductas propias de la marginación social.

Es frecuente que los niños o niñas en dificultades no hablen de su situación: están sobrepasados por ella, están confundidos, creen que es normal o que son merecedores de ello, tienen miedo.

Pero hay hechos que hablan por ellos: señales repetidas de que algo va muy mal. Ninguna de ellas tiene valor sino es en relación con el conjunto de la situación: familiar, educativa, etc.

El profesor/educador está cualificado y tiene la sensibilidad suficiente para entender esas señales que hablan de las dificultades y problemas que pueden tener sus alumnos.

A través de la vida escolar se pueden apreciar situaciones que claramente indican que algo no va bien en la vida de ese niño o niña.

Es importante detectar a tiempo una situación de riesgo, ayudar a restablecer el equilibrio roto mediante las actuaciones adecuadas antes de que sea tarde, o evitar que un niño o niña sufra durante un periodo de tiempo y que ello le produzca un daño físico o emocional irreparable.

DETECCION

Detectar situaciones de desamparo es un deber de la sociedad en su conjunto y especialmente de las Instituciones y profesionales que, como la Escuela, han recibido el encargo de ocuparse de todos los niños y niñas.

Es pues una responsabilidad que los profesores/educadores, como profesionales, tienen frente a sus alumnos que, por sí mismos, no pueden salir de esa situación.

El objetivo de la detección es el de conocer, cuanto antes, malos tratos, discriminación, explotación,... y otras situaciones anómalas en la que viven algunos niños o niñas para posibilitar la intervención de que se produzca un deterioro mayor de la situación en la que se encuentren.

Para que la Escuela pueda desarrollar esta tarea de detección necesita contar con:

- 1.- Una **información** clara sobre los problemas de la infancia.
- 2.- Un **conocimiento** acerca de los factores o indicadores de riesgo que puede observar en sus alumnos.
- 3.- Una **orientación** sobre los recursos sociales con los que colaborar para que se realice una intervención rápida y eficaz sobre las causas de producen el **desamparo** en el niño o niña.

El profesor/educador no tiene que buscar la información, la tiene porque:

Observa al niño o niña en todo su contexto:

- Juegos
- Aspecto
- Rostro
- Actitud
- Trabajo
- Conducta...

Escucha lo que el niño o niña le transmite cuando se expresa:

- Cuentos
- Risas
- Silencios
- Fantasías...

Reconoce indicadores de riesgo que hablan por los niños o niñas:

- Mal aspecto físico
- Ropa inadecuada
- Problemas de relación
- Asistencia irregular
- Señales de abuso físico...

Si alguno de estos indicadores aparecen en el niño o niña y, más aún, si concurren varios de ellos, es necesario ser cauto y sensato, pero también decidido: todos los padres cometen errores, pero si estos son evidentes, graves, habituales es necesaria una intervención sobre la situación del niño o niña.

Si la realidad en la que vive el niño o niña compromete su normal desarrollo, le niega la oportunidad de crecer... entonces el profesor/educador debe transmitir:

¿Qué? La información que a través de observaciones en el trabajo tiene de la situación de este niño o niña.

¿Cómo? A través de un instrumento de detección (informe, cuestionario).

¿A quien? A los servicios especializados que tienen la capacidad para intervenir sobre las causas que originan los problemas en el niño o niña y su familia.

ACTUACION

Es aconsejable intervenir, en el bien del niño o niña, sin sacar a éste de su hogar.

Para hacer posible esta intervención es necesario establecer una coordinación eficaz entre todos los Servicios de Atención a la Infancia que existan en cada una de las zonas, con la certeza de que el trabajo en el medio natural de los niños o niñas asegura una intervención rápida sobre las causas que producen los desajustes sin añadir conflictos nuevos.

Si la Escuela debe dar la voz de alarma cuando se observa que algo no va bien en la vida de algún niño o niña, es necesario que se ACTUE sobre las causas que producen esa situación.

Dentro del marco de la interdisciplinariedad; estas actuaciones corresponden a los servicios especializados.

No obstante desde la Escuela se pueden abordar:

Tratamientos: todos aquellos que tienen relación con el aprendizaje escolar (apoyo, logopedia) y los que tienen que ver con las relaciones en grupos (habilidades sociales).

Servicios: de actividades extraescolares que faciliten la no estancia prolongada de los niños en la calle después de las clases porque no tienen o no saben a dónde ir.

Programas: sobre los Derechos del los Niños: la Igualdad, la Paz, de prevención de toxicomanías, del riesgo social...

Porque la Escuela ha de ser una institución compensadora de desigualdades y puede prevenir desajustes personales y sociales, siendo cada vez más SENSIBLE al entorno social, más FLEXIBLE en su funcionamiento educativo y más ABIERTA a nuevas soluciones.

La Escuela, como Institución debe recoger la información que cualquier profesor/educador del Centro tiene sobre los niños o niñas que se encuentren en situación de riesgo social. Los responsables de la Institución (Director, Consejo Escolar, Servicio de Inspección) deberán asumir, institucionalmente, las acciones que se deriven de la atención del niño.

PREVENCION

Si la Escuela conoce las repercusiones que tiene en el niño o niña una situación de sufrimiento prolongado,

si la Escuela sabe las dificultades que las situaciones marginales crean en el aprendizaje escolar,

si la Escuela está atenta a la vida de los niños o niñas desde sus primeros años PODRÁ realizar una programación anticipada para evitar el riesgo cuidando, especialmente, aquellos desajustes sobre los que tiene principal incidencia:

- Absentismo
- Fracaso escolar
- Racismo
- Sexismo

Y además podrá levantar la señal de peligro cuando las causas del sufrimiento del niño o niña son producidas por graves desajustes familiares.

Programas y actividades que, como propuesta de la Escuela o de cualquier Institución relacionada con ella, se podrá trabajar sobre estos temas:

- La paz
- La igualdad
- Prevención de drogas
- Los derechos de los niños

Ayudarán, tanto a los profesores como a los niños, a profundizar sobre todos los aspectos de la convivencia que se pueden mejorar o favorecer.

Prevenir para evitar y detectar precozmente todas aquellas situaciones que puedan producir a los niños o niñas cualquier sufrimiento es una de las tareas más importantes que la Escuela, como Institución Educativa, tiene respecto a los más pequeños.

RELACION CON OTROS SECTORES

Es importante que la Escuela se relacione con otros sectores que atienden a la Infancia en su entorno

¿Con quién?

*Con todos los sectores que atienden a la infancia:

- Servicios sociales
- Salud
- Salud mental
- Equipos psicopedagógicos
- Policía

¿Para qué?

*Para conocer y dar a conocer los diferentes Programas y acciones de trabajo en torno a la Protección de la Infancia que cada una de las Instituciones está desarrollando,

*Para poder planificar actuaciones coordinadas en torno a la prevención, detección de niños de alto riesgo.

¿Cómo hacerlo?

*Estableciendo acciones coordinadas con los sectores de atención a la infancia,

*Facilitando la información que, sobre el niño o niña que se encuentran en situaciones de riesgo, tiene la escuela al sector que puede ayudarle.

Los profesores/educadores que conocen la importancia del trabajo multiprofesional y saben que algunos de los problemas que tienen niños o niñas no se pueden resolver en la escuela, son conscientes de que es

imprescindible dirigirse a los equipos de atención especializada para resolverlos.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Desde el curso escolar 88/89 viene desarrollándose un Programa para la Prevención y Detección de Niños en situación de Riesgo Social a través de la Escuela, dentro del marco de cooperación la Comunidad de Madrid y el Ministerio de Educación y Ciencia.

Las fases que se realizan para la implantación de dicho Programa son:

Iniciación: Es el momento de informar en las zonas de implantación de los objetivos del Programa. La creación de Comisiones interdisciplinares y la realización de Proyectos de Trabajo conjunto.

Desarrollo: En esta fase se informa al profesorado y se pide su colaboración, facilitándose la Guía para la Escuela para su información y los cuestionarios E-10 para la detección.

La Comisión establecida al efecto en la fase anterior, valora los diferentes Programas para priorizar la atención de los casos que van surgiendo desde la Escuela.

Seguimiento: Verificación de las actuaciones planificadas y organización en su caso de otras nuevas que se crean necesarias. Atención a nuevos casos que van surgiendo.

Generalización: Paulatinamente la zona asume el Programa, siendo las intervenciones cada vez menores. Se mantiene la corrección de cuestionarios y la atención a todas las demandas que vayan surgiendo de la zona en torno a la escolarización, profundización del programa, etc. En esta fase se emprende este año por el Equipo, cursos relativos al maltrato y la importancia de la prevención del mismo en la Escuela.

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y MALTRATO EN LA INFANCIA

J. L. PEDREIRA MASSA

INTRODUCCION.

Es frecuente que en determinados casos de malos tratos a la infancia se constaten múltiples factores intercurrentes de diverso nivel: carencias múltiples que interactúan, procesos de enfermedad con o sin minusvalías físicas y/o sensoriales, deficiencias mentales, procesos psicopatológicos con actividad clínica tanto en figuras parentales como en los niños/as, posibilidad de intervención desde diferentes agencias sociales en el mismo o diferente territorio, etc.

En estas situaciones no es extraño que las dificultades de evaluación sean inmensas. Se precisa experiencias y múltiples profesionales de dispositivos diferentes con un elevado nivel de formación, pero con ganas y estímulos para confluir con otros profesionales de otras agencias y poder incorporar, cuanto menos articular, las diferentes perspectivas que conforman la complejidad.

Uno de los problemas claves se centra en poder dilucidar si en un tipo determinado de maltrato la tipología detectada es causa o consecuencia del proceso/trastorno/desorden que en el momento actual presenta ese niño/a determinado. P. e. el retraimiento/aislamiento del niño/a se debe al maltrato (efecto) o es un síntoma de una depresión infantil; o la madre/padre que maltrata al niño/a es por su nivel cultural escaso o porque presenta una descompensación de un proceso psicopatológico (p. e. una crisis psicótica) y el maltrato representa un síntoma/signo de esa descompensación.

De igual forma es relevante poder saber qué entendemos por infancia vulnerable y cómo se presenta y se detecta esa vulnerabilidad. Sobre todo porque suelen ser niños/as que usan con mucha frecuencia dispositivos asistenciales del sector sanitario.

La intervención, mejor dicho, el diseño de la intervención no debiera marginar estos contenidos porque tanto los objetivos como las prioridades del abordaje van a ser diferentes. P. e. una ayuda domiciliaria bien llevada y adecuadamente supervisada puede ser de una gran ayuda para el control de impulsos, el ordenamiento de la casa, etc. pero ¿cuándo y cómo introducirla en una figura materna con una psicosis maniaco depresiva que tiene muy comprometida su autoestima y podría representar la conformación de "no servir para nada" e incrementar la posibilidad de "descargar" con su hijo/a? o bien ¿cómo y cuándo introducir la ayuda domiciliaria cuando existen funcionamientos paranoides y persecutorios (sea con los hijos/as o con

los dispositivos asistenciales) sin que esa ayuda sea vivida como una intrusión/invasión/conformación del delirio persecutorio?

En muchos casos, en casi todos diría yo, la buena intención es claramente insuficiente y es preciso contemplar otras perspectivas e incluirlas y articularlas con el diseño de intervención.

LOS GRANDES TEMAS DE INTERACCION ENTRE SALUD MENTAL Y MALTRATO EN LA INFANCIA

1.- CONCEPTO Y LIMITES DE LA VULNERABILIDAD EN LA INFANCIA

2.- EXTENSION Y LIMITES DEL MALTRATO EMOCIONAL EN LA INFANCIA

3.- MALTRATO EN LA INFANCIA Y PSICOPATOLOGIA

La psicopatología (tanto en las figuras parentales como en los niños/as) en los casos de malos tratos a la infancia debe considerarse: ¿CAUSA O EFECTO?

TEMAS QUE PLANTEA EL CONCEPTO DE NIÑO/A VULNERABLE.

1º. Cuestiones relativas a la ubicación de la vulnerabilidad: ¿en la raíz de la vulnerabilidad se encuentran las características individuales del niño/a o las del entorno?

2º. Cuestiones relativas al carácter de la vulnerabilidad: ¿La vulnerabilidad es una dimensión (p. e. un lugar dentro de un espectro de continuidad) o es una categoría (p. e. cualidad discontinua, tanto presente como ausente en un determinado niño/a)?

3º. Cuestiones relativas al concepto de vulnerabilidad en relación con la resistencia:

¿La vulnerabilidad es simplemente lo opuesto a la resistencia o una característica totalmente diferente tanto en sus causas como en las formas de presentación?

NIÑOS/AS QUE FRECUENTAN DE FORMA DESPROPORCIONADA LOS SERVICIOS DE SALUD.

- 1.- Niños/as que presentan el síndrome del niño/a vulnerable
 - 1.1.- Con base en la ansiedad parental.
 - 1.2.- Con base en la ansiedad del niño/a
- 2.- Niños/as-padres con s. Munchausen por poderes.
- 3.- Niños/as con afecciones crónicas (asma, fibrosis, quísticas, artritis, reumatoide juvenil, SIDA, etc.)
- 4.- Niños/as "enfermizos".

FORMAS DE PRESENTACION CLINICA DEL NINO VULNERABLE.

- 1.- Serias/patológicas dificultades para los procesos de separación.
- 2.- Problemas de sueño.
- 3.- Dificultades de las figuras parentales para establecer los límites adecuados para su edad.
- 4.- Sobreprotección de las figuras parentales.
- 5.- Agresiones físicas del niño/a a las figuras parentales.
- 6.- El niño/a es descrito como hiperactivo/inquieto/nervioso.
- 7.- Dificultades para terminar las tareas escolares; dificultades de aprendizaje.
- 8.- Excesivos problemas de salud, no que origina una elevada frecuencia de los servicios de atención sanitaria.

VERDADERA VULNERABILIDAD

	ALTA	BAJA
PERCEPCION DE LAS FIGURAS PARENTALES DE LA VULNERABILIDAD	A ALTA	B (*) BAJA
	* Enfermedades crónicas * Niño/a "enfermizo"	* S. de niño/a vulnerable * S. Munchausen por poderes
	C (**) BAJA	D
	* Niño/a maltratado/a	* Niño/a normal

(*) Tipo I de error de la percepción parental

(**) Tipo II de error de la percepción parental

POSIBLES EXPLICACIONES SOBRE EL "NIÑO/A VULNERABLE" CON FACTORES DE RIESGO DE TIPO BIOLÓGICO.

- 1.- Presencia de factores de riesgo social de tipo relevante (p. e. bajo nivel socio-económico-cultural).
- 2.- "Las enfermedades originan enfermedades" por el mecanismo de reducir la resistencia a los agentes patógenos.
- 3.- Gran exposición a amenazas ambientales, incluyendo los factores de estrés psicosocial.
- 4.- Vulnerabilidad constitucional tipo genético a los factores de estrés u otras amenazas.

GRUPOS DE HIPOTESIS FORMULADAS Y NO DEMOSTRADA SOBRE LAS CAUSAS POSIBLES DEL SINDROME DEL "NIÑO/A VULNERABLE".

1º. El niño/a vulnerable está comprendido de forma amplia en los sujetos con conductas y respuestas fisiológicas exageradas ante el estrés.

2º Este tipo de respuestas exageradas dependen de la susceptibilidad del agente de la agresión por medio de los mediadores neuroendocrinos asociados con las respuestas al estrés, incluyendo el sistema opioide endógeno.

3º Las diferencias en la respuesta están codeterminadas tanto por factores genéticos como de factores derivados de la experiencia.

CARACTERISTICAS COMUNES ENTRE LAS RESISTENCIAS DEL NIÑO/A "INVULNERABLE".

1.- Temperamento de respuesta fácil y fuerte sentido de la competitividad (¿quién soy yo?).

2.- Familia coherentemente cohesionada (¿soy querido?).

3.- Adecuados soportes sociales en el contexto social (¿con quién puedo contar en un apuro?).

4.- Un equilibrio entre las propuestas realizadas y el destino a conseguir.

ESTRATEGIAS CLINICAS PARA EL MANEJO DEL NIÑO/A VULNERABLE.

1.- Historia clínica y examen físico meticolosos.

2.- conocimiento de la conexión entre amenazas del pasado y el proceso actual.

3.- Dirigir la ansiedad difusa parental; valorar la derivación a un servicio de salud mental.

4.- Animar a colocar de forma adecuada los límites con finalidad disciplinaria.

5.- Enmarcar una adecuada relación y comunicación entre el personal pediátrico y las figuras parentales; enseñar una interpretación apropiada de los diferentes síntomas y signos que se pudieran presentar.

ESTRATEGIAS CLINICAS PARA EL MANEJO DE LA SUSCEPTIBILIDAD AL ESTRES EN EL NIÑO/A VULNERABLE.

1.- Fortalecer la resistencia personal, desarrollo de habilidades y exponerse a riesgos controlados.

2.- Fomentar un fuerte desarrollo de rutinas y normas predecibles en la familia.

3.- Aportar y ofrecer soportes sociales (p. e. información, aportar confianza, asegurar un lugar donde poder hablar y ser escuchados en su interpretación y posible sufrimiento).

- 4.- Animar el desarrollo de la fantasía y del juego.
- 5.- Enseñar técnicas de relajación o similares.
- 6.- Aportar nuevas formas de relación interpersonal.
- 7.- Enlentecer el ritmo de los cambios estresantes.

ESTRATEGIAS CLINICAS PARA LA PREVENCION DEL NIÑO/A VULNERABLE.

1.- Evitar la hipérbole; aportar un adecuado nivel de información tanto en el diagnóstico como en el pronóstico.

2.- Evitar comentarios retrospectivos sobre la gravedad de procesos de enfermedades ya superadas.

3.- Seguimiento de las enfermedades graves, ofreciendo consejos de forma prospectiva acerca de las precauciones y peligros; aconsejar un retorno rápido a las actividades habituales.

4.- Asegurar a los padres que el niño/a será cuidado y evaluado con frecuencia.

5.- Estar alerta sobre la hiperutilización de la atención primaria.

6.- Tomar todo tipo de precauciones a la hora de interpretar la positividad de una prueba de screening.

FORMA DE PRESENTACION DEL MALTRATO EMOCIONAL EN LA INFANCIA.

I.- Forma de expresión.

II.- Forma acompañante.

MALTRATO EMOCIONAL EN LA INFANCIA.

Caracteres físicos.

* Trastorno lenguaje (y/o articulación).

* Retraso desarrollo físico.

* Detención desarrollo físico.

Caracteres conducta.

* Estereotipia.

* Succionar/morder.

* Trastorno conducta con tendencia destruir.

* Síntomas neuróticos: trs-sueño, inhibición del juego.

* Síntomas severos: fobias compulsiones, histeria, etc.

* Trastornos somatizados.

* Conducta externa: -acomodaticio - agresivo - pasivo - exigente.

* Hiperadaptación.

* Retraso maduración afectiva y emocional.

ABANDONO Y NEGLIGENCIA DE CUIDADOS DE LA INFANCIA.

Caracteres físicos.

- * Hambre.
- * Mala higiene.
- * Ropa mal cuidada.
- * Ausencia de vigilancia (accidentes repetidos, cambios cuidados).
- * Absentismo escolar.

Caracteres conducta.

- * Sustracciones repetidas.
- * Mendiga.
- * Cansancio
- * Dificultad de atención.
- * Hipersomnia
- * Dice que le faltan cuidados.

MALTRATO EMOCIONAL EN LA INFANCIA: TIPOS.

- 1.- Forma activa: burlas, desprecios, amenazas de abandono, bloqueo de iniciativas, etc.
- 2.- Anulación del sujeto infantil: sobreprotección, invasión del terreno infantil, inaccesibilidad afectiva, etc.

NEGLIGENCIA Y ABANDONO:

- * Cuidado físico.
- * Higiene.
- * Vestido.
- * Cuidados médico-sanitarios.
- * Baja protección.
- * Alimentación.
- * Absentismo escolar.

CARACTERISTICAS BASICAS PARA CONSIDERAR MALTRATO EMOCIONAL EN LA INFANCIA.

- * Intencionalidad de "dañar".
- * Persistencia en el tiempo.
- * Constancia en realización.
- * Forma dominante de relación con la infancia.

MITOS A DESTERRAR Y "ENGAÑOS" FRECUENTES.

- * No confundir causa con efecto en el maltrato emocional en la infancia.
- * No todas las alteraciones emocionales y/o conductuales de la infancia son causa/efecto de malos tratos
- * No confundir pobreza e incultura con malos tratos a la infancia.
- * Los factores de riesgo son datos a confirmar en cada caso y en cada contexto.
- * No confundir malos tratos a la infancia con síntomas de otras alteraciones mentales de las figuras parentales.

CARACTERISTICAS PSICO(PATO)LOGICAS DE LOS PADRES QUE MALTRATAN Y DE LOS HIJOS/AS MALTRATADOS**FIGURAS PARENTALES****HIJOS/AS****I. Dimensión conductual:**

- | | |
|--------------------------------------|--|
| * AGRESIVIDAD CRONICA | * TRASTORNO DE CONDUCTA (del negativismo a hiperactividad) |
| * AISLAMIENTO DE LA FAMILIA Y AMIGOS | * DIFICULTADES DE HACER/ MANTENER AMISTADES |
| * RIGIDOS Y AUTORITARIOS | * DOMINANTES E IMPULSIVOS |
| * IMPULSIVOS | * DIFICULTADES FAMILIARES |
| * DIFICULTADES MARITALES | |

II. Dimensión cognitivo-emocional

- | | |
|---|---|
| * INMADUREZ EMOCIONAL | * PREDOMINIO CONDUCTAS |
| * BAJA TOLERANCIA | * REGRESIVAS Y ACTING-OUT |
| FUSTRACION | * BAJA TOLERANCIA |
| * DIFICULTADES EXPRESAR | FRUSTRACION |
| ANGUSTIA DE FORMA | * DIFICULTADES EN |
| ADECUADA | RECONOCER / EXPRESAR |
| * ALEXITIMIA | EMOCIONES PROPIAS |
| * CAMBIO DE ROL (mirar al niño/a para satisfacción propias necesidades) | * DIFICULTADES RECONOCER EMOCIONES AJENAS |
| | * TRANSGRESION LIMITES |

III. Déficits en la auto-estima

- | | |
|--|---|
| * DIFICULTADES EMPATIA CON NIÑOS/AS | * RETRAIMIENTO/INHIBICION |
| * ELEVADAS EXPECTATIVAS EN RELACION A NIÑOS/AS | * PERFECCIONISMO Y EXIGENCIA |
| * NO RECONOCER | * DESVALORIZACIONES |
| NECESIDADES NI HABILIDADES EN NIÑOS/AS | * DIFICULTADES ESCOLARES |
| * EMPLEO REPRESION FISICA PARA DEFENDER SUS "DERECHOS" | * AFECCIONES CRONICAS (IRC, diabetes "enfemizo"...) |
| | * ESCASAS HABILIDADES SOCIALES Y/O RELACIONALES |

IV. Trastornos psicopatológicos significativos

- | | |
|------------------------------|---------------------------------------|
| * TRASTORNOS GRAVES | * AUTISMO Y PSICOSIS |
| PERSONALIDAD (p. e. límites) | * RETRASO MENTAL |
| * PSICOSIS ESQUIZOFRENICAS | * TDA Y CONDUCTUALES |
| * TRASTORNOS AFECTIVOS | * TRASTORNOS AFECTIVOS |
| * ABUSO DROGAS Y ALCOHOL | * TRASTORNOS VINCULARES |
| * RETRASOS MENTALES | * MINUSVALIAS FISICAS Y/O SENSORIALES |

FACTORES EMOCIONALES COMPENSADORES Y DESESTABILIZANTES EN CASOS DE MALTRATO A LA INFANCIA

ESTADIO I

DISMINUCION DE TOLERANCIA AL ESTRES CON DESHIBICION DE LA AGRESION

Factores desestabilizantes:

- * Escasa preparación de padres
- * Bajo control impulsos
- * Concurrencia de acontecimientos vitales estresantes

Factores compensadores:

- * Pareja como soporte
- * Estabilidad socio-económica
- * Exito en trabajo/escuela
- * Existencia de modelos y soportes sociales positivos

ESTADIO II

DEFICIENTE MANEJO DE SITUACIONES DE PROVOCACION Y EXISTENCIA DE CRISIS AGUDA

Factores desestabilizantes:

- * Respuesta emocional condicionada
- * Fuentes de angustia y agresión
- * Valoración deficiente/amenazas y pérdidas

Factores compensadores:

- * Mejoría conducta infantil
- * Existencia programas comunitarios para padres
- * Utilización adecuada de los recursos

ESTADIO III

LOS PATRONES HABITUALES DE RESPUESTA Y AGRESION SE REALIZAN CON LOS MIEMBROS FAMILIARES

Factores desestabilizantes:

- *Habitación de los niños/as a la represión física
- *Reforzamiento parental hacia el uso de técnicas de control estricto
- *Incremento de problemas de conducta en los niños/as

Factores compensadores:

- *Insatisfacción de padres con la respuesta a los castigos físicos
- *Respuesta positiva infantil a métodos coercitivos
- *Intervención moderada de los recursos comunitarios.

TIPOLOGIAS PARENTALES Y POSIBILIDADES DE INTERVENCION EN EL MALTRATO INFANTIL/

Características parentales	Hostil-agresivos Tipo 1	Rígido-compulsivo Tipo 2	Pasivo-dependiente Tipo 3
DINAMICA PRINCIPAL	* FRUSTRADOS * IMPULSIVOS * EXTROVERTIDO * ESCASA TOLERANCIA NIÑO/A * NEGLIGENTES	* ESCASAS EXPECTATIVAS AFECTIVA * POCA CALIDAD SOCIO-CULTURAL * BAJO NIVEL * POSIBLE R. M.	* INMADUROS * INTERCAMBIO ROLES * PROYECTAN PROBLEMAS EN NIÑO/A
DSM-III-R	PERSONALIDAD ANTISOCIAL	PERSONALIDAD COMPULSIVA	PERSONALIDAD DEPENDIENTE
CIE-10	* PERSONALIDAD AGRESIVA * PERSONALIDAD ANTISOCIAL	* PERSONALIDAD ANANCASTICA * PERSONALIDAD COMPULSIVA	PERSONALIDAD DEPENDIENTE
TIPO MALTRATO	INCONTROLABLE	CONTROLABLE	* SIN CONTROL * PRESENTACION AGUDA/SEVERA
PORCENTAJE ESTIMADO	28%	6%	38%
TRATAMIENTO PARENTAL	* MANEJO CONTROL IMPULSOS * RECANILIZAR HOSTILIDAD	* DISCIPLINA NO PUNITIVA * EXPECTATIVAS REALISTAS	* PSICOTERAPIA * AYUDA DOMICILIARIA * FACILITAR INTERCAMBIOS SOCIALES
PRONOSTICO	MODERADO	BUENO	SEVERO

II.- LOS PROCESOS DE SOCIALIZACION EN LAS SOCIEDADES ADICTAS.

2.1.- La socialización adolescente clave de la incorporación a la sociedad.

2.2.- Ciudadanos adictos de sociedades adictas.

*De la ebriedad cotidiana a la difusión de los valores.

2.3.- El hiperculturalismo o socializarse por la diversión.

*Entre los estilos de vida musicales y la versión adolescente de los bares de copas.

2.4.- Estar entre iguales.

*Una presión de conformidad adobada por el uso de sustancias.

2.5.- Culturas del trabajo: ¿Hacia el ocio o hacia el consumo?

*Vivir para trabajar. Endulzarse la vida. Buscarse la vida.

2.6.- Quedarse al margen y, además, usar drogas.

*De la disociabilidad al conflicto con el refuerzo de las etiquetas.

2.7.- Preguntas sin respuestas antes de querer regular, controlar y prevenir el uso de drogas entre los adolescentes y los jóvenes.

*Del ejemplo y la hipocresía adultas.

*De los límites de la prohibición.

*Del maltrato de la publicidad.

III.- LOS SISTEMAS DE ATENCION: UNA MEZCLA DE OLVIDO Y FRACASO.

1.- Los efectos perversos del desarrollo de los servicios especializados en la atención a la infancia y la adolescencia.

2.- Planes de infancia y problemas de drogas.

3.- Cuando la política de juventud ya no es integral.

4.- Adolescencia y chiringuitos de la administración.

5.- Contradicciones del proceso de recuperación cuando el "paciente" no tiene edad.

6.- Contradicciones de la dicotomía prevención-tratamiento.

A.T. 6

CAMBIOS SOCIALES Y MALTRATO INFANTIL

INTRODUCCION: JUAN ANTONIO BELMAR BUENO

Reflexionar en el marco de un Congreso Estatal sobre infancia maltratada acerca del tema del cambio social, es una labor muy pretenciosa, que puede terminar en meros tópicos, o en descripciones más o menos generales sobre los cambios producidos en nuestra sociedad, sin que se relacione con situaciones específicas del maltrato infantil.

Sin embargo, y desde una estructura de "grupo de trabajo", se pretende analizar los cambios sociales y el maltrato infantil, es decir, reflexionar en el ámbito del maltrato infantil sobre aquellos factores externos a la familia que influyen de manera determinante en la relación padres-hijos, llegando a conformar situaciones de riesgo para el menor. Quisiera insistir en el hecho de que se trata de una reflexión abierta a todos los asistentes, partiendo de las experiencias de unos ponentes, que intentarán dar elementos de análisis que nos ayuden a vislumbrar posibles respuestas a algunos de nuestros interrogantes.

Sujetándome a este planteamiento, quisiera aportar dos aspectos que, a mi entender, resultan interesantes y nos pueden ayudar a ir centrando el tema que nos ocupa.

En primer lugar, es necesario pararse a pensar sobre la trascendencia de este tema, no sólo, por cuanto supone una actitud vital de contemporaneidad y anticipación, ante la cada vez mayor transformación de nuestra sociedad, sino también porque se presentan nuevos indicadores de riesgo y maltrato infantil, sin que seamos capaces de entender, en muchos de los casos, sus causas y la forma de tratarlos, desde nuestra realidad profesional y desde nuestro contexto sociocultural.

Por ello, se precisa profundizar en las distintas realidades intrafamiliares, sin perder de vista las dimensiones culturales, políticas, económicas, sociales, etc. (extrafamiliares), y que han determinado, de forma considerable, una estructura y dinámica familiar distintas a las que venían viviendo las propias familias.

Así, por ejemplo, nos encontramos con familias de minorías étnicas (gitanos), con familias toxicómanas, o familias de inmigrantes económicos o de refugiados, que han modificado sustancialmente su comportamiento familiar, debido a unos cambios sociales, y en donde las estrategias de intervención profesional no responden a estas nuevas situaciones. Todos

estos cambios y sus consecuencias en las familias, se suelen interpretar de forma sesgada y ateniéndose a modelos antiguos. La intervención terapéutica con el menor y su familia, en estos casos, dista mucho de ser eficaz, incluso acaba siendo perjudicial, al no integrar en su diagnóstico y tratamiento estos factores externos determinantes del cambio intrafamiliar. Insisto en que puede llegar a ser perjudicial por lo que supone llevar a cabo una intervención profesional que no analiza, como han valorado y asumido cada uno de los miembros de la familia dichos factores externos y las consecuencias que les han ocasionado.

Para ir terminando, quisiera apuntar solamente y, sin entrar en detalles, en dos estrategias que todos tenemos presente, pero que sin embargo debemos seguir insistiendo sobre ellas.

Una, nos implica más individualmente ya que su realización se puede hacer desde cualquier ámbito (Entidades Públicas y Privadas, como profesionales o ciudadanos, etc.) consiste en sensibilizar a nuestra sociedad sobre la necesidad de garantizar la igualdad de derechos, pero con respuestas diferentes.

Otra, corresponde a los poderes públicos, sería la de garantizar la integración de la diferencia a través de redes normalizadas, y con apoyos específicos a las situaciones de mayor desprotección (minusválidos, refugiados, inmigrantes, sectores sociales más deprimidos, etc.) como uno de los objetivos de la política de bienestar para la infancia.

La reflexión aquí expuesta, me lleva a realizar en forma de epílogo, algunas respuestas:

- ¿Los cambios acaecidos en nuestra sociedad actual en qué medida están facilitando los derechos de la población infantil perteneciente a minorías étnicas (gitanos), inmigrantes y refugiados, o a familias toxicómanas?
- ¿Las respuestas que se dan desde las distintas entidades públicas o privadas, en qué medida favorecen la integración del menor y su familia?
- ¿Cómo viven e interiorizan estas familias la intervención de los profesionales?
- ¿Cuáles son las estrategias de abordaje y qué consecuencias tienen en estas familias, cuando, en algunos casos, el factor cultural de los padres, juega un papel de justificación del maltrato hacia sus hijos?

Al analizar esta dimensión, no sólo nos situamos en el mundo intrapsíquico de cada una de las personas, sino también, de sus posteriores actuaciones, que podrán estar o no, en disonancia con su pensamiento y, por lo tanto, posible origen de sus frustraciones personales. Frustraciones que se manifiestan en conflictos familiares, siendo los más débiles, es decir, los niños, quienes saldrán más perjudicados en la gran mayoría de los casos.

La reflexión hasta ahora descrita, puede entenderse como simplista o unicasal, nada más lejos de mi pretensión, por lo que no puede desligarse de otros factores como el de la personalidad, las características psicológicas de cada individuo, las relaciones sociales y de apoyo, etc. y, que constituyen un complejo entramado de factores que se superponen dando como

resultado un comportamiento específico en cada uno de los miembros de la familia.

Otro aspecto importante que quisiera apuntar, es el hecho de la marginación y discriminación social que viven estas familias, en donde los cambios sociales aumentan, aún más, dicha discriminación social. Esto queda patente en los tres tipos de familias ya mencionadas: gitanas, toxicómanas, y de inmigrantes y refugiados.

En este sentido, no podemos olvidar que la Convención de los Derechos de la Infancia, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989, tiene en cuenta la consideración de que cada niño es diferente, tiene su propia personalidad, y que existe una gran variedad de niños. La Convención se opone a cualquier discriminación que pueda perjudicar al niño. Discriminación que afecte a sus derechos a causa de su raza, color, sexo, lengua, religión, ideas políticas, u origen nacional o social, nacimiento, u otras cuestiones tales como minusvalías, considerándola dañosa e inadmisibles.

Sin embargo, el niño, está discriminado no sólo por sus características personales, sino también, por la de sus padres o tutores legales. Por ello, la Convención en su artículo 2º, obliga a los Estados firmantes de la Convención a respetar y asegurar los derechos recogidos en ella sin discriminación de ninguna clase, comprendiendo la raza, color, sexo, lengua, religión, ideas políticas y otras opiniones, nacionalidad, origen étnico o social, propiedad, deficiencias, nacimiento u otras situaciones de sus padres o tutores. No cabe duda, la importancia de este artículo, por cuanto supone una visión al mismo tiempo global y contextualizada a la realidad del niño, es decir de la propia familia. Desde esta reflexión, cualquier intervención hacia el menor, es una intervención hacia la familia, como, asimismo, cualquier integración del menor, debe ser también de la familia. De esta forma, podemos entender que difícil resulta garantizar los derechos de un menor, si no se garantizan los derechos de su propia familia, resultando esta tarea aún más complicada, cuando esta familia ha modificado su comprensión del mundo, sus expectativas, sus formas de relación, etc. por una serie de cambios ajenos a ella misma.

FAMILIA TOXICOMANA Y RIESGO DE MALTRATO INFANTIL

Nieves Herrero Yuste

Quisiera comenzar esta exposición haciendo una previa aclaración sobre el concepto de drogodependencia tal y como va a ser utilizado en el concepto de la ponencia.

Cuando utilizamos los conceptos de toxicomanía o de drogodependencia, estamos haciendo referencia a una serie de realidades que tienen en común la característica del consumo abusivo o de la dependencia de toda una serie de sustancia con capacidad adictiva, pero que engloban, sin ninguna duda, realidades en las que los aspectos diferenciadores son los más importantes.

Así, es indudable que existen claras diferencias entre un policonsumidor dependiente de la heroína como su droga principal y con una larga historia de deterioro personal, que mantiene su círculo social reducido a las personas a las personas con las que "trapichea" para su consumo; un joven vendedor de una firma comercial importante que esnifa cocaína; un padre de familia alcohólico, que se siente excluido de la dinámica familiar; un niño o adolescente perteneciente a un barrio marginal, que no llega a insertarse en el mundo escolar y participa, desde muy joven, del consumo y/o del tráfico familiar de drogas; un ama de casa que toma cada mañana su dosis de pastillas para empezar el día, etc..., por no hablar del acérrimo fumador de tabaco.

Todas estas situaciones que, insisto, tienen probablemente como único punto en común, la adicción o la dependencia de una sustancia tóxica, van a estar asociadas a características individuales y familiares muy variadas y complejas, las cuales van a exigir y a plantear necesidades de intervención adaptadas a cada circunstancia.

A fin de concretar y acotar un poco esta realidad tan amplia, voy a dar unas pinceladas sobre el perfil de los usuarios que acuden a los centros de atención a las drogodependencias de la red municipal de Madrid y, más concretamente, al C.A.D. de Vallecas, contexto en el cual situaré las reflexiones acerca del título de la ponencia.

Perfil de la población

Al C.A.D. sector III acuden personas con problemas de adicción a las drogas y pertenecientes a tres de los 21 distritos madrileños: Puente de Vallecas, Villa de Vallecas y Moratalaz.

Algunos de los rasgos que definen a esta población son los siguientes:



pero también, estas características serían algo que se constituye en relación con otros fenómenos como: la percepción social del drogodependiente, las normas sociales al respecto, el papel simbólico y cambiante que los consumidores de las diferentes sustancias van teniendo en la sociedad, etc.

No vamos a entrar aquí en el viejo debate sobre si son las características de personalidad del drogodependiente, previas a la situación de consumo, las que generan, como especial situación de riesgo, la drogodependencia de un joven, o es precisamente esta realidad la que altera profundamente esas variables de personalidad hasta transformar completamente al individuo. Ambos tipos de análisis son bastante reduccionistas y no tienen en cuenta toda la variedad de intervinientes.

Una vez hechas estas aclaraciones, y volviendo de nuevo a la población de referencia, que coincide bastante con otras poblaciones de drogodependientes que han acudido a otros centros de atención, paso a describir las características de personalidad o rasgos, que parecen repetirse lo suficiente en esta población como para ser tenidos en cuenta:

- Pobreza de recursos conductuales, que dificultan al joven para hacer frente a los distintos problemas que se les presentan sin el recurso de la droga.
- Bajo nivel de tolerancia a la frustración, dificultad para retrasar las satisfacciones y búsqueda de soluciones inmediatas.
- Dificultad para enfrentarse a los problemas y exigencias y para asumir sus propias responsabilidades; tendencia a la huida.
- Actitud pasiva y receptiva, de demanda continua.
- Escasa capacidad de reflexión, tendencia a la actuación, impulsividad.
- Fuerte dependencia de las figuras parentales, frente a las que se muestran ambivalentes, pasando de bruscas actitudes de reto y rebeldía a otras de total sumisión, sin ser capaces de tomar una distancia real.
- Rechazo de los valores socialmente establecidos.
- Ausencia de motivaciones, apatía, inconstancia.

La conjunción de estas características con el consumo abusivo y la dependencia de sustancias tóxicas conforman un círculo, que no siempre resulta fácil de romper y que, sin embargo, es necesario abordar más allá del logro de una abstinencia a las distintas drogas.

Los profesionales con amplia experiencia en el tema saben apreciar perfectamente la diferencia que existe entre un joven que haya logrado, a lo largo del tratamiento, cambios reales en algunas o en todas estas características, y otro que no haya hecho cambios a este nivel, por más que el tiempo de abstinencia, como tal, sea el mismo en ambos casos.

Se vuelve, por lo tanto, un objetivo importante en el tratamiento del drogodependiente, la modificación paulatina de las características mencionadas, lo cual va a suponer, además de una mayor seguridad en la línea de abstinencia conseguida, un cambio que afectará de forma positiva a otras

áreas de su vida y, entre ellas, de forma muy clara, a su capacidad de hacerse cargo del cuidado y educación de sus hijos.

Por otra parte, es necesario hacer mención, dentro de este apartado, a la relación existente entre drogodependencia y patología mental, ya que esta patología es una consecuencia de uso abusivo de sustancias tóxicas, ya sea por la coexistencia de ambos procesos sin que pueda determinar una relación de causa-efecto entre ambos.

En efecto, perturbaciones mentales tales como: estados confusionales, perturbaciones de la memoria, de la percepción, afectivos, con la depresión como síndrome más frecuente, suponen, junto con los aspectos arriba mencionados, nuevas situaciones de riesgo con el posible maltrato infantil.

La familia del drogodependiente

Son muchos los autores que se han interesado y han investigado sobre las características del grupo familiar, en el que se genera la situación de drogodependencia de alguno de sus miembros.

En la actualidad podríamos decir que prácticamente la totalidad de los abordajes terapéuticos de esta problemática tienen en cuenta o incluyen, de una u otra forma, al grupo familiar.

G. Bateson, Ackerman, Haley, Minuchin, Stierling, Cancrini, entre otros, han contribuido a cimentar un enfoque en el que la unidad de atención ya no es el individuo, sino la red de relaciones en la que está inmerso.

Tanto desde enfoques psicodinámicos como desde el punto de vista de la teoría de los sistemas, se ha avanzado de forma importante en el conocimiento de las características del grupo familiar del drogodependiente, sus sistemas de comunicación, los roles de los distintos miembros, el sistema jerárquico imperante, etc... También se ha avanzado en el conocimiento de estrategias de intervención dirigidas a promover los cambios necesarios, que contribuyan a disolver los vínculos patógenos o aquellas formas de relación que dificulten los procesos de despegue y diferenciación de los hijos.

Estas contribuciones, junto con la observación de la práctica diaria en la atención a las familias, fundamentalmente padres de drogodependientes, permiten enumerar a continuación algunas características, que son las que más comúnmente aparecen en estas familias:

- Figuras parentales con dificultades para manejar los límites, ausencia o confusión de los mismos.
- Actitud sobreprotectora hacia el hijo toxicómano por parte de uno o de los progenitores, que dificulta en éste la asunción de responsabilidades.
- Progenitor (generalmente el padre) ausente o distante, siendo ocupado este espacio por su pareja, la cual pasa a ocupar un lugar central en la familia, mientras que el primero queda relegado a un lugar claramente periférico. Son frecuentes las situaciones de alcoholismo en el padre y la sensación de fracaso de éste frente a la educación de los hijos, delegando en la madre estas funciones.

- Dificultades de comunicación en el grupo y, principalmente, entre la pareja de padres, frecuente problemática relacional entre los mismos.
- Falta de autonomía entre los subsistemas que componen la familia (conyugal, fraterno, parental). Es frecuente la intromisión del hijo en el sistema conyugal, coaligándose con uno de los progenitores frente al otro.
- Relación simbiótica del hijo toxicómano con una de las figuras parentales y consiguiente dificultad para mantener su autonomía.
- Valoración del hijo por referencia a otra persona en lugar de hacerlo por sí mismo.
- Rigidez en las estructuras familiares, que dificultan la emancipación del hijo adolescente.

A modo de resumen sobre la relación de las características familiares y la situación de la drogodependencia del hijo, veamos lo que escribe Ayestarán (1978) sobre el origen de la toxicomanía:

"... La familia favorece la aparición de una conducta toxicómana en la medida en que se obliga al niño o adolescente a mantenerse ligado a la familia, impidiendo de esta manera la construcción de una identidad personal basada en la experiencia de sus acciones, de sus éxitos y de sus fracasos. Dicha ligazón con la familia puede ser favorecida por la estructura del sistema familiar, por la imposición de una imagen y de una identidad ajenas a la realidad del niño o del adolescente y por la rigidez ideológica y de esquemas de conducta que dificultan la emancipación familiar del adolescente".

Efectivamente, la mayoría de las familias que acuden a los centros en busca de una solución a la drogodependencia del hijo, se sienten absolutamente desbordadas y esa circunstancia, que muchas veces es anterior al consumo del hijo (adolescentes problemáticos, fracaso y absentismo escolar, hiperactividad, etc.), hace absolutamente necesaria la intervención directa con los mismos, ya que, de lo contrario esta situación familiar viene a constituir una dificultad añadida al proceso de recuperación.

Pues bien, es muchas veces en estas circunstancias, en las que la familia del drogodependiente debe hacerse cargo de los hijos del toxicómano, de forma temporal o definitiva y, fundamentalmente, en los casos en los que los dos miembros de la pareja son consumidores.

Si bien es cierto que, en la mayoría de los casos, esta "solución" a la situación de los pequeños de convivencia con la familia extensa, es la más adecuada entre las distintas opciones, no por ello debemos olvidar que incluye también un riesgo para los mismos y va a ser necesario un apoyo y seguimiento por parte de los diferentes servicios de la comunidad.

Opinión de los técnicos especializados en el tratamiento de las drogodependencias

Para completar estas reflexiones acerca de la familia toxicómana y el riesgo de maltrato infantil, se ha recogido la opinión de un grupo de 14 téc-

nicos especializados en el tratamiento de las drogodependencias, pertenecientes a diversas profesiones: médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y un enfermero.

La información se ha recogido mediante entrevistas dirigidas con cada uno de los técnicos, en las que se requería su opinión sobre los siguientes aspectos:

1. Decisión de tener un hijo en la pareja con uno o los dos miembros toxicómanos.
2. Cambios que produce la llegada de un hijo para un padre o madre drogodependiente.
3. Actitud del drogodependiente ante las tareas de cuidado y educación de los hijos.
4. Tipo de relación que el drogodependiente mantiene con los hijos cuando no convive con ellos.
5. Mejor alternativa para la convivencia de los menores cuando uno de los padres es drogodependiente.
6. Mejor alternativa para la convivencia de los menores cuando los dos padres son drogodependientes.
7. Cambios producidos en el drogodependiente que está en tratamiento de cara a las relaciones con sus hijos y momento en que éstos se producen.
8. Actitudes más frecuentemente observadas en los hijos de drogodependientes con los que han mantenido algún contacto a lo largo del tratamiento de los padres.

Una vez recogida la información y los comentarios individuales a cada pregunta, se ha mantenido una reunión con el grupo, en la que, tras devolverles los resultados sobre cada uno de los puntos, se abrió un debate sobre los mismos, recogiendo nuevos comentarios al respecto.

Los resultados obtenidos son los siguientes:

- Punto 1: La totalidad del grupo está de acuerdo en que la decisión de tener un hijo en la pareja con uno o los dos miembros drogodependientes es, en general, algo que ocurre sin previa planificación de ninguno de los dos.

- Punto 2: Más de la mitad del grupo opina que, en general, la llegada de un hijo para un padre o madre drogodependiente no suele suponer, por sí misma, cambios en la capacidad del joven de cara a asumir responsabilidades.

Comentarios al tema:

Ante la llegada de un hijo...

- Los drogodependientes suelen verbalizar cambios de actitudes, los cuales no suelen materializarse en la conducta real.

- Fantasean con una mayor responsabilización no lograda en la práctica.
- Suelen realizar intentos fallidos hacia un cambio responsable.
- Antes de tener un hijo ya verbalizan este deseo.

• Punto 3: La mayor parte del grupo piensa que, ante las tareas de cuidado y educación de los hijos, en los casos en los que la pareja se mantiene, el drogodependiente suele inhibirse de toda responsabilidad, desinteresándose por las mismas.

Comentarios al tema:

Ante las tareas de cuidado y educación de los hijos...

- El drogodependiente en situación de consumo no suele colaborar, está apático y desinteresado como en otros temas. Cuando no consume, suele tener una actitud más positiva.
- En situaciones graves de consumo, puede incluso obstaculizar estas tareas.
- Incluso cuando la actitud es positiva suele ser más la expresión de un deseo que una participación y colaboración responsable.
- Verbalizan su deseo de participar en estas tareas aunque no suelen mantener una continuidad en las mismas.
- Suelen tomar el lado lúdico, juegan con los niños, etc..., pero no se responsabilizan.

• Punto 4: La mayor parte del grupo piensa que, cuando la pareja no se mantiene unida y los menores pasan al cuidado de la pareja del drogodependiente o de la familia extensa, el toxicómano mantiene un aliciente por mantener un contacto con los hijos y suele retomarlo, en la medida en que su mejora el tratamiento se lo permite.

Comentarios al tema:

- Si el drogodependiente está en tratamiento, suele mantener el contacto con los hijos; si está consumiendo no.
- Suelen manifestar un interés por mantener un contacto continuado con los hijos, pero esto no suele llevarse a efecto, o no con la continuidad deseada.
- El contacto con los hijos depende mucho de la relación que mantenga con su pareja.

• Punto 5: Casi al totalidad del grupo opina que, en general, cuando solo uno de los miembros de la pareja es drogodependiente, la convivencia de los menores con ambos padres será lo más conveniente, siempre que la pareja del toxicómano sea capaz de controlar la situación (obligando, por ejemplo, a su pareja a entrar en tratamiento) y manteniendo unos mínimos de seguridad para con los menores.

Comentarios al tema:

- La situación cambia radicalmente si el drogodependiente está consumiendo o está abstinente.
- Si el drogodependiente está controlado en un tratamiento es, en general, más conveniente la convivencia con ambos padres.

• Punto 6: Las opiniones están más dividida, si bien casi la mitad del grupo piensa que, en general, cuando los dos miembros de la pareja son drogodependientes, es conveniente la separación temporal de los mismos hasta que produzca una mínima mejoría de ambos.

Comentarios al tema:

- En situación de consumo de los padres es conveniente una separación de los mismos.
- La separación temporal de los padres, debe prolongarse, al menos, hasta que produzca una mínima mejoría de ambos.
- Esta es la situación más compleja. La opción más frecuente es que los hijos queden al cuidado de los abuelos.

• Punto 7: La mitad del grupo opina que, en el tratamiento de drogodependientes que tienen hijos menores, se observa una mejoría desde el momento en que se consigue una línea de abstinencia clara, a los dos o tres meses aproximadamente.

Comentarios al tema:

- Existe una mejoría ya desde la desintoxicación, aunque los cambios, en un primer momento, se den más en el deseo que en la manifestación de una conducta continuada.
 - La situación empieza a mejorar desde el principio y se va consolidando poco a poco.
 - En general, esta evolución no es lineal y puede haber baches, como los hay en otras áreas de la vida del sujeto.
- Un ejemplo son las crisis o fases depresivas, que suelen presentarse tras unos meses de abstinencia.

• Punto 8: La mayoría del grupo cree que la información que tienen los hijos acerca de la situación de drogodependencia de los padres es inadecuada y confusa, por no haberles sido transmitida por las personas adecuadas y en los momentos precisos.

Comentarios al tema:

- Aunque lo padres y la familia extensa no hayan proporcionado información a los hijos, estos suelen "saberlo todo" acerca de la drogodependencia de los padres.

- La información la obtienen los menores a partir de sus experiencias en la familia, de lo que han vivido.

• Punto 9: Las actitudes más frecuentemente observadas por los técnicos en los hijos de los drogodependientes son, por este orden, las siguientes:

- Excesiva responsabilidad ante el problema, hijos que asumen el papel de padres.
- Desconocimiento y/o negación del problema.
- Tristeza, depresión.
- Rechazo, hostilidad hacia los padres.
- Huida, evitación.

Además, se señala la existencia de problemas en los menores como:

- Hiperactividad.
- Niños excesivamente demandantes.
- Problemas escolares.
- Agresividad.

BIBLIOGRAFIA

- T. Szasz, R. Savitt y otros. "Psicología del drogadicto". Rodolfo Alonso editor. Buenos Aires, 1972.
- Libro Blanco de las Drogodependencias en Euskadi. 1987.
- Salvador Minuchin. "Familia y terapia familiar". Gedisa. Barcelona, 1979.
- Mauricio Andolfi. "Terapia familiar". Paidós. 1987.
- Jay Haley. "Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar". Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
- Helm Stierlin. "Psicoanálisis y terapia de familia". Icaria. 1979.
- D. W. Winnicott. "El proceso de maduración en el niño". Laia.
- Eduardo Kalina. "Adolescencia y drogadicción". Nueva visión. Buenos Aires, 1988.
- Guillermo Mattioli. "Psicoterapia del toxicómano". Fundamentos. Madrid, 1986.
- Enfoque relacional en toxicomanías. Revista "Comunidad y drogas". Monográfico.
- Maltrato y abandono infantil : Identificación de factores de riesgo. Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria Gazteiz, 1988.

LOS CAMBIOS SOCIALES EN LA ETNIA GITANA Y EL MALTRATO INFANTIL

JOSÉ MANUEL CASION MUÑOZ

Esta ponencia pretende analizar los aspectos más significativos que los cambios sociales más recientes han producido en las costumbres del pueblo gitano.

También revisará las consecuencias que tienen sobre los niños/as unos estilos propios de crianza, una concepción de la familia muy particular y una situación socioeconómica y cultural muy desfavorecida.

1. EL MUNDO GITANO

Como punto de partida conviene hacer un pequeño recordatorio sobre el pueblo gitano, que nos posibilite comprender la situación actual a través de sus orígenes y su historia.

Breve historia

Los antepasados de los gitanos pertenecían a otras civilizaciones, a otros pueblos, y han sido nómadas desde su salida del norte de la India alrededor del año mil, según indican algunos estudios basados en su idioma (Botey, F.).

Su llegada a España está confirmada a mitad del siglo XV, a través, parece ser, de una migración que se produce por los Pirineos y otra, por el sur a través del norte de África.

Desde 1499, con la Pragmática de Medina del Campo, los Reyes Católicos inician en España la persecución contra los gitanos, que ha perdurado cinco siglos.

Más recientemente, en la época franquista, la Ordenanza-Reglamento de la Guardia Civil de 1942 les encomendaba su vigilancia y represión.

Durante las últimas décadas han vivido en España segregados, sin que la sociedad paya los considerase un gran problema, limitándose a viajar de feria en feria y a pedir limosna.

Por una parte, el Orden público atacaba a los gitanos en su imagen de vagos y maleantes, por otra, la Iglesia Católica organizaba acciones asistenciales, específicas para la promoción social de los gitanos, impulsadas por el Vaticano, como una forma de compensar las masacres que los campos de concentración nazis habían cometido tanto con judíos como con gitanos.

En la década de los setenta, el asociacionismo gitano y la promulgación de la Constitución en 1978, donde se confieren igualdad de derechos

para todos los españoles, finalizan un proceso que culmina con el enunciado del artículo 14 de la Constitución: "Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social".

Sin embargo, lo que vemos diariamente en el mundo gitano no refleja esa igualdad entre los niveles de bienestar de la sociedad paya y la gitana.

Características

Los gitanos han sido durante cientos de años fieles a sus costumbres, a su clan, y esta actitud de preservar su estatus étnico ha facilitado su marginación.

Nómada durante siglos, la vida del gitano se ha limitado exclusivamente a su clan, a su familia, allí ha crecido y se ha educado. La solidaridad entre todos sus miembros es total, viven para el grupo, éste es el que les proporciona protección y por tanto seguridad; en el grupo se reparte y realiza el trabajo, se asegura el sustento.

El individuo nunca está solo, siempre inmerso en una gran red de relaciones con la familia compuesta por varias generaciones que no se oponen entre sí.

El hombre y la mujer tienen funciones muy diferenciadas. Él tiene la autoridad y el poder, la mujer asegura la subsistencia diaria y el cuidado de los numerosos hijos, ayudada por las mayores. Los "negocios" del varón facilitan las relaciones con otros clanes y las ganancias se emplearán para gastos extras (bodas, entierros, etc.).

Los niños/as aprenden los comportamientos de sus mayores y repitiendo las conductas de sus modelos aseguran la continuidad de las costumbres.

La educación está marcada por la libertad, flexibilidad y permisividad en horarios, instrucciones y normas. Se fomenta la autonomía, la iniciativa y la improvisación.

Con la educación que reciben es comprensible que el trabajo sea muy variado, temporal y nunca entendido como un fin en sí mismo, sino como una necesidad. Tradicionalmente, se han dedicado al comercio de ganado, al circo y al baile, recogida y venta de pieles, metales y papeles, venta ambulante, artesanía, trabajos agrícolas temporales, mendicidad, etc.

Siempre nos encontramos con ocupaciones que no necesitan un horario o un jefe, y que por tanto permitan ser libre e independiente y que puedan realizarse en los distintos lugares donde se van asentando.

El trabajo se organiza dentro del propio grupo familiar y los beneficios revertirán en el grupo. No existe interés por la acumulación de bienes, lo importante es saber gastar lo que se tiene, vivir el momento, trabajar para subsistir y no depender de nadie y menos del payo.

Ese aislamiento social y rechazo de todo lo que no sea gitano, junto con todas las demás características descritas, han sido durante generaciones la causa y, a la vez, el efecto del desconocimiento, rechazo y marginación del pueblo gitano.

Pero esta cultura propia no es totalmente impermeable y está continuamente condicionada o influenciada por la cultura paya y por el proceso económico y social del conjunto de la sociedad, que inexorablemente va originando cambios en su forma de vivir.

Cambios sociales, económicos y culturales

Vivimos actualmente en una sociedad occidental donde priman los valores económicos, la eficacia, la productividad, el consumo, donde todo es programable y se mide con índices e indicadores. La industrialización ha cambiado a la sociedad y ésta a los gitanos.

Algunos de los factores más importantes que han condicionado los cambios en esta minoría étnica han sido:

- La mecanización del campo, que termina con la compraventa de ganado (mulas, caballos y burros) y, por lo tanto, con una de las mejores fuentes de ingresos para las familias gitanas.
- La industrialización y la producción en cadena dificultan el vivir de la artesanía y las reparaciones.
- La emigración de la población rural a las grandes ciudades, que obliga a los gitanos a seguir a sus clientes y a sedentarizarse.
- Los medios de comunicación, la TV sobre todo, está introduciendo en cada casa y en cada chabola una cultura distinta, extraña, difícil de digerir.
- La obligatoriedad en la enseñanza, junto con una mayor exigencia en la preparación, y en conocimientos para defenderse en el mundo laboral, obliga a tener unos estudios mínimos y por tanto a la escolarización.
- Destruídas sus formas de vida habituales y conviviendo en los suburbios con las clases más retrasadas y pobres, inician actividades ilegales y el tráfico de drogas.
- Cuando la gran familia gitana compuesta de varias generaciones llega a las ciudades y empieza a vivir en pequeñas viviendas, se disgrega y no puede cumplir sus funciones tradicionales.
- La necesaria y permanente relación con sus vecinos, pertenecientes a otras etnias, facilita la comunicación y conocimiento de otra cultura, pero también supone la ocasión para el rechazo y el racismo.

Consecuencias de los cambios

Como resultado de estos cambios socioeconómicos y culturales, el pueblo gitano padece una situación de pobreza generalizada que le relega a la marginación y le excluye de los procesos de producción normalizados.

Esta situación de carencia se manifiesta en las condiciones y forma de vida siguientes:

- Zonas degradadas y suburbiales.
- Viviendas en ruina y prefabricadas, chabolas, cuevas. El 20% de las familias gitanas viven en chabolas (Cebrián A., 1992).

- Escasez de espacio, hacinamiento.
- Ausencia de servicios higiénicos y deficientes instalaciones de agua y luz.
- Deficiente atención sanitaria, vacunaciones incompletas.
- Alta mortalidad infantil. "En la década de los setenta la tasa de mortalidad infantil gitana era casi tres veces superior a la española de comienzos de siglo" (Cebrián, A., 1992).
- Alimentación deficiente, desnutrición.
- Ausencia de actividades preventivas para la promoción de la salud y la planificación familiar.
- Alta natalidad. "Para 1982 la media española de natalidad era del 13,4 por mil, mientras la gitana alcanzaba el 29 dos años antes" (Cebrián, A., 1992).
- Paro, economía sumergida, actividades delictivas.
- Toxicomanías y tráfico de drogas.
- Bajo índice de asociacionismo y participación ciudadana.
- Alto índice de analfabetismo. "Retraso en el nivel formativo de casi un siglo con referencia a las medias estimadas para el resto del país" (Cebrián, A., 1992).
- Desinterés por la escuela. Escolarización tardía y abandono precoz.
- Estructura escolar no adaptada al gitano.

Nos encontramos con un pueblo sumido en un subdesarrollo socioeconómico, que implica una discriminación y rechazo debidos a la situación de pobreza, más que a las características específicas de los gitanos.

2. MALOS TRATOS

La población infantil gitana está siendo maltratada con mucha mayor frecuencia que la media de la población paya. Sin embargo, hay que explicar y matizar esta afirmación. Primero porque no podríamos decir lo mismo si comparásemos con la población paya del mismo nivel socioeconómico y cultural. Y en segundo lugar porque estas aportaciones sobre el maltrato en los niños gitanos están basadas en la experiencia acumulada en un Centro de Protección Infantil en Zaragoza desde 1985 hasta 1992, y sobre un análisis realizado sobre 260 familias de las que una cuarta parte eran gitanas y un 10% mixtas.

Al acercarnos al tema del maltrato infantil y de la violencia en el seno familiar, debemos reflexionar sobre las posibles causas de esos fenómenos.

Siguiendo a Joaquín de Paúl Ochotorena en Maltrato y abandono infantil, 1988, podemos distinguir varios modelos explicativos: modelo sociológico, modelo psicológico-psiquiátrico, modelo centrado en la vulnerabilidad del niño y modelo integrador.

Dentro de cada uno de estos modelos revisaremos las variables más importantes señalando la presencia e importancia de esas situaciones en la población gitana atendida en el Servicio de Infancia de la D.P.Z. y que se

puede considerar similar, a la atendida en cualquier otro servicio de estas características.

Modelo sociológico

Clase social. Las familias gitanas casi en su totalidad pertenecen a una clase social muy baja y en este ámbito las situaciones de malos tratos físicos y abandonos se dan con mayor frecuencia.

El estado civil de la madre, aunque en los gitanos no sea legalizado y solamente sean situaciones de hecho, suelen hacer vida de pareja con una cierta estabilidad, aunque el cuidado de los hijos pequeños recae casi exclusivamente en la madre, o por delegación en las hijas mayores, que no siempre tienen la competencia necesaria, por lo que los accidentes son frecuentes.

La precariedad en los trabajos y el desempleo sabemos que son uno de los mayores problemas del mundo gitano. Esta situación laboral provoca insatisfacción, estrés e inseguridad y favorece los castigos físicos a los hijos.

Las relaciones sociales que los gitanos tienen con sus familiares y su clan son buenas, frecuentes y solidarias. Esto favorece la seguridad, la autoestima y el sentimiento de seguridad de los padres, facilitando la relación con los niños.

Las relaciones sociales con la sociedad paya suponen todo lo contrario, es decir, desprecio, aislamiento, etc., y desde este punto de vista el soporte social es deficiente.

El estrés, como resultado de la tensión provocada por la penuria económica, problemas laborales y étnicos, puede favorecer los incidentes de malos tratos.

El tipo de familia gitana compuesta por gran número de hijos, muy seguidos y con poco espacio físico, es un factor situacional que provoca alteraciones en las relaciones con los hijos.

El ajuste marital en las familias gitanas está amenazado por dos aspectos: por una parte los matrimonios suelen realizarse en edades muy tempranas, sin que los cónyuges tengan la madurez personal suficiente, y en algunos casos la pareja está elegida por otros miembros de la familia; por otra parte la sumisión de la mujer gitana y la relación de poder absoluto que tiene el hombre sobre ella favorece una comunicación desigual y violenta.

Estas características favorecen la aparición de conflictos y hostilidades que generan comportamientos agresivos que se desplazan sobre los menores.

Modelo psicológico-psiquiátrico

Según este modelo el maltrato sería consecuencia de una anomalía psicológica que presenta el perpetrador, lo que afecta a un número reducido de individuos. Con esta explicación las causas están en el interior del individuo, y el ambiente y el entorno no parecen relevantes.

NIÑOS REFUGIADOS. GRUPO ESPECIALMENTE VULNERABLE

ANTONIO DIAZ FEJO

De todos es conocido que nuestro país ha pasado a ser, en los últimos años, un país de inmigración. La experiencia diaria de trabajo hace que nos encontremos en este colectivo con niños menores de edad procedentes de otros pueblos, con formas de vida, cultura, religiones diferentes al contexto social nuevo en el que se encuentran.

Estos niños, generalmente se encuentran en la misma situación que sus mayores en lo relativo a su situación de residencia, de vivienda, económica, etc.

Esta es la primera constatación que se da en un niño refugiado. El mismo será refugiado en la medida que sus padres consigan esta condición; el niño vivirá legalmente entre nosotros en cuanto a que sus padres consigan este estado de legalidad, dándose el caso y la realidad de que hay niños en nuestra sociedad catalogados como "ilegales".

Existe un amplio abanico de situaciones diferentes, en las que se encuentran los menores de edad:

- Niños en trámite de la solicitud de Asilo y Refugio.
- Niños solicitantes de Asilo y Refugio.
- Niños refugiados o asilados.

(Todos ellos en la medida que sus padres se encuentran en estas diferentes situaciones).

-Hijos de padres a los que se les ha negado la solicitud de Asilo y Refugio. Estos pasan a formar parte de los que llaman "ilegales".

-Hijos de inmigrantes (refugiados económicos), que se encuentran en la misma situación que sus padres.

(En la realidad se da también que muchos menores de edad no participan en la documentación de sus padres, dado que no se ha favorecido legalmente la reagrupación familiar).

Todos estos pequeños se encuentran también en otras situaciones diferentes, que marcarán sus vidas:

- Niños nacidos en España.
- Niños que vienen de sus países de origen.



- Niños acompañados de sus padres.
- Niños solos.

Todos estos niños participan absolutamente de los problemas de nuestra sociedad. Por tanto, son objeto de preocupación y de derechos, como cualquier niño nacional.

Pero, además, estos chicos tienen necesidades físicas, psicológicas, sociales, de carácter especial, y que es necesario satisfacer para que puedan crecer y desarrollarse.

Por el hecho de estar fuera de su entorno social, cultural, religioso..., por la dificultad real de poder disfrutar automáticamente y en el momento del interés del niño de todos los servicios sociales, culturales, de salud, vivienda, formación... a los que el niño tiene derecho, a pesar de que no pueda mostrar o demostrar la documentación legal requerida (documento de identidad, partida de nacimiento, documentos de estudios, empadronamiento, etc.)

Los niños refugiados o asilados se encuentran algunos con su núcleo familiar completo es decir, con sus padres o, por lo menos, pueden reunirse con ellos en un tiempo muy corto. Es frecuente encontrar entre los refugiados niños solamente con sus madres. Esta situación plantea grandes dificultades de supervivencia, dada la problemática de trabajar y atender a los hijos.

Encontramos, finalmente, a los niños solos. Los menores de edad no acompañados son aquellos que están separados de su padre y de su madre y de los que no se ocupa ningún adulto.

El no tener en cuenta estas diversas situaciones, la negación del hecho migratorio, el no afrontar con responsabilidad el conjunto de las situaciones de los refugiados, lleva consigo graves situaciones que perjudican al niño.

Por otra parte, toda medida adoptada en favor de los niños refugiados debe mirarse no como una figura aislada, sino que debe guiarse por los principios fundamentales y universalmente conocidos:

- Interés superior del niño.
- Unidad de la familia.

Toda actividad con niños refugiados debe llevar un doble componente: PROTECCION Y ASISTENCIA. Es decir, ayudarles a encontrar soluciones duraderas y satisfacer sus necesidades inmediatas.

Es indispensable, asimismo, considerar que el niño refugiado tiene derechos en calidad de niño y otros derechos en calidad de refugiado, como es considerar que necesita una especial protección y asistencia.

Hay que tener, además, una especial atención a los niños refugiados que pueden encontrarse en una situación de riesgo:

Problemas graves de protección:

Por una parte, el niño refugiado no es un niño marginado con proble-

mas especiales de integración, de rebeldía, de delincuencia, de drogadicción. Nada de esto tiene que ver con un niño refugiado. Pero necesita de una protección y ayuda especial, por encontrarse, de una parte fuera de su ambiente cultural, humano, social, religioso, etc., y, por otra, se encuentra en estado de necesidad y, frecuentemente, desprotegido sea por la situación de sus padres que no pueden atenderlo o porque se encuentra solo en una sociedad difícil y muy diferente de la que procede.

En todos estos casos, si no se les presta la suficiente cobertura de protección y asistencia de una manera urgente, tendremos fácilmente un marginado, delincuente...

Problemas graves de salud:

Todo niño debe tener una atención sanitaria adecuada a su edad y, por tanto, también el niño refugiado, pero, al mismo tiempo, tendrá una atención especial en los primeros momentos de su condición de refugiado, bien porque traiga consigo alguna enfermedad, teniendo en cuenta que su huida se realiza frecuentemente en condiciones muy difíciles, duras y muy mal alimentados. Deberán tener, pues, una atención sanitaria adecuada y urgente a su situación.

Además, y muy especialmente en los niños, por los acontecimientos y situaciones vividas, aparte de desarraigo, perturbaciones, inseguridad..., inherentes todas ellas a las situaciones de refugiados, pueden perjudicar el desarrollo físico, intelectual, psicológico, cultural y social de los niños.

Este riesgo se agrava notablemente cuando el niño ha tenido por añadidura que presenciar violencias, abusos, torturas y muerte de familiares. La salud mental de los niños no acompañados se ve particularmente amenazada en una situación de refugiado. Es muy importante para la salud mental y el desarrollo psicosocial de los niños que se establezcan sus actividades cotidianas de estudio y juego en compañía de otros niños lo más rápidamente posible.

Contribuye también a la salud mental del niño la estabilidad, la integración y tener clara su situación familiar, sobre todo en el caso de los niños que están separados de algunos de sus padres o de ambos.

Grupos especialmente vulnerables:

Son aquellos que catalogamos como menores de edad no acompañados.

En las medidas destinadas a prestar asistencia a estos niños, se debe tener en cuenta los distintos motivos por los que hayan pasado a la categoría de "no acompañados". Los niños pueden haber sido separados accidentalmente o ser huérfanos. Puede haber huido con o sin el consentimiento de sus padres. Algunos niños pueden haber sido enviados al país de asilo por sus padres que han permanecido en su país de origen. En situaciones de guerra o de conflictos internos, los niños pueden haber perdido a sus familiares.

Las distintas causas de separación pueden tener repercusiones diferentes en el cuidado del niño. En todo caso, se estará siempre atento a la posibilidad de reagrupación familiar.

Tramitación de la solicitud de Asilo y/o refugio de los niños refugiados:

La Convención de Ginebra de 1951, el Protocolo de 1967 y la Ley Española Reguladora de Asilo y de la Condición de Refugio 5/1984, de 26 de Marzo:

Considera refugiado a aquel que "tenga fundados temores de ser perseguido por motivos de raza, religión, nacionalidad y no puede, a causa de dichos temores, acogerse a la protección del país.

La aplicación a los niños del criterio de los "fundados temores" no da ordinariamente lugar a ningún problema cuando, como sucede en la mayoría de los casos, los niños están acompañados por sus padres o simplemente por uno de ellos".

"La condición de asilado se concederá por extensión a los ascendentes y descendentes en primer grado..." (Ley Reguladora del Derecho de Asilo y de la Condición de Refugiado, Título 1º, Capítulo II, Artículo 10º).

La determinación de la condición de refugiado de los menores de edad no acompañados es, en cambio difícil.

La posición común es que cuando el cabeza de familia satisface los requisitos para obtener la condición de refugiado, debe concederse también la misma condición a su hijo o hijos, por lo que los niños deben tener también la condición de refugiados cuando forman parte de un grupo de personas que han sido objeto de una determinación de la condición de refugiado.

Para los niños acompañados, es práctica habitual aplicar el principio de la unidad de la familia: cuando el cabeza de familia obtiene el reconocimiento de refugiado o asilado, los familiares a su cargo obtienen automáticamente dicha condición.

En el caso de los menores de edad no acompañados que alcanzan una madurez suficiente para sentir y expresar fundados temores de persecución, su caso puede tratarse de la misma manera que el de un adulto.

Cuando el niño no ha alcanzado suficiente madurez que permita establecer la existencia de temores fundados como en el caso de un adulto, es necesario recurrir a factores objetivos, tales como:

- Las características del grupo que el niño ha dejado.
- Situación que prevalece en el país de origen.
- Situación de los miembros de su familia.

Tener en cuenta que un niño puede tener fundados temores de persecución por el hecho de formar parte de una familia, de una etnia, de un grupo político, de una religión...

Y, en todo caso, para los menores de edad no acompañados, debe tra-

tarse de obtener una decisión que irá en favor del interés superior del niño.

Programas de acogida a menores de edad no acompañados:

En centros de acogida de la Comunidad: suelen ser acogidos en estos centros en los momentos en que el menor se encuentra en situación de abandono y desprotegido, pero se realizarán, lo más rápidamente posible, los trámites necesarios para poder documentar individualmente a ese menor, una vez se tenga conocimiento de su situación y, a continuación, se busca la persona adecuada que se preocupe de su caso.

Acogimientos familiares:

Se han hecho cosas, y existe en la actualidad el que niños refugiados sean acogidos por familiares en régimen de guardia y custodia.

No se aplicará la adopción de estos niños sin antes no tener la certeza o los conocimientos necesarios de la familia del menor, ya que, en muchos casos, estos niños huyen de sus países ayudados de sus propios padres para así salvar la vida o tener acceso a mejores condiciones de vida, pero, en ningún caso, renunciando a su hijo.

Es por ello conveniente hacer los esfuerzos necesarios, con las ayudas de organizaciones internacionales y todos los medios al alcance, para intentar poner a los niños en contacto con sus padres.

Centros de Acogida de Refugiados de menores de edad no acompañados:

Son centros creados y orientados especialmente para la acogida de aquellos menores no acompañados que solicitan Asilo y Refugio, o la de aquellos que se cree forman parte de este grupo, dado el lugar o país de donde proceden.

Problemas con los que se encuentran estos menores para la integración:

El primer problema se encuentra en las circunstancias que rodean su entrada en nuestro país. Su acceso a un medio de transporte, dada su condición de menor, queda muy limitado. Sólo llegan a acceder a un medio de transporte por medio de una documentación falsa o por otros diversos medios ilegales.

Por tanto, habrá que usar de todos los medios necesarios para documentar e identificar a todo menor de edad.

Por otra parte, lo primordial para un menor es empezar inmediatamente la planificación de educación y formación, actividad prioritaria para un menor. Esto tanto para los menores acompañados como para los no acompañados.

El acceso a la enseñanza puede ser un factor determinante en la vida de un niño. La falta de posibilidades de formación pone en marcha una

serie de desventajas que duran toda la vida. Educar a los niños refugiados para que estén en condiciones de llevar una vida constructiva en un porvenir desconocido, exigiría gran responsabilidad y atención: realidades de falta de documentos, interrupción de sus estudios, retraso en relación con los nacionales, aprendizaje de una nueva lengua, adaptación a una nueva cultura, hacer que muchos refugiados tengan sólo acceso a centros de aprendizaje de jóvenes "marginados", no pudiendo acceder a centros de formación ordinarios.

Debe facilitarse el acceso a los estudios y formación necesarios y a no restringir el acceso a la formación que sea conveniente por el hecho de ser refugiado.

Diferentes posibilidades de afrontar soluciones para los menores de edad:

La mejor solución duradera para un menor refugiado dependerá de su caso y situación familiar, teniendo siempre presente el principio del interés superior del niño. Desde el primero momento hay que aclarar su situación familiar con suficiente certeza. En el caso de localizar a los padres o parientes cercanos de los menores de edad, sea en sus países de origen o en otros países en los que se encuentren como refugiados o no, deberá estudiarse y, en su caso, favorecer y posibilitar la reagrupación familiar.

En los casos de niños con padre único o familiar con hijos incapacitados, deberá prestarse una atención adecuada a las necesidades y problemas especiales, a fin de contribuir a que los niños no se encuentren en situación de abandono.

Finalmente, los menores de edad no acompañados deben ser absolutamente los primeros en recibir protección y cuidados, teniendo en cuenta que los mayores de 15 años son, por lo general, suficientemente maduros para tomar sus propias decisiones respecto a una solución verdadera.

Facilitarle en todo momento, con las garantías necesarias, el retorno, la agrupación familiar o las facilidades para la integración.

El problema de la adopción puede plantearse en el ámbito de cualquier solución duradera. En general, se reconoce que no se debe alentar la adopción mientras no se haya determinado satisfactoriamente la situación familiar del niño refugiado no acompañado. En efecto, muchos niños no acompañados tienen padres vivos o parientes cercanos con los que se pueden reunir algún día.

Antes de aceptar como solución definitiva la adopción, hay que estar muy seguros de la ruptura total de vínculos con la familia natural.

En el caso de niños refugiados que viven con sus padres o con uno de ellos, en ningún caso debe facilitarse la posibilidad de dar en adopción a estos niños, en orden a favorecer la integración en la sociedad. Hay que favorecer la integración familiar con apoyos y ayudas.

"La humanidad debe dar al niño todo lo mejor que tiene..." (Derechos del niño - Ginebra 1924).

A.T. 7

LA ATENCION AL NIÑO/A MALTRATADO FUERA DE SU AMBIENTE FAMILIAR. ACOGIMIENTO FAMILIAR Y EN INSTITUCIONES

INTRODUCCION: JOSE A. DIAZ HUERTAS

El Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada celebrado en Barcelona en 1989 recogía en sus conclusiones referentes a la conveniencia o no de la separación del niño de su familia las siguientes consideraciones:

1. Toda separación es traumática.
2. Hay que distinguir y diferenciar entre una medida transitoria, para una protección inmediata, y una decisión definitiva que requiere una valoración adecuada del origen, pasado, presente y futuro del niño, del entorno familiar y social, así como del grado de concienciación del problema por parte de la familia.
3. De manera inmediata, es indispensable disponer de los recursos necesarios con el fin que las intervenciones se dirijan al contexto del que dependen el niño y familiares y no únicamente hacia ellos.
4. Es importante realizar campañas para promocionar familias acogedoras. El buen número de ellas posibilitará una buena selección y una formación adecuada de los escogidos.

Comenzamos estas reflexiones desde esta perspectiva histórica, dando continuidad a lo allí debatido y animando a transmitir los avances experimentados en estos cuatro últimos años desde el ámbito de trabajo que considera la atención al niño fuera de su familia.

El niño/a que ha sufrido malos tratos detectados por el correspondiente servicios (social, educativo, sanitario, policial...) requiere una intervención que en ocasiones planteará que el niño sea separado, atendido fuera de su medio familiar.

La familia sigue siendo el lugar educativo mejor para el niño y donde las condiciones para su crecimiento y desarrollo son más favorables. La familia es donde la relación interpersonal se mantiene más adecuada a las necesidades vitales de intimidad afectiva y de comunicación de cada uno. De aquí que, la intervención debe favorecer la relación familiar del niño y que los modelos de atención reproduzcan ambientes familiares en la medida de lo posible (vida cotidiana, normalización...)

El proceso de atención al niño debe satisfacer las necesidades físicas,

sociales, afectivas, y desde ellas deberá establecer criterios claros en la intervención que contemplen los derechos del niño, necesidad y límites de la separación del niño de su medio, repercusión en el niño y su familia, temporalización de la actuación, alternativas...

Los últimos años en nuestro país han significado profundos cambios en cuanto al desarrollo del trabajo social que afectan a la intervención en casos de maltrato y abandono infantil.

Podemos resaltar la importancia del trabajo con las familias contemplando al maltratador y al maltratado, realizando esta actividad en la propia zona del domicilio familiar. Esto supone una adaptación de las normativas y recursos, humanos y materiales, a las necesidades.

Este cambio comienza al tiempo que se aprueba la Constitución (1978) y tiene su hecho más significativo con la reforma del Código Civil, ley 21/87, y en algunos aspectos podemos decir que aún nos encontramos en sus inicios.

La introducción del término acogimiento supone una transformación de la intervención en casos de maltrato infantil no sólo por incluir una nueva forma de atención, sino también por inspirar de similares principios ideológicos, de trabajo, a otras estructuras como los internados que adoptan, incluso, la misma terminología: centros de acogida (acogimiento en instituciones).

Acoger, en sus distintas acepciones, refleja una forma de atención al niño no sólo asistencialista, que implica el cambio del aforismo: "abandonado por sus padres, la caridad lo recoge".

El acogimiento familiar, la atención residencia y la adopción tienen sus indicaciones y problemáticas propias.

* Acogimiento familiar medida temporal encaminada a la reinserción del niño en su propia familia o como camino previo a una adopción.

Debe ir acompañado de un trabajo con la familia, presenta un índice de fracasos, dificultad para disponer de familias acogedoras, existen situaciones especiales (adolescentes), problemática acogimientos con familia extensa...

* Atención residencial acogen niños de forma temporal en tanto se realiza un trabajo con la familia o como un paso previo al acogimiento familiar o adopción.

El internamiento al ser la única medida que para proteger a los menores disponían los profesionales, la tendencia a la cronificación, y las demás circunstancias que rodeaban la atención al niño constituyen elementos para la crítica de las instituciones.

Sin embargo, la atención en residencias, acogimiento en instituciones, es de utilidad en determinadas circunstancias y cumpliendo unos requisitos: último recurso, cuando se hayan agotado otras alternativas; si la institución garantiza la adecuada atención bio-psico-social; siempre como un recurso de temporalidad limitada.

La atención al niño fuera de su medio familiar requiere adecuar los

recursos a las necesidades reales de cada problema estableciendo unos criterios claros en la intervención (temporalidad).

El objetivo de este Grupo de Trabajo es, partiendo del análisis de la situación desde diferentes ámbitos de actuación, presentar propuestas de mejora de la intervención considerando el lema del Congreso (infancia maltratada: iguales derechos, respuestas diferentes).

dades de atención a nivel estatal y por autonomías sería el primer paso a dar en la caracterización de la atención.

Además de los datos sobre su utilización sería deseable conocer los criterios de los profesionales para decidir un tratamiento que signifique la salida del niño del hogar familiar.

Por intercambios profesionales conocemos que, por lo general, esta medida es utilizada en aquellos casos que presentan un alto índice de riesgo o gravedad y que, probablemente, va unida a tipologías como el abuso sexual intra-familiar, situaciones de desatención severa, maltrato físico, abandono total, etc...

Otro de los elementos que se consideran en la toma de decisión sobre esta medida es lo concerniente al pronóstico de recuperación de la familia. En aquellas familias en las que la recuperabilidad es casi imposible o del todo improbable, la salida del niño de su hogar al no existir otros familiares que puedan cuidarle, será una medida casi de obligada utilización por el profesional.

De esta forma podemos concluir que son tres los objetivos que suelen plantearse con esta medida:

- Proporcionar seguridad al niño.
- Protegerle de situaciones de gravedad familiar.
- Atención y apoyo ante la irrecuperabilidad del entorno familiar.

La justificación de dicha medida vendrá determinada por una de las primeras reglas que en intervención sobre maltrato infantil es preciso cumplir, cual es proporcionar seguridad y protección al niño.

Otro criterio de utilización es con respecto al momento en que se aplica; la mayoría de los profesionales manifiestan que debe ser en último lugar, cuando ya se han agotado otros recursos y plazos con la familia; incluso hay equipos técnicos que consideran que el niño no debe ser sacado de su hogar para realizar un tratamiento... toda la ayuda y protección han de aplicarse en el hogar, o para toda la familia; en determinados casos de abuso consideran que sea el progenitor abusador el que salga del hogar y no la víctima.

Controversias sobre la atención al niño separado de su familia

Muchos son los inconvenientes y controversias que giran en torno a esta medida de separación o retirada del hogar y entorno natural del niño. D'Agostino cita: la forma más drástica de intervención..., la más costosa para la sociedad..., el niño "queda en una especie de limbo"... Otros estudios señalan que se han observado en los padres consecuencias negativas tras la separación de sus hijos:

La separación puede traer fuertes sentimientos de incompetencia y culpabilidad en los padres. Otros autores afirman que a medida que pasa en tiempo estando atendido el niño por un servicio alternativo a la familia, disminuye la probabilidad de que vuelva con ésta (Jones, 1987). Waserman y

Rosenfeld (1986) señalan entre los factores negativos de la institucionalización las consecuencias de la ruptura de vínculos que produce la separación.

En diferentes encuestas relativas al tema de la detección, se ha señalado que el riesgo de la retirada del hogar es uno de los motivos por los que los posibles notificadores de la situación se retraen de hacerlo, al sentirse responsables de esa medida tan grave para el niño y su familia (NSW Child Protection Council, fact sheet nº1).

Pero quizás el argumento de más peso que se aduce en contra de la salida del niño del hogar es la victimización que significa para el niño, una vez detectado el maltrato, la separación del ambiente familiar, que tiene consecuencias especialmente delicadas como en los casos de abuso sexual.

Además de las posibles consecuencias inherentes al hecho en sí de la separación y colocación en emplazamiento alternativo es preciso considerar que la decisión de la salida del niño del hogar familiar ha de ser cuidadosamente analizada en cuanto a la planificación de la intervención, pues a veces el sistema de protección o los mismos profesionales se relajan una vez cubierta la salida del niño del hogar, parece que su trabajo terminara al proporcionar seguridad al niño.

Esta medida de retirada puede afectar al tratamiento, pues si como afirma Odette Masson, el maltrato se define como una "modalidad de transacciones disfuncionales entre la familia y el niño", difícilmente podríamos trabajar en el cambio de esa relación si mantenemos al niño y a su familia apartados.

Ante este argumento deberíamos pensar que el niño sólo debiera ser retirado de su hogar en momentos de crisis y en el caso de familias susceptibles de tratamiento, encontrar sistemas intensivos de atención que no impliquen el alejamiento del niño de su medio.

El dilema "retirada o no del hogar" no es un problema tanto teórico como práctico, que atañe más a la cantidad y calidad de recursos para ayudar a los niños y familias maltratadas que a indicaciones teóricas. Si los profesionales pueden disponer de recursos para atender a las situaciones de crisis, para proveer seguridad sin sacar al niño de su medio, sería ésta la opción más utilizada y las salidas de niños se reducirían a las de niños de familias irrecuperables.

Atención residencial y Acogimientos

Si preguntásemos a los profesionales sobre sus preferencias en cuanto a los emplazamientos de niños, responderían que evidentemente dependería de las circunstancias de cada caso, pero confrontando institución y acogimiento familiar probablemente se decantarían por este último.

Si revisamos la legislación de diversas comunidades desde los años 1985 y 1986: Ley de Protección de Menores del 29 de mayo de 1985 y Decreto de Regulación a la Infancia y a la Adolescencia con alto riesgo social, de la Comunidad Catalana; Orden del 20 de marzo de 1986 de la Consejería de Trabajo y Seguridad Social de la Comunidad Valenciana por

la que se establece el recurso de las familias educadoras; Decreto foral de la Comunidad Foral de Navarra (1985), de su lectura se desprende que la alternativa de la familia de acogida es normalmente preferible al internamiento. Aparece de forma clara que el internamiento será la última medida a adoptar, encontrándose implícita una desvalorización de los internamientos frente a la atención por medio de familias sustitutivas, ya sea de familias educadoras, acogedoras o adoptivas.

El desprestigio de las instituciones que ha sobrevenido en nuestro país se ha debido, no solo a lo inadecuado de su estructuración, con ambientes empobrecidos, masificados y totalmente inapropiados, sino por ser la única medida que para proteger a los niños estaba a disposición del profesional.

Los internamientos de esos años, las más de las veces terminaban cronificándose, lo que significaba que los niños entraban en edades tempranas en las instituciones y no salían hasta su adolescencia o juventud. Esta consideración de las instituciones como despersonalizantes y centros de cronificación, contribuyó al desprestigio absoluto de su utilización y concluyó con el cuasi desmantelamiento de éstas, sin que se planificase hacia donde orientar la atención.

Refiriéndonos al citado informe del Defensor del Pueblo y a tenor de los datos que se exponen en él, los niños que están internados en residencias en las fechas del informe son el 59,85% (de éste el 67,2% son plazas en centros residenciales y el 8,2% son de hogares funcionales) y el 7,85% se encuentran en acogimiento familiar.

La pretendida reforma de la atención residencial consistió en el cierre de los grandes internados públicos y en confiar buena parte de la atención residencial en manos de la iniciativa privada (62,24% de los centros), quizás nadie quiere hacerse cargo de la complejidad de ésta y de sus altos costes.

En la actualidad conocemos que muchos niños maltratados siguen siendo institucionalizados en residencias y hogares en las que también corren el riesgo de cronificarse, a la espera de que otras instancias muy alejadas de él y de su familia tomen decisiones.

¿Qué ha ocurrido con la reforma de las instituciones? Parece existir un consenso profesional con respecto al número, ahora son "pequeñas" ¿es este en realidad el único cambio que hemos introducido? ¿Es cuestión como defienden los ambientalistas (Fernández del Valle, 1991) de generar ambientes enriquecidos que proporcionen seguridad y estímulo al niño?

¿Esta es la línea de trabajo a seguir para atender al niño maltratado fuera de su ambiente familiar?

¿Un ambiente sustitutorio diseñado educativamente, a cargo de atención profesionalizada, podrá satisfacer las necesidades de desarrollo intelectual, emocional y social del niño, independientemente de los años que pase en él?...

Las instituciones públicas y privadas tiene pendiente una renovación esencial que debería procurar:

- a.- Programar un proceso de transformación y remodelación de la aten-

ción institucional en el sistema de protección en general y de manera específica para dar respuesta a las necesidades del niño maltratado y su familia.

b.- Introducir técnicas de trabajo social, psicológico y educativo en la atención efectiva y cotidiana que llega al niño, de tal forma que cada niño y su familia tengan garantizado un tratamiento temporalizado y la calidad de las instituciones sea supervisada.

c.- Concebir la estancia fuera del hogar como uno más de los objetivos que constituyen el plan de intervención familiar. De tal modo que ningún niño sea colocado fuera de su ambiente familiar sin que esté determinado el tratamiento y sus fases.

d.- Desarrollar e impulsar el voluntariado introduciéndolo en la atención al niño y la familia.

e.- Sectorizar los dispositivos de atención residencial para favorecer la colocación lo más cercana posible a su medio.

El acogimiento familiar apareció confrontándose a la medida de internamiento. Fue considerado unos años la panacea que resolvería los problemas de la atención al niño fuera de su hogar. De hecho se colocaron unas expectativas desmedidas en una alternativa que por la poca experiencia de utilización se magnificaron sus posibilidades a la vez que no se contó con los condicionantes sociales y culturales que influyen en una respuesta fundamentalmente de solidaridad social.

Sus ventajas e inconvenientes en relación a los internados han sido ya comentados por diferentes autores (Ripoll-Millet, A. 1990, Fuertes Zurita, J. 1991) por lo que no será necesario extendernos sobre ello. Entre otros motivos porque quizás no sea el punto central de la reflexión ceñirnos excesivamente al dilema "dónde colocar al niño".

Ambas alternativas de atención utilizadas de forma adecuada y con sus requisitos técnicos, son formas válidas y necesarias de atención en las que forzosamente hay que seguir profundizando, tanto en su aplicación y como en su estudio. Sin embargo su estudio debe insertarse dentro de otras metas más globales.

Replantear la atención al niño y la familia

La reflexión y el debate que es preciso abrir entre los profesionales pasa por dirimir hacia dónde se dirige nuestro sistema de protección infantil, cuáles son sus objetivos con respecto al maltrato infantil, sus prioridades, los recursos, y sobre todo, cómo se define, cuáles son sus principios básicos.

Es preciso definir si es un sistema centrado en el niño..., dirigido a la familia... pues las respuestas actuales van dirigidas al niño, escasamente a la familia y poco, o muy poco, al sistema familiar en su conjunto.

Este propósito de redefinir los objetivos de los sistemas públicos de protección infantil es una tarea planteada en muchos países incluido el nuestro. A modo de ejemplo reseñar dos recomendaciones que el Consejo de EE.UU. sobre Abuso y Abandono de Niños hace en su Documento sobre Política Nacional a los diferentes estados (Proposed National Child

Protection Policy. Setiembre 1991) : "Es necesario proveer servicios intensivos, que eviten el alejamiento de los niños de su entorno familiar... y hacer todo lo posible para la reunificación familiar cuando el abuso o abandono haya ocasionado el alejamiento del niño de su hogar".

BIBLIOGRAFIA

- Ripoll-Millet, A., Rubiol G.: "El acogimiento familiar". Ministerio de Asuntos Sociales. 1990.
- Ripoll-Millet, A.: "Reflexiones sobre el Acogimiento familiar y sus protagonistas". Rev. Infancia y Sociedad, nº 6. 1990.
- D'Agostino, P. A.: "La separación: ventajas e inconvenientes". Foro en II Congreso de Nacional Infancia Maltratada. Vitoria. 1991.
- Barjau Capdevila, C., Montané Merinero, M. J.: "El acogimiento familiar a debate". Foro en II Congreso Nacional de Infancia Maltratada. Vitoria. 1991.
- Masson, O.: "Contextos maltratantes en la infancia y coordinación interinstitucional". Rev. A.E.N. Vol. VII nº 23. 1987.
- Fernández del Valle, J.: "Evaluación de Programas residenciales de Servicios sociales. Situación actual y aportaciones de los enfoques psicopatológicos". Rev. Psicotema. Facultad de Psicología de Oviedo. 1991.
- Documento. U.S. Advisory Board on Child Abuse and Neglect : "Proposed National Child Protection Policy". Washington D.C., 1991.
- Informe. "Estudio sobre la situación del menor en Centros Asistenciales y de internamiento y recomendaciones sobre el ejercicio de la funciones protectora y reformadora". Defensor del Pueblo. Madrid, 1991.

ACOGIMIENTO FAMILIAR

MARIA JESUS MONTANE MERINERO

1.- EL ACOGIMIENTO FAMILIAR COMO RECURSO DE PROTECCION

Numerosos estudios han puesto de evidencia que los malos tratos a la infancia, procedentes sobre todo del medio familiar, suponen un atentado grave contra la identidad y la seguridad de los niños. Quiénes somos y cómo de valiosos y seguros nos sentimos está en gran medida determinado, además de por factores personales y culturales, por la calidad de cuidados y vínculos experimentados en la infancia y por la imagen que de nosotros mismos recibimos de los otros.

En el caso del niño maltratado el sentimiento de inseguridad y baja autoestima, su imagen de alguien no valioso ni digno de recibir cariño y atención de sus padres, es una grave consecuencia de la violencia ejercida contra él.

Ante los supuestos de malos tratos infantiles, los servicios de protección de menores se enfrentan a la difícil tarea de ofrecer a estos niños un medio seguro y estable facilitador de experiencias positivas que les ayude a superar la deprivación y el daño emocional. Y para ello, para ir reconstruyendo poco a poco una imagen positiva de sí mismo, el niño necesita encontrar en la realidad a la alguien que le quiera y se preocupe de él. En este sentido Triseliotis apela a la responsabilidad de los servicios de protección de menores y a las políticas de infancia al señalar "cuando planificamos para niños que han experimentado un tormentoso pasado, hay tal vez una responsabilidad extra de asegurar, sino de garantizar, una forma adicional de estabilidad en sus vidas".

Para hacer frente al grave problema de los malos tratos y atender necesidades de los niños que necesitan ser separados de sus familias, los servicios responsables de la protección a la infancia disponen de tres tipos de recursos: la adopción, la acogida familiar y el internamiento en centros.

Los méritos de la adopción y la acogida, al ofrecer la posibilidad de desarrollo del niño en un medio familiar, son ampliamente reconocidos. Sin embargo en nuestro país el recurso del acogimiento no está suficientemente diversificado como recurso de protección primando el modelo preadoptivo. Por otra parte el internamiento en centros continúa teniendo en España un peso importante.

La toma de decisión sobre el recurso que mejor se adapta y responde en cada caso concreto a las necesidades de niños maltratados que tienen que ser separados de sus familias es una tarea compleja a la que se

enfrentan los profesionales que trabajan directamente con los niños y sus familias.

Por ello recurrir a datos empíricos, fruto de la investigación en este terreno, resulta de gran utilidad para los profesionales implicados en la toma de decisiones. Cuál ha sido la evolución de los niños en la acogida y en los centros, cuál su adaptación cuando son adultos y qué nos dicen ellos sobre sus experiencias resulta de inestimable valor para aquellos que tienen que tomar decisiones. Sobre este tema en concreto, Triseliotis y Hill, presentan el resultado de dos investigaciones realizadas en Gran Bretaña, centradas en el desarrollo de la identidad y seguridad en niños separados de sus familias que han crecido durante largos periodos de tiempo en formas diferentes de cuidados sustitutos-adopción, acogida y centros.

El objetivo es contrastar diferentes tipos de atención, comparando las actuales circunstancias sociales y personales de adultos y chicos mayores que en su infancia fueron separados de sus padres y atendidos durante largos períodos de tiempo a través de los tres recursos antes indicados. En este sentido los resultados no pueden generalizarse a otro tipo de acogidas ni a estancias cortas en centros.

Ambos estudios sugieren que el logro de un claro sentido de identidad y seguridad, que hace posible desarrollar satisfactoriamente roles y tareas referidas a relaciones sociales y personales y a los roles sexual y parental, esta muy relacionado con tres factores:

- La calidad del cuidado y vínculos en la infancia.
- El conocimiento y conciencia de su pasado.
- La experiencia de cómo otros les perciben y se comportan con ellos y de cómo ellos se ven en relación al resto de la sociedad.

La afirmación central de ambos estudios es que "los que crecieron adoptados, aun si fueron colocados mayores, aparecen en la edad adulta con un sentido más fuerte de sí mismos y funcionan más adecuadamente a nivel personal, social y económico comparado con los que fueron acogidos y particularmente con los que crecieron durante larga parte de sus vidas en instituciones". Sin embargo en contra de un determinismo de experiencias pasadas se reconoce la influencia de las condiciones de vida actual en el desarrollo del individuo.

Por lo que refiere a los niños en centros y en acogida, a continuación se destacan algunos de los resultados de dichas investigaciones:

a.- Niños acogidos

a.1. Comparados con internos:

- Más intimidad y vínculos consistentes en la infancia.
- La oportunidad de formar nuevos vínculos positivos puede hacer desaparecer el impacto de experiencias tempranas adversas. Observaciones

confirmadas por diferentes autores (Kadushin, 1970; Clarke y Clarke. 1976; Tizard, 1977).

-En ambos casos, internos y acogidos, considerable ignorancia y confusión sobre su pasado, lo cual afecta el desarrollo de un sentido claro de identidad y seguridad.

a.2. Comparados con adoptados:

La condición de acogido puede variar enormemente en función del tipo de acogida al que nos estemos refiriendo y así las implicaciones psicológicas de una u otra modalidad de acogida varían enormemente. En este sentido las investigaciones a las que estamos haciendo referencia resaltan los efectos de la acogida de larga duración destacando:

-La inseguridad y ansiedad que genera el status "ambiguo" de acogido y que no se encuentra en los adoptados (falta sentimiento de permanencia y continuidad)

-Sentimiento de ser diferentes a otros chicos, apellido, visitas de padres y trabajadores sociales...

b.- Internos en centros

-Falta de intimidad y cercanía de los educadores.

-Falta de privacidad.

-Los mas estigmatizados y problematizados por como creen ellos que la comunidad los percibe: "malos", "inferiores"...

-Más problemas actuales de ajuste personal y más bajo nivel de autoestima y bienestar emocional (comparado sobre todo con el grupo de adoptados).

-Dificultades para desarrollar el rol parental (también comparado sobre todo con adoptados y menos con acogidos). Rutter, Quinton y Liddle (1983) encuentran esta misma dificultad en un estudio longitudinal con chicos que han estado largos períodos en centros.

Los resultados de estas investigaciones indican que para chicos que tienen que pasar largo tiempo separados de sus familias, en términos de bienestar infantil, el recurso de la acogida familiar es más beneficioso que la estancia en centros.

Ello sin embargo no debe hacer olvidar o minimizar algunos aspectos importantes en torno a las acogidas que se han puesto de relieve en estos y otros estudios:

-Los sentimientos de inseguridad y ansiedad que en el niño genera la estancia en otra familia por un tiempo prolongado sin integrarse definitivamente en ella.

-Las tareas que el proceso de acogida exige de los profesionales. Trabajo con los niños, padres, selección de familias, apoyo post acogida.

Solo así podra garantizarse en parte el beneficio de la experiencia para el niño evitando fracasos en nuevas experiencias familiares.

-Las propias contraindicaciones que en ocasiones tiene la acogida. En algunos casos la falta de cooperación y aceptación de los padres, la no aceptación por parte del niño, la rivalidad y los sentimientos de culpa y fracaso que genera en los padres la nueva familia, los padres con un fuerte rechazo del niño y deseo de abandono, en cuyo caso la adopción, es decir un ambiente estable y definitivo, es lo mas idóneo para el niño. Motivos que entre otros pueden hacer desaconsejable una acogida, frente a un hogar infantil o residencia o frente a la posibilidad de una adopción en su caso.

Todo ello para señalar la complejidad técnica de la acogida y el peligro de convertirse en una forma más de maltrato, en este caso institucional, si no es utilizada adecuadamente. Con el objetivo de prevenir este riesgo resulta de gran ayuda recurrir a los resultados de investigaciones y estudios en este tema.

2.- RESULTADOS DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES EN TORNO A LA ACOGIDA FAMILIAR

Cuando nos referimos a la acogida familiar y a la hora de referirnos a resultados de investigaciones es imprescindible tener en cuenta la compleja variedad de modalidades que se engloban bajo el término acogida. En este sentido la definición previa es necesaria para saber de qué hablamos y hacer una interpretación adecuada de los datos.

En este aspecto el Buro Internacional de la Infancia junto con el grupo Barnardos de Gran Bretaña ofrecen una clasificación, segun ellos la más utilizada en estudios e investigaciones y que por tanto permitirá analizar los resultados aquí expuestos:

-Acogida de corta duración: Oscila desde unos días hasta tres meses. Incluye acogidas de emergencia, de descanso, para observación y evaluación, por enfermedad de los padres y colocación preadoptiva.

-Acogida intermedia: Con una duración media de dos años. Incluye colocaciones previas al paso a una vida independiente y la preparación para una acogida permanente.

-Acogida de larga duración o acogida permanente: Cuando no existe posibilidades de recuperación de la familia biológica.

Sin embargo entre ambos tipos de acogida existen diferencias en razón de sus objetivos. Así, mientras que en la permanente está clara la intención de continuidad y permanencia, en la de larga duración el final puede ser de distinto tipo. Desde vuelta a la familia de origen, hasta convertirse en preadoptivo o en permanente.

Definidos los tipos de acogida y para conocer datos sobre su eficacia se ha recurrido a estudios llevados a cabo en otros países y que aquí hemos centrado básicamente en estudios británicos por ser un país que ha

desarrollado desde hace muchos años un gran número de investigaciones en esta materia.

En el terreno de la eficacia de las acogidas, diferentes estudios se han centrado en el análisis de la continuidad y ruptura de las mismas y los factores asociados a ambas circunstancias.

2.1. Tasas de ruptura de las acogidas.

Por lo que se refiere a las tasas de ruptura, a continuación figuran los datos que arrojan algunos estudios

Acogida corta duración	Intermedia	Larga duración
8% al 12% (*) 20% (*)	20% (en el primer año) 30%-40% (segundo y tercer año) (*)	- En cinco años varía de 20 a 41% (**) - 25% (***) - 50% (***) - 40-60% (****)

Acogida permanente y adopción

22% (****)

(*) BERRIDGE Y CLEAVER (1987); STRATHCLYDE STUDY (1988); ROWE, HUNDLEBY Y GAMETT (1988). Datos facilitados por la National Children's Bureau "Foster Care Outcomes". Highlight Nº 96.1990.

(**) BERRIDGE Y CLEAVER (1988); RUSSELL Y COLS. (1988). Datos facilitados en el libro "Patterns and Outcomes in Child Care". Department of Health. Londres. 1991.

(***) KAAS-FONTAINE 1983; DE GROOT 1981. Datos facilitados en el artículo de PIET DE MAN, "Predicting Outcome of long-term foster family placement of children". 1989.

(****) GEORGE. 1970; PARKER. 1966; BLANDOW. 1972. Datos facilitados en el artículo de PIET DE MAN de la bibliografía.

(*****) FRATTER, ROWE Y OTROS. "Permanent family placement". BAAF. Londres. 1991.

A la vista de estos datos se desprende que las acogidas con un mayor índice de éxito son las de corta duración, si bien las cifras de interrupciones o rupturas aumentan cuando la colocación se inicia en la adolescencia. De ello se deduce que en estas acogidas que tienen objetivos más claros y donde la separación es más corta la tasa de rupturas es más baja.

A medida que el tiempo se alarga, en función de las circunstancias familiares y objetivos de la acogida, la dificultad se hace mayor.

Así, las acogidas de larga duración son las que arrojan cifras más altas de ruptura, si bien la oscilación en función de los años transcurridos desde el inicio de la acogida hacen variar considerablemente los porcentajes, desde un 20 ó 25% hasta un 50%.

Por otra parte los datos de colocaciones permanente y adopciones arrojan cifras más bajas de ruptura que las acogidas de larga duración. Así, tomando como referencia el intervalo de edad de los niños al ser colocados de 5 a 8 años, el estudio de Berridge y Cleaver sobre acogida de larga duración da una cifra de ruptura del 46% mientras que a esa misma edad la tasa desciende a un 22% en la colocación permanente y adopción según el estudio de Fratter, Rowe y otros. La posible explicación de esta diferencia está para los autores de segundo estudio en el sentimiento de permanencia y seguridad que ofrece la acogida con vocación de permanencia y que puede ser la causa de mayores índices de continuidad.

De todo ello se deduce que además del factor tiempo, otros factores tales como dificultades de la familia y características de la propia acogida tiene un peso importante en la evolución de las colocaciones familiares.

En este punto diversas investigaciones se han centrado en el estudio de los factores que -relativos al niño de acogida, la familia biológica, la acogedora y las características de la acogida- correlacionan con el éxito o fracaso de las acogidas. Las conclusiones son de inestimable valor para la práctica. Pero antes de pasar a referirnos a estos factores es necesario detenerse otra vez en cuestiones de concepto para así poder interpretar adecuadamente los resultados.

¿Qué se entiende por fracaso y por éxito de las acogidas? La mayoría de investigaciones que abordan este tema coinciden en que el éxito está en función de las metas que se propone con la acogida. Metas que según Whitaker son algo muy distinto de las esperanzas o deseos y que tienen que ser especificadas con detalle para cada niño en función de su realidad.

Para otros autores el éxito está más unido a la calidad de las experiencias durante la acogida que por ejemplo al factor tiempo previsto. Desde esta perspectiva se afirma que una colocación que dura lo previsto puede ser una experiencia poco feliz, mientras que otra que dure menos puede ser beneficiosa para el niño o joven.

La interpretación por tanto que diferentes investigadores dan al término éxito hace difícil comparar algunos estudios. Este hecho es puesto de manifiesto por Triseliotis quien hace referencia a problemas conceptuales en torno a términos tales como "satisfactorio", "bienestar" y otros utilizados en los estudios, y recomienda por ello precaución a la hora de comparar resultados de investigaciones.

En cuanto al término "ruptura" o "interrupción" éste hace referencia al final no previsto de la colocación, final que "no estaba incluido en el plan de trabajo social, ya sea por el tiempo en que tiene lugar el final como por el tipo de final en sí mismo.

(BERRIDGE Y CLEAVER. 1987).

El estudio y análisis de estos factores asociados al "éxito" o "fracaso", revisten una enorme importancia para los profesionales que trabajan tomando decisiones tan importantes en la vida de los niños y sus familias.

De esta forma se está en mejores condiciones de ofrecer una atención al niño adecuada a sus necesidades y se pueden evitar otras formas de maltrato en el sentido de prevenir nuevas experiencias de fracaso en sus relaciones con el mundo adulto.

2.2. Factores relacionados con el "éxito" y con la "interrupción" de las acogidas.

Como señalan diferentes autores comparar resultados de estudios sobre acogimiento familiar tiene grandes dificultades básicamente porque como ya hemos indicado, no se utilizan conceptos ni instrumentos de medida semejantes. Sin embargo algunos resultados sobre factores de éxito e interrupción están apoyados por diferentes investigaciones y otros continúan siendo investigados.

Para analizar estos factores se ha recurrido a la clasificación del National Children's Bureau de Gran Bretaña sobre "Factores predictivos" de los resultados de las acogidas. En dicha clasificación se incluyen "Factores positivos" y "Factores negativos" relacionados con los agentes que intervienen en una acogida: niño, acogedores, trabajadores sociales y padres biológicos.

En general se denominan factores positivos o "protectores" (Fratter, Rowe y otros) a aquellos que estadísticamente tienen una influencia positiva significativa con el éxito. Igualmente pero de signo contrario para los factores negativos o mejor llamados "factores de riesgo."

Sobre ellos todos los investigadores coinciden en afirmar que no es posible referirse aisladamente a ellos en una relación de causa-efecto. Más que de un factor único se debe hablar de grupos de factores que asociados "aumentan las probabilidades de éxito o ruptura" (Fratter, Rowe y otros).

a.- Factores positivos relacionados con el hogar de acogida.

No presencia de chicos de la misma edad, sexo o más jóvenes que el acogido en la familia.

Es un factor reconocido como positivo por muy distintos estudios sobre acogida familiar (Berridge y Cleaver 1987; Strathclyde Study. 1988; Trasler. 1960; Parker. 1966; Wedge -estudios citados por el National Children's Bureau "Highlight". Nº 96. 1990-.

La diferencia de edad óptima marcada por algunos estudios, siendo el acogido el más joven, varía de 3 años en adelante (Wedge y Mantle 1989) a 5 años (Berridge y Cleaver. 1987). Cuando la diferencia de edad es menor el número de rupturas aumenta.

Acogida con parientes.

Los estudios revisados oscilan considerablemente en el grado de valoración de este factor si bien en general lo valoran positivamente.

Desde estar asociado con una alta tasa de éxito (Berridge y Cleaver,

1987; Malos y Bullard 1990), con buenos resultados (Rowe, J. "Long term foster care". 1984), con una leve menor tasa de ruptura (Kraus. Australia. cita de Piet de Man), hasta con solo algunas indicaciones a su favor (Piet de Man. 1989).

Matizando el éxito de estas acogidas algunos autores encuentran que es muy valioso en el caso de acogidas de larga duración y también para chicos mayores con más problemas donde la acogida con parientes logra mejores resultados (Rowe. J. y otros "Child Care now" 1989). Para otros estudiosos no tiene este factor la categoría de positivo. Más estudios en este aspecto serían necesarios ya que también se habla de que el hecho mismo de permanecer en la familia extensa puede ser un factor negativo para que se generen los cambios previstos en la familia nuclear cuando los planes de trabajo prevén la vuelta del niño.

Edad de la madre acogedora

Diversos estudios han puesto de manifiesto que cuando las madres tienen 40 años y más en el momento de la acogida, la tasa de interrupciones es menor que cuando son más jóvenes (Triseliotis. 1980; Cautley. 1980; Berridge y Cleaver. 1987 datos del National Children's Bureau. "Highlight. Nº 96. 1990).

Las tasas de ruptura que ofrece el estudio de Berridge y Cleaver, "Foster Home breakdown". 1987, son del 17% para las madres de menos de 40 años y del 34% para las más jóvenes de esta edad.

La edad del padre no se mostró significativa.

A pesar de todo la edad de los hijos es considerado como un factor de mucha más relevancia que la de la edad de la madre.

- Padres acogedores inclusivos de la familia natural (Thorpe. R. 1980; Triseliotis, 1980; Berridge y Cleaver. 1987; Aldgate y Hawley. 1986).

- Disposición de los acogedores a trabajar con trabajadores sociales (Cautley. 1980).

- Familias preparadas y con soporte post acogida. (Cautley. 1980; Strathclyde Study. 1988) Aldgate y Hawley. 1986; Thoburn 1990).

- Familias con su rol y expectativas claras. (Triseliotis. 1988; Aldgate y Hawley. 1986; Wilkinson. 1988).

Las referencias a estos cuatro últimos factores valorados como positivos para la acogida familiar proceden del artículo de la National Children's Bureau. "Foster Care Outcomes", fundamentado en un gran número de estudios e investigaciones.

b.- Relacionados con el trabajo social.

- Preparación y apoyo al niño.

La tarea de preparación tiene para la acogida una gran importancia en tanto se concibe como ayuda al niño o joven para que pueda elaborar la separación y aceptar e integrarse en la una nueva familia.

Ello supone ayudarlo a poner palabras a sus sentimientos confusos. Como señala Francoise Dolto, "por pequeño que sea el niño, será más capaz de superar las pruebas a las que la vida le somete y de conservar la confianza en sí mismo y en el mundo, si alguien le explica las razones de su padecimiento. En estas palabras el niño encuentra una seguridad y pacificación coherente".

- Preparación y apoyo post colocación a los acogedores.

- Implicación de los padres biológicos en los compromisos de la acogida.

- Establecimiento de un contrato con los acogedores, clarificando expectativas y roles.

- La práctica y experiencia del equipo.

(National Children's Bureau. "Foster Care Outcomes")

c.- Relacionados con la familia biológica.

- Acogida con los hermanos

Países con una larga experiencia en acogida familiar como Gran Bretaña reconocen que no ha sido suficientemente reconocido el rol que juegan los hermanos en la colocación.

En general los autores reconocen el efecto beneficioso que el estar con un hermano tiene para la estabilidad de los niños y unido a ello los sentimientos de pérdida y castigo de los que viven separados (Fisher y Whitaker 1985).

Por lo que se refiere a la acogida, la colocación con hermanos es valorada en diferentes estudios como un factor asociado a un porcentaje menor de rupturas y en mayor medida en las acogidas de larga duración (Estudio de Berridge y Cleaver, 1987 y estudio de Thoburne y Rowe). En otro estudio se valora positivamente este factor si bien concluye afirmando que no parece demostrarse que influya en la ruptura (Rushton y cols. 1988). Triseliotis introduce el matiz de calidad de la relación asociado a menos rupturas.

- En relación con los padres biológicos

- Relación con los padres biológicos a menos que haya fuertes indicaciones en contra.

- Confianza de los padres de que son importantes para sus hijos.

- Ausencia de sentimientos de rivalidad con los acogedores o sentimientos de culpa porque el hijo tenga que estar en acogida.

- Presencia en la familia de dificultades concretas más que problemas de relación.

Por lo que al tema de la relación del niño con sus padres se refiere, diversos estudios sobre acogida familiar se manifiestan en este sentido, relacionando el contacto con un menor porcentaje de rupturas y no como

una amenaza a la estabilidad (estudios de Berridge y Cleaver; Thoburn y Rowe)

El contacto como potenciador del bienestar del niño y como protector contra los efectos negativos de largos períodos de protección en las acogidas permanentes y de larga duración es también puesto de relieve en algunos estudios (Wedge y Mantle) (Weinstein. 1960 y Thorpe. 1974). El aumento de problemas de personalidad y conducta aparece asociado a la pérdida de contacto con los padres (Fanshel, Finch y Gurrundy. 1978).

Sin embargo no todos los estudios coinciden en resaltar aspectos positivos del contacto. Así la última investigación de Fanshel, Finch y Grundy presentada en su libro "Foster children in a life course perspective", 1990, pone de relieve que la relación con padres disfuncionales contribuye a generar trastornos emocionales en los chicos. En estos casos "los que pierden a sus padres temprano parecen estar mejor en algunos aspectos que aquellos que continúan teniendo relación con ellos".

Lo que en un principio parece una contradicción en los resultados de estas investigaciones realizadas por los mismos autores en los años 1978 y 1990, se clarifica tras el estudio de los grupos de población objeto de ambas investigaciones.

De él se deduce que el beneficio del contacto y la relación aparece asociado con una menor conflictividad de los padres y de los chicos, mientras que la mayor conflictividad también de padres e hijos (experiencias negativas de acogidas previas) está asociada a efectos negativos en los chicos.

A pesar de ello los investigadores continúan valorando los aspectos positivos que para el desarrollo psicológico del niño tiene el contacto. "Cuando la conducta de los padres hacia el hijo no es de un ataque grave, la ruptura total no ayuda al bienestar del niño. Aun cuando el niño esté envuelto en un gran conflicto con los padres es muy raramente una solución viable buscar la terminación de esa relación".

La importancia de este factor hace necesario continuar investigando sobre todo en los casos concretos de malos tratos. En este sentido como señala Triseliotis es necesario un marco teórico coherente basado principalmente en lo que se conoce empíricamente que es bueno para los niños.

d.- Factores negativos relacionados con el niño

- Largos períodos en centros
- Largos períodos bajo sistemas de protección o en listas de espera para ser colocados.
- Rupturas en colocaciones previas.
- Colocados en la adolescencia con graves problemas de conducta.
- Ignorancia sobre los orígenes.
- Falta de preparación.
- Rivalidad entre los acogidos y los niños de la familia acogedora.
- Edad del acogido muy cercana a la de otros niños de la familia. Se excluye el caso de hermanos colocados juntos.

- El niño o el joven está ambivalente o se opone a la colocación.
- Chicos muy trastornados. Con problemas de conducta severos.

La consideración de estos factores como negativos está apoyada en diversos estudios (recogidos en el artículo de la National Children's Bureau "Foster Care Outcomes" y por el Informe del Departamento de Salud).

El factor -problemas de conducta de los acogidos- ha sido objeto de estudio en diferentes investigaciones. Para algunos autores tiene una conexión muy fuerte con las rupturas y es la razón más frecuente de ellas (relación de estudios citados en el trabajo de Piet de Man. 1989).

Edad al inicio de la acogida.

En muchos estudios se confirma que cuanto más pequeño sea el niño en el momento de la colocación mayores son las probabilidades de éxito.

La edad de tres años para algunos autores y la de 5 para otros es una edad en la que se produce un ascenso importante del número de rupturas frente al aumento progresivo de edades anteriores.

En etapas posteriores, la adolescencia es la que marca un ascenso muy importante de rupturas que desciende superada esta edad.

En la adolescencia el factor edad es contrarrestado según algunos estudios por el mayor cuidado puesto en este tipo de acogidas por el hecho mismo de considerarse más difíciles. En este sentido el trabajo técnico más riguroso aparece en varias ocasiones como un factor asociado a un aumento del éxito en situaciones difíciles. Como señala Triseliotis, los chicos que se adoptan y acogen son cada vez más difíciles y sin embargo las tasas de ruptura se mantienen iguales a épocas anteriores.

Chicos que han sufrido abuso y privación.

El haber sufrido malos tratos antes de la acogida aparece en la investigación de Fratter, Rowe y cols (1991) como uno de los factores de riesgo de ruptura en las colocaciones familiares permanentes. Sin embargo el factor edad al inicio de la colocación juega en estos casos un papel importante.

En este sentido la conjunción de ambos factores está asociada significativamente con la ruptura. Así, los chicos con una edad de 9 años y más al ser colocados en acogida a los que además se añade el hecho de que habían tenido una historia de "deprivación y abuso", tenían un porcentaje más alto de rupturas (41%) que los de la misma edad que no habían sufrido estas experiencias (30%).

En el caso de niños más pequeños el hecho de haber sufrido malos tratos no aparece relacionada con las tasas de ruptura

3.- PROPUESTAS DE ACTUACION

Prestar una atención adecuada a los niños que han sido objeto de malos tratos y a sus familias a través de los recursos disponibles requiere continuar el esfuerzo en la promoción de estudios e investigación en este tema. Ello será una contribución importante para el desarrollo de un trabajo

técnico riguroso en un ámbito donde hasta ahora las convicciones personales, el subjetivismo, ha ocupado un espacio importante en el quehacer profesional.

En este sentido se indican algunas propuestas de actuación:

- Contar con estadísticas a nivel autonómico y nacional, que posibiliten conocer la atención dispensada a los niños y familias que atraviesan situaciones de dificultad y que sirvan de base para proponer nuevas actuaciones y analizar la evolución de la población atendida y de los recursos de protección utilizados.
- Difundir el resultado de investigaciones nacionales y extranjeras que puedan servir de ayuda y orientación para la intervención.
- Promover investigaciones sobre factores de riesgo y factores asociados con el éxito en los diferentes tipos de acogida.
- Promover el diseño o validación de instrumentos de recogida y análisis de datos con objeto de posibilitar una mejora en el proceso de toma de decisiones sobre los niños y sus familias.
- Desarrollar programas experimentales de acogida para niños con necesidades especiales y programas de preparación de familias de acogida.

BIBLIOGRAFIA

- DEPARTMENT OF HEALTH. "Patterns and Outcomes in Child Placement". HMSO.Londres. 1991.
- FANSHEL, D. FINCH. S, GRUNDY. J. "Foster children in a life course perspective". Columbia University Press. 1990.
- FITZGERALD, J." Understanding disruption". BAAF. Londres. 1983.
- FRATTER, J. ROWE, J. SAPSFORD, D.THOBURN, J. "Permanent family placement". BAAF. Londres. 1991.
- GOSSENS, P. "Niños en familias: (des) colocados o acogidos? Abandonados o confiados? Se pierden o se marchan? Revista L'Enfant. Bélgica. 1985.
- NATIONAL CHILDREN'S BUREAU. Highlight. "Foster Care Outcomes". Nº 96. Londres. 1990.
- PIET DE MAN, J. "Predicting Outcome of long-term foster family placement of children". Artículo presentado en la 6ª Conferencia Internacional sobre acogida familiar de la Universidad de Michigan. USA. 1989.
- ROUYER, M. "El acogimiento familiar". Tratado de Psiquiatría del niño y el adolescente. Volumen 6. Biblioteca Nueva.
- SOLER, Miracles. "L'a Acolliment familiar des de la perspectiva del centre d'internament". Jornadas sobre Acogimientos familiares. Lérida. Diciembre 1991.
- TRISELIOTIS, J. "Permanency planning". n Revista Adoption and Fostering. BAAF. V.1 5 nº 4. 1991.
- TRISELIOTIS, J. y HILL, M. "The psychology of the adoption". Artículo "Contrasting adoption, foster care y residencial rearing". Editores: Brodzinsky y M. D. Schechter.

EL ACOGIMIENTO EN INSTITUCIONES

TONI LLORET I GRAU

VALOR DE LA INSTITUCION/ VALOR DE LA INFANCIA:

¿Por qué tenemos hoy las instituciones que tenemos?

Parece importante, en primer lugar, hacer una breve reflexión sobre el tipo de instituciones que existen, entendiendo cuál es su origen desde un punto de vista conceptual y metodológico. Ello puede ayudar a comprender mejor la posición que ocupan actualmente, en el marco de la atención a la infancia maltratada o en riesgo.

De un modo arbitrario, a efectos del discurso que iniciamos, podemos situarnos en un origen de las instituciones, sustentado en la base de una solidaridad a precario. Es decir que originariamente, se trataba de atender a la población infantil rechazada por la corriente dominante de la sociedad, básicamente desde la caridad privada y en menor medida desde la caridad pública.

Estábamos pues, en ese momento, frente a un servicio "de restos" que, salvo excepciones, tenía como meta el proporcionar los elementos imprescindibles para cubrir las necesidades básicas del niño; sin que en dichas necesidades básicas se incluyera ningún tipo de relación ni cuidado afectivo. Este tipo de relación, quedaba a discreción del adulto que quisiera establecerla o de las características del niño que supiera o pudiera provocar este tipo de sentimientos en la persona que lo tenía a su cargo.

Este sistema de protección a mínimos constituía, en definitiva y en ese momento, un cierto principio de solidaridad. Solidaridad que, desde la perspectiva actual, podríamos calificar como de "segregacionista" y que supone, de hecho, una de las bases principales en las que se fundamentan las instituciones actualmente en funcionamiento en la mayor parte del estado español.

Estamos hablando pues de un origen de atención a la infancia fundamentado en la caridad tomada desde la vertiente católica y consecuentemente entendida como "el favor de unos hacia otros necesitados", donde los "unos" eran la parte digna de la sociedad y los "otros" eran los niños, y todo ello instrumentalizado con unos intermediarios que normalmente pertenecían a alguna orden religiosa.

No deben entenderse estos comentarios como el reflejo de una posición personal anticlerical, sino simplemente como la constatación de un fenómeno histórico que, en su momento, constituía un mecanismo de autoregulación social útil y por tanto no criticable.

técnico riguroso en un ámbito donde hasta ahora las convicciones personales, el subjetivismo, ha ocupado un espacio importante en el quehacer profesional.

En este sentido se indican algunas propuestas de actuación:

- Contar con estadísticas a nivel autonómico y nacional, que posibiliten conocer la atención dispensada a los niños y familias que atraviesan situaciones de dificultad y que sirvan de base para proponer nuevas actuaciones y analizar la evolución de la población atendida y de los recursos de protección utilizados.
- Difundir el resultado de investigaciones nacionales y extranjeras que puedan servir de ayuda y orientación para la intervención.
- Promover investigaciones sobre factores de riesgo y factores asociados con el éxito en los diferentes tipos de acogida.
- Promover el diseño o validación de instrumentos de recogida y análisis de datos con objeto de posibilitar una mejora en el proceso de toma de decisiones sobre los niños y sus familias.
- Desarrollar programas experimentales de acogida para niños con necesidades especiales y programas de preparación de familias de acogida.

BIBLIOGRAFIA

- DEPARTMENT OF HEALTH. "Patterns and Outcomes in Child Placement". HMSO.Londres. 1991.
- FANSHEL, D. FINCH, S, GRUNDY, J. "Foster children in a life course perspective". Columbia University Press. 1990.
- FITZGERALD, J." Understanding disruption". BAAF. Londres. 1983.
- FRATTER, J. ROWE, J. SAPSFORD, D.THOBURN, J. "Permanent family placement". BAAF. Londres. 1991.
- GOSSENS, P. "Niños en familias: (des) colocados o acogidos? Abandonados o confiados? Se pierden o se marchan? Revista L'Enfant. Bélgica. 1985.
- NATIONAL CHILDREN'S BUREAU. Highlight. "Foster Care Outcomes". Nº 96. Londres. 1990.
- PIET DE MAN, J. "Predicting Outcome of long-term foster family placement of children". Artículo presentado en la 6ª Conferencia Internacional sobre acogida familiar de la Universidad de Michigan. USA. 1989.
- ROUYER, M. "El acogimiento familiar". Tratado de Psiquiatría del niño y el adolescente. Volumen 6. Biblioteca Nueva.
- SOLER, Miracles. "L'a Acolliment familiar des de la perspectiva del centre d'internament". Jornadas sobre Acogimientos familiares. Lérida. Diciembre 1991.
- TRISELIOTIS, J. "Permanency planning". n Revista Adoption and Fostering. BAAF. V.1 5 nº 4. 1991.
- TRISELIOTIS, J. y HILL, M. "The psychology of the adoption". Artículo "Contrasting adoption, foster care y residencial rearing". Editores: Brodzinsky y M. D. Schechter.

EL ACOGIMIENTO EN INSTITUCIONES

TONI LLORET I GRAU

VALOR DE LA INSTITUCION/ VALOR DE LA INFANCIA:

¿Por qué tenemos hoy las instituciones que tenemos?

Parece importante, en primer lugar, hacer una breve reflexión sobre el tipo de instituciones que existen, entendiendo cuál es su origen desde un punto de vista conceptual y metodológico. Ello puede ayudar a comprender mejor la posición que ocupan actualmente, en el marco de la atención a la infancia maltratada o en riesgo.

De un modo arbitrario, a efectos del discurso que iniciamos, podemos situarnos en un origen de las instituciones, sustentado en la base de una solidaridad a precario. Es decir que originariamente, se trataba de atender a la población infantil rechazada por la corriente dominante de la sociedad, básicamente desde la caridad privada y en menor medida desde la caridad pública.

Estábamos pues, en ese momento, frente a un servicio "de restos" que, salvo excepciones, tenía como meta el proporcionar los elementos imprescindibles para cubrir las necesidades básicas del niño; sin que en dichas necesidades básicas se incluyera ningún tipo de relación ni cuidado afectivo. Este tipo de relación, quedaba a discreción del adulto que quisiera establecerla o de las características del niño que supiera o pudiera provocar este tipo de sentimientos en la persona que lo tenía a su cargo.

Este sistema de protección a mínimos constituía, en definitiva y en ese momento, un cierto principio de solidaridad. Solidaridad que, desde la perspectiva actual, podríamos calificar como de "segregacionista" y que supone, de hecho, una de las bases principales en las que se fundamentan las instituciones actualmente en funcionamiento en la mayor parte del estado español.

Estamos hablando pues de un origen de atención a la infancia fundamentado en la caridad tomada desde la vertiente católica y consecuentemente entendida como "el favor de unos hacia otros necesitados", donde los "unos" eran la parte digna de la sociedad y los "otros" eran los niños, y todo ello instrumentalizado con unos intermediarios que normalmente pertenecían a alguna orden religiosa.

No deben entenderse estos comentarios como el reflejo de una posición personal anticlerical, sino simplemente como la constatación de un fenómeno histórico que, en su momento, constituía un mecanismo de autoregulación social útil y por tanto no criticable.

Sin embargo, también es innegable que esta tradición asistencial, ha tenido una fuerte influencia en la evolución de la cultura metodológica asistencial.

Dicha influencia, se manifestó con la máxima claridad en el momento en el que el estado interviene (a partir de mediados del siglo pasado) en los procesos de atención social, con el nacimiento de las grandes instituciones. Estas, con el soporte económico del estado de las administraciones locales y sin olvidar la caridad privada, consiguieron elevar de forma considerable el estándar medio de la calidad de vida de los asistidos (en este caso niños).

Sin embargo, debemos entenderlo también, como una mejora en lo material, puesto que en lo afectivo la situación se mantuvo, así como también se seguía aplicando el criterio de desigualdad social involuntaria, hacia el niño acogido. Es decir, continuaba siendo sujeto de la caridad, aunque, en este caso, a medias entre lo público y lo privado.

Llegados a este punto, quizá sea conveniente hacerse la pregunta sobre el grado de influencia que pueden haber tenido estos antecedentes, en la sensiblemente más reducida incidencia de los acogimientos familiares (no adopciones) en nuestra sociedad, respecto a la que se puede observar en otros países. Pregunta a la que tal vez habría que responder precisamente, estudiando el grado de influencia que el concepto de asistencia caritativa aplicado en las instituciones, haya tenido en su correlato social natural que podríamos definir como "familias ayudan familias" o simplemente como "la sociedad reconoce efectivamente, el derecho de los niños a vivir en familia".

Pero volviendo a nuestro tema, no creo que podamos estar seguros de que ese tipo de instituciones caracterizadas por su gran tamaño y por su enfoque caritativo, hayan desaparecido por completo de nuestro panorama. Sin embargo, también hay que reconocer que ha habido una evolución, en muchos casos substancial, de algunas instituciones que, partiendo del modelo anterior como referente directo, o intentando posicionarse en un lugar claramente contrario, han encontrado una fórmula apropiada que ha permitido entrar en la vida de las profesionalización y del trato especializado en función de las características técnicas observadas en el niño y en función también, de las necesidades afectivas del menor institucionalizado.

¿Qué valor tiene?

El hecho de contar con un tipo u otro de centros, ilustra -como se ha podido vislumbrar en el punto anterior- el tipo de solidaridad que la sociedad ha querido o podido ejercer en cada momento histórico.

La solidaridad pues, se convierte en el punto de referencia básico para comprender la evolución asistencial que, respecto a la infancia, ha habido en este estado. Pero junto con ello, no cabe olvidar que el ejercicio de la solidaridad (oficial o privada), conlleva una demostración del valor que se le da al sujeto receptor de tal solidaridad.

Se hace imprescindible por tanto, determinar el valor que se le da a la

infancia, para poder ajustar los presupuestos a asignar y el tipo de servicios a prestar.

Naturalmente, si a cualquiera que se le pregunta si la infancia tiene o no algún valor, la respuesta es inmediata e indudable; se responde que tiene todo el valor, el máximo posible. Ejemplo práctico de ello, son las múltiples resoluciones, dictámenes, declaraciones e incluso leyes, que respecto a la infancia son aprobados por unanimidad en los distintos parlamentos del estado.

Esta unanimidad nos demuestra que existe una voluntad en todos los partidos políticos y por tanto en los representantes de la ciudadanía, de conceder a la infancia el máximo escalafón social.

Sin embargo, es extremadamente fácil, en la práctica, observar cómo dichas resoluciones, dictámenes, declaraciones o leyes, son incumplidas, a veces de modo absoluto, a veces parcialmente.

Cabe preguntarse entonces, si las declaraciones tendentes a manifestar ese gran valor atribuido a la infancia, son reales o, por el contrario, significan tan sólo una expresión de voluntades sin contenido.

La trascendencia de esta contradicción implica, seguramente también a la población en general, con lo cual, fácilmente podríamos llegar a la conclusión de que no hay una coincidencia plena entre el discurso oficial y el real sobre el valor que se atribuye a la infancia en nuestra sociedad.

Hay que insistir en la necesidad de descubrir y dimensionar lo más precisamente posible este valor. Si no somos capaces de respetar nuestras propias regulaciones legales referidas a los menores y emanadas de un estado de derecho, es lógico pensar que también será difícil ofrecer unos servicios adecuados a las necesidades de los niños, e incluso más, también será coherente concluir que puede ser equívoca la dimensión que se concede a las necesidades de la infancia por sí mismas.

Ahí está precisamente el punto crucial. La definición que en cada momento histórico se ha hecho de las necesidades de la infancia en general y de la infancia maltratada en particular, ha ido fluctuando en base a valor que correspondientemente, la sociedad ha atribuido a su población infantil.

Recordemos aquí, el estadio en el que la sociedad fue reconociendo progresivamente, el derecho de los niños a no tener que trabajar (aunque este logro esté aún por afianzarse definitivamente en algunas partes del mundo), momento que supuso un importante avance en términos del valor que antes se mencionaba.

¿Cabe preguntarse pues, a la vista de lo apuntado, sobre el valor que actualmente le damos a la infancia y, consiguientemente sobre la forma o formas en que se satisfacen sus necesidades?

¿El actual tipo de tratamiento institucional, responde a las necesidades observadas y diagnosticadas en base a criterios técnicos y sociológico-políticos, o deberíamos concluir que se trata más bien de una inercia también socio-política de satisfacción de mínimos imprescindibles?

Naturalmente, son preguntas de muy difícil respuesta, pero de obligado

planteamiento si queremos abordar cualquier tema referido a la infancia, con una perspectiva de racionalidad y de estrecha vinculación con la realidad social imperante.

No pretendo seguir aquí estrictamente con estos planteamientos, puesto que suponen una perspectiva de análisis muy general, aunque sí es imprescindible tenerlos muy presentes para abordar una reflexión mínimamente fundamentada del acogimiento de niños en instituciones.

LA INSTITUCION PALIATIVA.

A tenor de lo dicho hasta aquí, deberemos definir en primer lugar, la institución paliativa, es decir, el acogimiento de menores en instituciones pensadas más para satisfacer una necesidad social que para atender adecuadamente a unos niños que han sido lesionados en sus derechos fundamentales.

Estas, como se apuntaba al principio, son hogares, casas, colectivos, etc., que existen como medio para asegurar las prestaciones básicas imprescindibles a los niños maltratados o necesitados de una atención temporal sustitutoria.

Lo defino precisamente con el término "paliativa" porque éste es precisamente su objetivo principal, "paliar la situación del menor".

Actualmente, la mayoría de estas instituciones están siendo reconvertidas, lo han sido o lo serán en breve, para conseguir básicamente dos objetivos. En primer lugar, se trata en mucho casos de rehacer o cambiar profundamente unas instalaciones ya obsoletas y pensadas para acogimientos masivos, en épocas en las que los índices de natalidad eran considerablemente más altos que en la actualidad. El segundo, responde a la necesidad de respuesta técnico-educativa que surge de la apertura de diligencias administrativas y judiciales más precisas y con más contenido técnico, y que a su vez provocan también la existencia de profesionales especializados en disciplinas que no hace muchos años tal vez ni existían, por lo menos en este ámbito de trabajo.

A pesar de ello, es muy difícil encontrar leyes o cualquier otra normativa que regule la existencia y funcionamiento de las instituciones. Puede que existan algunas leyes sobre la atención a menores, en las que se haga referencia al acogimiento institucional, pero ese será el punto final. Por tanto, desde el momento en el que un niño entra en una institución, la máxima referencia legal que él mismo puede utilizar como referente, es un reglamento de régimen interno si es que existe. Su vida quedará entonces, absolutamente en manos de unos profesionales o unos voluntarios que se ocuparán de él y de todas sus necesidades, bajo unos criterios que, a menudo tienen que ver más con el mundo de los deseos personales que con el de la profesionalización adecuada y adaptada a un fin asistencial de tan alta trascendencia, como el que aquí estamos tratando.

Sería algo así como si se creyera que a un niño que ha sido maltratado se le debe hacer "la caridad" de tener en cuenta sus derechos, cuando, evidentemente, lo que hay que hacerle es justicia.

Estamos hablando pues de una institución que no contempla entre sus

objetivos el atender las necesidades afectivas del niño ni, en según qué casos, tampoco la socialización integradora y normalizadora de ese menor. Sí garantiza en cambio, la protección y las atenciones básicas materiales y tal vez también espirituales.

LA INSTITUCION ALTERNATIVA.

Este enunciado, se refiere a las opciones existentes en el ámbito asistencial, que representan no una alternativa de vida para el niño, sino una oferta adecuada a sus necesidades de atención personalizada y por tanto integral.

Como se apuntaba al principio, es el termómetro del valor dado a la infancia, el que va a determinar el tipo de legislación y los métodos que se aplicarán para atender a la infancia en riesgo o maltratada. Sin embargo, desde ya hace tiempo, ha habido iniciativas de tratamiento residencial, tendentes a crear una institución adaptable al máximo al fenómeno que supone el hecho de tener un niño en un medio no familiar y por tanto extraño a su realidad e incluso extraño a los mandatos de la cultura dominante en nuestra sociedad.

Dichas iniciativas han centrado su acción en el niño como sujeto de atención por sí mismo y como persona a la que hay que atender en todas sus facetas, mientras está en el centro.

Por supuesto, ello incluye una atención desde la profesionalidad para la vertiente afectiva que todo niño manifiesta y que no puede encerrarse en un paréntesis, mientras esté institucionalizado.

Así pues, estamos hablando de centros (normalmente de muy reducida capacidad), en los que se pretende reproducir, con las lógicas limitaciones, un entorno familiar. Pero contrariamente a lo que podría parecer, no se trata tanto de crear familias ficticias, como de ofrecer la posibilidad al niño de "familiarizarse" con su nuevo hogar, entendiendo por tal el espacio de vida que permite el aprendizaje de pautas de conducta, el reconocimiento de relaciones afectivas y la introducción o mantenimiento -según los casos- del niño en el entorno social, como principio de normalización. Y todo ello, dado que una institución nunca será una familia, orientado desde la profesionalidad de los educadores, los principios diagnósticos, los programas individuales, la evaluación y el trato personalizado de acuerdo con el origen socio-cultural y el previsible futuro del niño.

EL NIÑO MALTRATADO INSTITUCIONALIZADO.

No voy a disertar en este punto, sobre los efectos de la institucionalización y hospitalización en los niños. Es un tema muy debatido ya en muchas ocasiones y por parte de muchos profesionales.

Sí creo conveniente, en cambio, reflexionar a modo de recordatorio, sobre el significado que para el niño, tiene o puede haber tenido un internamiento.

Más allá pues, de los malos tratos que ocasionalmente las instituciones cometen, o de los ya mencionados efectos propios de la institucionaliza-

ción, existe el fenómeno que podríamos convenir en llamar "el sello institucional".

Se trata, evidentemente, de la impronta que el hecho de haber sido institucionalizado, deja en el niño. De ello existen múltiples ejemplos, de los que tal vez los más claros, sean los casos de menores internados en segunda o tercera generación. Con ello podemos asegurar, que la impronta o sello del que hablábamos, no es tan sólo una marca poco estética en el curriculum personal, sino que puede constituir algo así como un "virus" reproducible por herencia, si no es tratado a tiempo.

Por otra parte, tampoco es difícil observar casos en los que la variante se plasma en la dignificación de la institución como suplente lógico a la eventual incapacidad de los padres para ejercer de tales. Dignificación producto de los propios progenitores o incluso -y es mucho más grave- de algunos pseudoprofesionales.

Creo que estos son claros ejemplos de los efectos que, además de otros muchos, se deberían evitar en el fenómeno institucional.

De acuerdo a lo mencionado en los apartados anteriores, si atribuimos un valor determinado a la infancia y se dimensionan las necesidades en consecuencia, debería ser posible también tener en cuenta estos efectos "retardados" que, probablemente, tienen su origen en el atentado cometido contra la autoestima del que fue niño internado, por el olvido al tratamiento de su afecto y por haber recurrido la sociedad excesivamente a la institucionalización como recurso lógico y único.

EL FUTURO DE LAS INSTITUCIONES.

Si se atiende pues a lo dicho hasta ahora, se llegará a la conclusión de que, cuando menos, las instituciones tradicionales deberían perder su papel de "final lógico para el niño que tiene que ser apartado de sus padres" y, por tanto, deberían de dejar de ser el RECURSO para los casos de infancia maltratada e incluso para los casos cuya cesión de guarda temporal ha sido solicitada y pactada por los progenitores.

Una vez se haya cedido el testigo de ser "recurso natural" a los acogimientos familiares temporales (simples), podrá procederse a revalorizar la institución, en varios sentidos.

Y al dejar por tanto también, de ser el recurso para todos, la institución podría redefinirse en sus objetivos y consecuentemente limitarse y especializarse.

Para ello hay que salir del punto de partida e iniciar un debate -que yo sugiero a nivel regional y local, para garantizar su vinculación a cada realidad- sobre el valor que se le quiere dar a la infancia, dimensionar las necesidades y definir, en consecuencia, los distintos recursos a habilitar. Si uno de estos son las instituciones, habrá que responder las preguntas correspondientes a si son necesarios centros residenciales como alternativa de vida o si se les podría dar forma de colectivos semi-autónomos (para jóvenes), si sería conveniente disponer de centros de readaptación para los niños que vuelven a su medio después de un internamiento prolongado, si sería conveniente que existieran centros para atender posibles necesidades

de internamiento urgentes, si sería mejor disponer de más residencias madre-hijo, si sería aconsejable que se pudiera garantizar atención terapéutica a los maltratadores al mismo tiempo que se atiende a los niños, etc...

En definitiva, pues, estamos hablando de un futuro de centros con "adjetivo" que define la característica que lo peculiariza y que por tanto explique su razón de ser y su utilidad concreta.

Estamos hablando también de instituciones que pueden ofrecer residencia para el niño o que, paralelamente o en su lugar, puede suponer un recurso terapéutico para la familia (residencias para familias) o puede significar un recurso socio-educativo (guarderías madre-hijo).

Consecuentemente, nos referimos a una institución pequeña adaptada y adaptable, cuya definición responde a un fin concreto, circunscrita a un medio social y no dibujada fuera de éste y para que sea posible, desde ella, prestar múltiples servicios especializados, en función de necesidades individuales convenientemente identificadas y diagnosticadas.

A.T. 8
**INVESTIGACION
 Y MALTRATO INFANTIL**

INTRODUCCION: LOURDES GAITAN MUÑOZ



La pertinencia de la investigación como modo de conocer más y mejor las características del maltrato infantil es asumida, en términos generales por cuantos, debido a su actividad profesional, tienen que enfrentarse de uno u otro modo con este doloroso hecho y sus consecuencias.

Reconocido su interés, la materialización de la actividad investigadora parece que se delega en manos de ciertos especialistas. Pero no es solamente a ellos a quienes importa la discusión acerca del qué, por qué, para qué y cómo investigar. Por ello, el objetivo de este grupo de trabajo es el de centrar los principales temas en torno a las posibilidades y limitaciones de la investigación sobre el maltrato infantil, para atraer la atención y facilitar el debate, también con los no especialistas.

Cuestiones como:

- Cuál es la utilidad práctica de una actividad teórica.
- Por qué la investigación puede ayudar a superar la visión incompleta (y a veces engañosa) de los hechos proporcionada por el saber común (el sentido común).
- Cómo somos todos "consumidores" de investigaciones en nuestras sociedades avanzadas, al ser el recurso al cientificismo un modo de validación y legitimación de cualquier argumento.
- Cómo repercuten las ideaciones sociales sobre el fenómeno del maltrato en la propia investigación (modificación por el investigador en el hecho investigado).
- Cuáles deben ser las limitaciones impuestas por la ética en las investigaciones sobre conductas humanas o relaciones sociales.
- Qué posibilidades existen de transformación de los hechos, las conductas y las actuaciones institucionales a partir de los hallazgos resultantes de las investigaciones.

Son algunos de los aspectos que pueden constituirse en objeto de reflexión, aprovechando el marco privilegiado que proporciona la realización de este III Congreso, y la presencia de tres destacados ponentes que vienen a representar: el impulso racionalizado de la investigación, el estudio y

rigor metodológico y la aplicación práctica de lo investigado a la modificación de conductas.

Sirvan las breves ideas que siguen como una introducción a los temas que ellos tratarán ampliamente y como una invitación al diálogo que entre todos podremos establecer.

El interés por investigar arranca de una insatisfacción con las explicaciones disponibles acerca de los fenómenos que suceden a nuestro alrededor. Ponerse a investigar significa confiar en la capacidad del pensamiento para hallar nuevas respuestas y también reconocer que las actuales explicaciones de los hechos fueron producidas por pensamientos anteriores. Así puede decirse que investigar equivale a mirar las cosas, una y otra vez, de forma diferente.

De este modo, de la actividad indagatoria se obtienen nuevas explicaciones consistentes, que entrarán a formar parte del saber (común o especializado) acerca de las cosas, con una validez, al menos provisional, que podrá ser modificada por los resultados de nuevas investigaciones.

Desarrollar y aumentar el conocimiento sobre conceptos teóricos y prácticos es, por lo tanto, una de las funciones de la investigación. Pero también es su función desarrollar y poner a prueba los propios métodos de obtener conocimiento. La investigación puede tener, por fin, una función transformadora cuando se aplica para realizar alguna cosa mejor, o más eficientemente.

La existencia de un saber de sentido común, representa una gran ventaja para el desarrollo de la vida humana. A través de la socialización recibimos explicaciones sobre las cosas que nos permiten disponer de una serie de respuestas de rutina, quedando libre una gran capacidad de elaboración para aplicarse a responder de modo original a situaciones desconocidas.

Esta ventaja tiene su contrapartida en que el saber de sentido común puede aparecer como un conocimiento inmanente, no como lo que es: una explicación construida siempre con algún tipo de respaldo teórico y seleccionada en la medida que resulta acorde con una posición ideológica, con una visión particular del mundo.

En este sentido, la realización de una investigación científica equivale a poner en duda opiniones consabidas, sometiéndolas a examen mediante normas metodológicas válidas, aceptadas también como científicas.

Si además la investigación se realiza incluyendo una devolución del conocimiento adquirido al contexto investigado (como preconiza la investigación -acción- participativa), se consigue el objetivo de transformar el "sentido común" en "buen sentido" o conocimiento crítico.¹

Abundando en el argumento de que, en la era actual todos somos "consumidores" de productos de investigación, cabe llamar la atención respecto al uso frecuente, en los medios de comunicación, de datos más o menos estadísticos, resultados de encuestas, etc. Asimismo, es habitual el recurso de los profesionales y las instituciones a apoyarse en datos para justificar determinadas decisiones. También es común la demanda de que se definan "técnicamente" el "perfil del maltratador" o "la incidencia real del maltrato", por ejemplo.

Cualquiera de nosotros, aunque no seamos especialistas en investigación, ni deseemos dedicarnos a ella, precisamos contar con unos conocimientos mínimos acerca del proceso de investigación, las metodologías más adecuadas al estudio de cada objeto, la interpretación de los resultados y la relatividad de las conclusiones, para juzgar correctamente el margen de credibilidad o la confianza que puede depositarse en los resultados que se difunden o en la información que se utiliza.

En cualquier caso, todo saber social tiene un carácter problemático. Las ciencias sociales pretendieron superarlo recurriendo al uso de metodologías cuantitativas inspiradas en el modelo positivista de las ciencias naturales. Los enfoques cualitativos prefieren aceptar la dificultad de medir "objetivamente" y se centran en la interpretación de los hechos humanos. Reconocen también que al ser la realidad social, o ciertos aspectos de la misma, el objeto último de la investigación social, el investigador forma parte de lo investigado, puede compartir la ideología social dominante y no la del sector específico que estudia, y con su intervención está, por fin, introduciendo variaciones en el hecho investigado.

La polémica entre cuantitativismo/cualitativismo, sin estar superada, ha perdido virulencia en la medida en que hoy se admite que, para aproximarse a la realidad, el investigador puede adoptar una sola perspectiva metodológica o seleccionar varias, permitiéndole esta última opción captar más dimensiones de la siempre compleja realidad, si bien parece que es preciso en todo caso que la metodología elegida corresponda adecuadamente con el objeto de estudio.²

Disponer de conocimiento relevante sobre la naturaleza de los problemas sociales, para la prevención de los mismos o el tratamiento de sus consecuencias, reviste la mayor importancia. No obstante, la forma de obtener conocimiento acerca de la delicada materia que son las relaciones interpersonales, enfrenta con frecuencia al investigador con cuestiones éticas difíciles de resolver.

Estas pueden estar originadas: por el tipo de cuestiones estudiadas o por los métodos utilizados para obtener respuestas. Aunque el investigador tiene la responsabilidad social de, con su trabajo, contribuir a aumentar el conocimiento, simultáneamente debe preservar la integridad de los sujetos durante y después de la investigación.

Esta doble obligación puede generar conflictos entre valores, y si bien algunas veces el conflicto puede soslayarse mediante la utilización de procedimientos de investigación alternativos, en otras ocasiones esto no es posible.

En este último caso, la valoración de los beneficios sociales que puede reportar la investigación, enfrentada a la valoración de los costes humanos que arrastra la misma puede hacer aconsejable, incluso, el abandono del proyecto investigador.³

La última cuestión que se mencionaba al comienzo de esta Introducción se refería a las posibilidades de transformación de los hechos, como consecuencia de la actividad investigadora. Sin lugar a dudas, la exposición de los ponentes, que se inicia a continuación, dará sobrada respuesta al mencionado tema.

¹ Ver FALS-BORDA, O., "The Application of Participatory Action Research in Latin American", en "Globalization, Knowledge and Society". Sage Pub. London, 1990.

² Ver BELTRAN, M., "Cinco vías de acceso a la realidad social", e IBAÑEZ, J. "Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas" en "El análisis de la realidad social". Alianza Universal. Madrid, 1989.

³ Ver COOK, S. W. "Temas éticos en la realización de investigación en relaciones sociales" en "Métodos de investigación en las relaciones sociales". Rialp. Madrid, 1980.

LOS RESTOS ACTUALES DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL MALTRATO INFANTIL EN ESPAÑA

JOAQUIN DE PAUL OCHOTORENA

Algunas líneas actuales de la investigación sobre el maltrato infantil.

En el anterior II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada celebrado en Vitoria hace dos años, tuve la oportunidad de exponer los temas que considero principales en la investigación sobre el maltrato infantil en España. Todas ellas siguen siendo perfectamente actuales y pendientes de aportaciones derivadas de investigaciones realizadas con muestras de nuestro país. Partiendo de lo allí expuesto, voy a tratar de presentar una de las cuestiones que me parecen más preocupantes en este momento: el desarrollo de programas de tratamiento y prevención que no tienen soporte ni en evaluaciones previas de resultados de los recursos utilizados ni en estudios empíricos sobre los factores etiológicos de cada una de las tipologías de maltrato en las que se interviene.

Los objetivos esenciales a finales de todas las actuaciones e intervenciones que se llevan a cabo en el ámbito de la Protección infantil se pueden resumir en tres:

1. Recuperar a los padres y familias maltratantes y negligentes de forma que puedan y sepan ejercer adecuadamente el rol parental. Para ello se tratará de hacer desaparecer o de mitigar el efecto de los factores que provocan, mantienen y potencian dichas situaciones y de potenciar el efecto de los factores moderadores de los anteriores.
- 2.- Evitar que los padres y familias en quienes se presentan las condiciones que favorecen la aparición futura de tales situaciones de maltrato lleguen a desarrollar tales problemas.
3. Procurar, en cualquiera de las situaciones posibles que se den en la tarea de la protección infantil, que las situaciones de maltrato y abandono vividas por los niños víctimas provoquen las menos consecuencias posibles en su funcionamiento físico y psíquico.

Uno de los peligros típicos del abordaje de tales objetivos está en la creencia de que el único problema para conseguirlos se encuentra en la falta de los recursos adecuados o en la absoluta irrecuperabilidad de las familias, los padres o los niños, según el caso.

En términos generales y salvo excepciones muy destacables, en nues-

tro país se cuestiona poco la eficacia de los recursos de intervención, se tenga o no acceso a ellos, se cuestiona poco la formación teórica y técnica de los profesionales dedicados a esta tarea y se aborda con poca perspectiva científica la tarea de la intervención terapéutica y preventiva frente a las situaciones de protección infantil.

Desde mi punto de vista, el problema en este campo no llega a ser el de "que investiguen otros". Sería un importantes avance para este campo el trabajo y para otros relacionados con los servicios sociales y la intervención social el hecho de que los profesionales tuvieran la costumbre de acceder y estudiar las investigaciones realizadas en otros países sobre la etiología de cada tipología de maltrato infantil, sus consecuencias, la eficacia de los programas de tratamiento, etc. Desde mi punto de vista se actúa en la creencia de que se sabe sobre que se debe actuar. La investigación realizada en otros países sobre los aspectos principales del maltrato se suele criticar por no ser aplicable a nuestra cultura. Pero el realizar investigaciones similares en nuestro ámbito y con nuestros casos y nuestras familias se suele entender como un lujo superfluo al servicio de los investigadores que escriben artículos en revistas que nadie lee.

La urgencia de la actuación cotidiana y la escasa formación teórica existente en este ámbito de trabajo provocan una situación de círculo vicioso. Por una parte, se colapsa la generación de preguntas a los investigadores por parte de los profesionales de la intervención directa. Por otra parte, sin estas preguntas, los investigadores responderán a sus preocupaciones teóricas y tratarán de confirmar sus modelos teóricos antes que aportar conocimientos que a medio o largo plazo puedan mejorar las posibilidades de intervención.

Desde mi punto de vista, todos los esfuerzos de los investigadores sobre protección infantil (universitarios o no) y de los responsables de la investigación sobre protección infantil tendrán muy pocos resultados sin un paralelo esfuerzo en una formación de los profesionales que admita la necesidad de basar las actuaciones cotidianas en sólidos conocimientos teóricos, que potencia la curiosidad científica permanente ante las diferentes situaciones que se presentan y que admita un limitado conocimiento sobre muchas de ellas.

Durante los últimos cinco años se ha producido un importante proceso de implantación de recursos de tratamiento de las familias (padres y niños) en situaciones de desprotección. Estos recursos se han ido implantando en concordancia con los medios teóricos y clínicos más de moda en el momento. Se han incorporado un gran número de educadores familiares a los diferentes programas pero rara vez han tenido predeterminadas claramente sus funciones en base a un conocimiento riguroso de lo que cada familia necesita. Pero quizá la incorporación de los modelos sistémicos en la explicación y valoración de las situaciones familiares y de la terapia de familia en el tratamiento de los casos de maltrato y abandono han sido los más beneficiados por dichas modas. Son los mejores ejemplos de la angustiada búsqueda de soluciones a los problemas urgentes de cada día basada en rápidas ojeadas a lo que otros estén haciendo y especialmente en la mayor capacidad seductora de tales modelos explicativos. La eficacia de los mis-

mos y su congruencia con lo que las investigaciones sobre evaluación de programas y sobre aspectos etiológicos fundamentales importan bien poco en relación a dicha angustiada búsqueda de "algo que me explique esto y que me diga qué debo hacer". Si falla basta con rebuscar en alguna página del manual y encontrar una resistencia de la familia al cambio o un mantenimiento de su homeostasis o un inadecuado planteamiento de la demanda.

Desde mi punto de vista, únicamente existen dos vías (que son confluyentes) para avanzar en el mejor conocimiento y abordaje de cada situación de maltrato y abandono infantil: el desarrollo de investigaciones básicas sobre cada una de las hipótesis etiológicas existentes y la evaluación rigurosa de cada una de las intervenciones terapéuticas y preventivas.

En nuestro país hay una laguna muy importante de investigaciones de tipo etiológico. Apenas se pueden citar en la actualidad estudios de este tipo que se hayan realizado con muestras del estado español. A partir de aquí voy a centrar la ponencia en el análisis de algunas de las líneas de investigación que pueden resultar, a mi entender, más productivas en el desarrollo de programas de intervención eficaces con las familias maltratadas y negligentes.

Asumiendo los aspectos positivos de la popularización de los modelos ecosistémicos en el ámbito del maltrato infantil, considero que este tipo de modelos han servido para organizar el conjunto de los factores de riesgo o factores explicativos de la mayor o menor competencia o incompetencia para el desempeño del rol parental (Belsky 1984) y, sólo en tal medida, podrían ser aplicables en una comprensión general del conjunto de situaciones en las que se producen los diferentes tipos de malos tratos a la infancia. La propia experiencia de maltrato en los padres/madres maltratados y la posible transmisión intergeneracional del mismo, que habían sido consideradas casi como una evidencia irrefutable han sido repetidas veces puestas en duda (Altemeier, 1986; Kaufman y Zigler, 1987). El problema central de esta hipótesis etiológica se centra, no en su falsedad en determinados casos concretos, sino en su imposible generalizabilidad a todas las situaciones de sujetos que han sido maltratados en su infancia. Dicho de otra manera, se trata de un factor de riesgo porque carece de auténtica especificidad. Lo mismo ocurre con la mayoría de los factores de riesgo para el maltrato que se han estudiado en las últimas décadas: pobreza, bajo nivel cultural, falta de apoyo social, alto nivel de estrés, alcoholismo, depresión en los padres, baja autoestima de las madres, violencia de pareja, etc. Todas las investigaciones recientes han demostrado que ninguna de ellas es ni necesaria ni suficiente para desencadenar el maltrato y abandono infantil. El recurso a los modelos complejos, multivariados y ecológicos en los que se ponen de conexión diferentes constelaciones de variables para cada familia concreta y en los que se distingue entre variables de riesgo y variables moderadoras del mismo (Newberger, 1985) ha sido tan ampliamente utilizado como poco corroborado empíricamente.

Creo que el estado actual del estudio de la etiología del maltrato infantil y la necesidad de poner en marcha intervenciones eficaces basadas en conocimientos empíricos sobre dicha etiología exige centrarse en los determinantes situacionales de la conducta de maltrato y abandono físico.

Durante los últimos tiempos no se han desarrollado suficientes investigaciones basadas en los modelos cognitivo-conductuales y este tipo de intervenciones han quedado relegadas desde un punto de vista formal, a pesar de que, probablemente desde un punto de vista informal sean las que realmente se llevan a cabo por parte de un amplio número de profesionales o voluntarios de relación directa con las familias maltratantes. El modelo cognitivo-conductual de Bauer (1985) ha tenido poca proyección en nuestro contexto y merece ser recordado y utilizado en el diseño de programas de tratamiento. El estudio de las expectativas parentales sobre las secuencias de interacción con los hijos, las posibles incoherencias entre la conducta del niño y tales expectativas, las interpretaciones extrañas de la conducta del niño basadas en la intencionalidad y la selección de respuestas inapropiadas por parte de los padres son algunas de las cuestiones básicas de estos modelos aplicadas al maltrato físico. Este modelo ha sido ampliamente actualizado y mejorado en el caso del maltrato físico por el trabajo de Milner (1993) a través de la aplicación de la teoría del procesamiento de la información a las situaciones concretas de maltrato físico infantil. Este modelo se compone de tres fases cognitivas: la percepción de la conducta social, las interpretaciones, evaluaciones y expectativas que dan significado a la conducta social, la integración de la información y selección de la respuesta. La cuarta fase es de tipo cognitivo conductual e incluye el proceso de implementación y monitorización de la respuesta. Se incluyen en este modelo las distorsiones y sesgos cognitivos previos asociados con esquemas cognitivos preexistentes.

Se trataría, en definitiva, de una inadecuación de los padres para la resolución de las situaciones estresantes. En algunas ocasiones se ha argumentado desde los modelos más sociológicos anteriormente citados que el nivel de estrés ambiental de las familias maltratantes es superior al normal y que viene derivado de las situaciones socioeconómicas y laborales en las que viven este tipo de familias. Pero estas afirmaciones provienen de investigaciones siempre retrospectivas, lo que hace difícil conocer cuántas familias con condiciones ambientales de estrés similar son maltratantes. Un estudio longitudinal de buen diseño metodológico (Egeland et al., 1980) evaluó de manera prospectiva la presencia de situaciones vitales estresantes en una serie de familias a partir del octavo mes del embarazo, y hasta los doce meses de vida del niño. Esta investigación longitudinal apoya la hipótesis de que el maltrato se produce más frecuentemente por razones de inadecuación en el manejo y solución de los problemas y situaciones estresantes que por la presencia de más situaciones de este tipo. O, tal y como afirma Justice (1985), "el maltrato físico es una expresión de la disminución en la habilidad para enfrentarse al estrés" (pág. 359).

En esta línea de argumentación, desde que se introdujo la hipótesis de que el maltrato físico se producía en sujetos con rasgos de hiperreactividad fisiológica (Knutson, 1978), se han desarrollado un cierto número de investigaciones que han evaluado de diferentes maneras las respuestas psicofisiológicas de los maltratadores físicos ante una serie de estímulos relacionados con la infancia (para una buena revisión, McCanne & Milner, 1991). En este tipo de investigaciones se ha tratado de demostrar que los maltrata-

dores físicos se diferenciaban de los no maltratadores en que experimentaban una mayor activación fisiológica ante la presencia de estímulos infantiles estresantes, especialmente el lloro del niño.

En todos estos trabajos de tipo fisiológico subyace este tipo de modelos cognitivo-conductuales en los que se argumentaría que tal reactividad fisiológica puede, en parte, ser explicada por la percepción amenazante de estímulos infantiles o de cualquier situación estresante por parte de personas que no disponen de habilidades para su adecuada resolución. La falta de habilidades de afrontamiento de problemas y de técnicas de manejo del estrés hace que se produzca esta mayor actividad fisiológica.

Estas hipótesis de tipo psicofisiológico han sido las únicas planteadas desde la óptica biológica. Sin embargo, entre los modelos explicativos del maltrato infantil no se encuentran propuestas sobre factores neuropsicológicos que sí son frecuentes en los modelos generales sobre la agresión humana. Tomando como base estos modelos, sería posible hipotetizar que ciertos déficits neuropsicológicos relacionados con problemas en el procesamiento cognitivo pueden determinar si se produce la agresión, cuándo se produce y hacia quién (Milner & McCanne, 1991). Una de las evidencias empíricas encontradas en algunos casos de maltrato físico es que existe un mayor riesgo en padres con cierto retraso psíquico. Sin embargo, los datos más recientes confirman que muchos padres con retrasos psíquicos no maltratan ni abandonan a sus hijos (Milner, 1991).

Esto implica que la hipótesis no es, en absoluto, simple y que es posible que ciertos déficits cognitivos presentes en sujetos con retraso mental y también en sujetos no retrasados contribuyan al maltrato físico. Estas alteraciones cognitivas se concretarían en dificultades para el razonamiento abstracto y en la flexibilidad para entender la conducta del niño y generar adecuadas estrategias de manejo de la conducta del niño. Se ha sugerido que sujetos con una disfunción cerebral mínima pudieran tener dificultades para resolver los problemas familiares y una mayor tendencia a experimentar frustración y cólera provocados por su limitado vocabulario, su lentitud de pensamiento y su ineficacia comunicativa (Milner, 1991).

El trabajo de Crittenden (1993) sobre déficits en el procesamiento de información en padres negligentes introduce una perspectiva muy novedosa en la explicación del abandono físico y emocional y aporta infinidad de ideas que pueden generar tanto investigaciones etológicas como estrategias de intervención muy específicas.

Hipotetiza que diferentes formas de abandono derivan de diferentes errores en el procesamiento de la información. Si esto es cierto, las estrategias de intervención tendrían que plantearse desde tales perspectivas de forma que fuera posible su corroboración o refutación empírica en base a su eficacia terapéutica.

De la misma manera, el estudio de las consecuencias del maltrato en los niños víctimas debe continuar estudiándose teniendo en cuenta cuestiones como:

- Las diferentes tipologías del maltrato y las diferentes formas de presentación de cada una de dichas tipologías.
- La interacción de tales situaciones con las diferentes necesidades evolutivas de los niños.
- La posible importancia de todos los factores ambientales y de interacción familiar que se pueden dar en cada una de las situaciones de maltrato infantil que pudieran ser entendidas incluso como marcadores.
- La adaptación evolutiva del niño a tales situaciones de maltrato que pudiera generar efectos negativos de su futuro desarrollo.
- Las características particulares de ciertos niños que resisten los efectos del maltrato y el abandono sin que se produzcan las consecuencias negativas que se dan en otros niños.

He tratado de manera somera dos de los temas centrales de investigación en el ámbito del maltrato infantil: la etiología y las consecuencias del mismo. Los conocimientos en ambos temas resultan básicos para poder diseñar estrategias efectivas de tratamiento de las familias y de los niños y para poder estudiar las mejores tomas de decisión con cada situación. Pero en ninguno de ellos hay ningún conocimiento definitivo que permita alcanzar el objetivo señalado. Mientras tanto, es evidente que debe seguirse trabajando con estas familias y niños de forma que se intente paliar los efectos del maltrato y recuperar a los padres y las familias, en su caso. Evaluar rigurosamente los resultados de cada tipo concreto de tratamiento puede ser otra vía de acceso al mismo tiempo de conocimiento. La potenciación de la investigación en cada uno de los dos campos señalados se hace, desde esta perspectiva, imprescindible. Lo importante es que los profesionales de intervención directa perciban las lagunas de conocimiento existente y la necesidad de cubrir tales lagunas para poder desarrollar intervenciones efectivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALTEMEIER, W. A., O'CONNOR S., SHERROD, K. & TICKER, D. (1986). Outcome of abuse during childhood among pregnant low income women. *Child Abuse and Neglect*, 10, 319-330.
- BAUER, W. D. & TWENTYMAN, C. T. (1985) Abusing, neglectful and comparison mothers' responses to child-related and non-child-related stressors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (3), 335-343.
- BELSKY J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child development* 55, 83-96.
- CRITTENDEN P. (1993) An Information Processing Perspective on the behavior of Neglectful Parents. *Criminal Justice and Behavior*, 20 (1) 27-49.
- DE PAUL J. & ARRUABARRENA M. I. (1991). La investigación en el ámbito del maltrato infantil. *Infancia y Sociedad*, 2, 15-31
- EGELAND B., BREITENBUCHER M. & RESENBERG, G. (1980). Prospective study of the significance of life stress in the etiology of child abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48 (2), 195-205.

- JUSTICE, B. & CALVERT A. (1985) Factors mediating child abuse as a response to stress. *Child abuse and neglect*, 9, 359-363.
- DAUFMAN J. & SIGLER E. (1987). Do abused children become abusive parents?. *American journal of orthopsychiatry*, 57 (2) 186-192.
- KNUTSON J. F. (1978). Child Abuse as an area of aggression research. *Journal of pediatric psychology*, 3, 20-27.
- McCANNE T. R. & MILNER, J. S. (1991). Physiological reactivity of physically abusive and at risk subjects to child-related stimuli. En Milner J.S. (Ed) *Neuropsychology of Aggression*. Kluwer Academic Publishers Boston.
- MILNER J. S. & McCANNE T. R. (1991) Neuropsychological correlates of physical child abuse. En Milner, J. S. (Ed) *Neuropsychology of Aggression*. Kluwer Academic Publishers, Boston.
- MILNER J. (1993) Social Information Processing and physical child abuse. *Clinical psychology review*, 13, 275-294.
- NEWBERGER, E. H. NEWBERGER C. M. & HAMPTON R. S. (1983) Child Abuse: the current theory base and future research needs. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22 (3), 262-268,

- Enfermedad mental.

Muestra.

- La muestra, no representativa, estará compuesta por un total de 20 mujeres que lleguen a la fase final y acepten la intervención (no fugas, no abortos, no rechazos).

- La muestra, mediante técnicas de asignación aleatoria, se va distribuyendo en dos grupos; el experimental (n=15) y el control (n=15), estratificándose atendiendo a dos variables consideradas importantes para la homogeneización de los grupos: nos referimos al grado de riesgo (alto o bajo) y la condición de primíparas o multíparas.

No se dispone al inicio del estudio de todos los casos que componen la muestra, éstos surgen paulatinamente.

FASES DE LA INVESTIGACION Y MOMENTO EN QUE SE ENCUENTRA.

Atendiendo a los objetivos expuestos el proyecto se ha estructurado en cuatro fases:

- Fase preliminar (preparación del estudio)
- Fase inicial (comienzo de la experiencia)
- Fase de tratamiento (duración de la intervención)

1.- Fase preliminar:

Comenzó el 5 de Diciembre de 1991 con la firma del Convenio. El equipo de trabajo se contrató el 1 de Octubre de 1992.

En esta fase se planificó el estudio y se diseñaron las estrategias necesarias para llevarlo a cabo: firma de Convenio, contratos de personal, diseño de circuito de intervención, selección y diseño de instrumentos de evaluación y registro, diseño de canales de coordinación, etc.

2.- Fase inicial:

Se efectúa la captación y detección de casos. Comenzó el 11 de Enero de 1993.

Las educadoras, ubicadas en los centros de salud con las matronas, presentan a las mujeres que cumplen los criterios de inclusión, el PLAN DE APOYO EN EL EMBARAZO, citándolas para una entrevista posterior con la psicóloga. De este primer contacto la educadora trata de registrar la máxima información en el L.F.R. (Listado de factores de riesgo) facilitándole a la psicóloga una mínima información acerca de la situación en la que se encuentra la mujer. Aquí finaliza lo que se denomina fase de captación.

La psicóloga aplica al Maternal History Interview (M.H.I.) de Altemeier W.A., instrumento basado en el historial de crianza de la madre, y finaliza la

cumplimentación del L.f.R. Ambos se utilizan como pruebas diagnósticas.

El Listado de Factores de Riesgo (L.F.R.) se diseñó específicamente para este estudio por lo que al finalizar éste se someterá a la prueba de validación tras los resultados obtenidos y la correlación entre éste y el resto de las pruebas diagnósticas.

Los casos diagnosticados como "riesgo" serán visitados en el domicilio por una educadora (siempre que acepten continuar en el proceso) y, una vez se haya empatizado, se les aplicará un nuevo instrumento de medición, el Child Abuse Potential (C.A.P.) de Milner. Este instrumento confirma los casos de riesgo (eliminando los Falsos Positivos) y cuantifica el potencial (Pretest), situando los casos en alto bajo riesgo atendiendo a los cortes establecidos. A partir de este momento, la educadora registrará en cada visita que realiza al domicilio entre otras cosas las escalas de bienestar infantil de Magura.

En esta misma fase los casos considerados de riesgo se asignan al grupo experimental o grupo control utilizando la tabla de asignación aleatoria.

Se efectúa una Entrevista Semiestructurada (E.S.E.) diseñada específicamente para el estudio. Con todos los datos obtenidos desde la detección del caso se elabora el diagnóstico en el que se basará el programa de tratamiento.

3.- Fase de tratamiento:

Se inicia el programa de tratamiento en los casos del grupo experimental. Tratamiento que durará un total de 8 meses; 4 correspondientes al periodo prenatal y otros 4 correspondientes al periodo postnatal.

Para cada caso se diseña un programa específico de tratamiento enmarcado en un Programa general (estandar) que, atendiendo a los posibles casos a encontrar, prevé los aspectos a tratar así como las posibles técnicas a utilizar.

4.- Fase de evaluación:

En esta fase se llevan a cabo las siguientes evaluaciones:

1. Evaluación de caso: se comprueban las diferencias entre el potencial de riesgo inicial y el potencial final en cada caso. Se realiza una vez efectuando el postest.

2. Evaluación de grupos: se comparan los resultados en ambos grupos (experimental y control) comprobando si existen diferencias significativas. (comprobación de hipótesis).

3. Evaluación del estudio: Se revisan el diseño, el procedimiento y los resultados del estudio.

Criterio de éxito: Disminución significativa del potencial de riesgo en el grupo de tratamiento.

Criterio de fracaso: El potencial de riesgo no disminuye o aumenta sig-

nificativamente en el grupo experimental.

Métodos estadísticos.

Para el análisis de los datos se utilizará el paquete estadístico SPSS.

La relación entre el tratamiento (ausencia o presencia) y el resultado (éxito o fracaso) se analizará mediante el estadístico X^2 . Hallando, en caso de significación estadística la magnitud de la diferencia entre dos proporciones (Intervalo de confianza), así como la medida de intensidad del riesgo (RR).

RESULTADOS.

Al tratarse de una investigación en desarrollo, no se han obtenido hasta el momento resultados dirigidos a la comprobación de hipótesis, sólo se dispone de datos referidos a la evolución de cada una de las fases en que se ha estructurado la investigación.

Los datos que se presentan a continuación hacen referencia a dichas fases y son susceptibles de cambio hasta el momento de la obtención definitiva de la muestra (n=30).

Fases de captación.

Desde el comienzo del programa se ha captado un total de 530 casos, excluyendo 31 casos por no cumplir alguno de los requisitos de inclusión, quedando, por tanto, un total de 499 mujeres para diagnosticar.

El centro Joaquín Elizalde es el que mayor número de casos registra 147 (29,5%), siendo el Rodríguez Paterna el que registra el menor número de casos 52 (10,4%).

Tabla 1
Captaciones por centros de salud.

Centros	nº	%
V.R.	72	14,4
L.B.	117	23,5
R.P.	52	10,4
J.E.	147	29,5
G.B.	111	22,2
Total	499	100,0

V.R.= Vara de Rey LB= Labradores RP= Rodríguez Paterna
JE.= Joaquín Elizalde GB= Gonzalo de Berceo

Detecciones.

De las 499 mujeres detectadas, 162 (32,5%) se consideran fugas al no acudir a la cita con la psicóloga a pesar de reintentar la cita a través del correo o el teléfono.

El mayor nº de detecciones se registra en el Centro Salud Joaquín Elizalde con 95 casos (28,2%), siendo Rodríguez Paterna el que registra el mínimo 38 (11,3%).

Tabla 2.
Detecciones por centros de salud.

Centros	nº	%
V.R.	50	14,8
L.B.	78	23,1
R.P.	38	11,3
J.E.	95	28,2
G.B.	76	22,6
Total	337	100,0

V.R.= Vara del Rey LB= Labradores RP= Rodríguez Paterna
JE.= Joaquín Elizalde GB= Gonzalo de Berceo

El mayor número de fugas también lo presenta el Centro Joaquín Elizalde, tanto en relación al número total de fugas como en la proporción de fugas respecto al número de captaciones por centro.

Tabla 3.
Fugas por centros de salud.

Centros	Fugas	% sobre total	% sobre capta.
V.R.	22	13,6	30,6
L.B.	39	24,1	33,3
R.P.	14	8,6	26,9
J.E.	52	32,1	35,4
G.B.	35	21,6	31,5
Total	162	100,0	32,5

V.R.= Vara del Rey LB= Labradores RP= Rodríguez Paterna
JE.= Joaquín Elizalde GB= Gonzalo de Berceo

Casos de Riesgo.

Una vez detectados los casos de riesgo mediante el M.H.I., se mide el potencial de riesgo con el C.A.P. (instrumento del que se ha hablado anteriormente).

De los 44 casos considerados inicialmente de riesgo se eliminan 11 Falsos Positivos (25%).

De estos 33, en los que se confirma "el riesgo", se produce una pérdida de 15 casos (45,5%), quedando, por lo tanto, un total de 18 casos (54,5%), que llegan hasta la fase final. De los cuales un total de 13 están asignados a uno de los dos grupos que forman la muestra.

Los datos obtenidos hasta el momento sitúan en un 9,8% la proporción total de casos en los que se confirma la existencia de un hipotético riesgo hacia el maltrato y/o hacia el abandono infantil.

El Centro Rodríguez Paterna es el que mayor índice de riesgo presenta. De los 38 casos detectados, 6 (15,8%) presentan factores de riesgo.

Tabla 4.
Riesgo por centros de salud.

Centros	Riesgo	% sobre total	% sobre detecc.
V.R.	5	15,2	10,0
L.B.	5	25,2	6,4
R.P.	6	18,2	15,8
J.E.	9	27,3	9,5
G.B.	8	24,2	10,5
Total	33	100,0	9,8

V.R.= Vara del Rey LB= Labradores RP= Rodríguez Paterna
J.E.= Joaquín Elizalde GB= Gonzalo de Berceo

El Centro Rodríguez Paterna está ubicado en el casco antiguo de Logroño donde se registra, entre otros, las mayores tasas de dependencia y de analfabetismo (ver anexo 1).

DISCUSION.

Ante la carencia de resultados, tal vez convenga central la discusión en la calidad metodológica del trabajo que se presenta, así como en la valoración de los aspectos éticos que se deben considerar en la investigación y/o intervención con personas.

Se pretende analizar las posibles deficiencias encontradas y la repercusión que puedan tener en los resultados obtenidos.

Se utiliza el diseño experimental por ser el único que permite estable-

cer relaciones de causalidad entre las variables preestablecidas. Aunque la confidencialidad de los datos y de los sujetos esté asegurada y éstos consientan la intervención, por ser un estudio basado en la hipotética tenencia de factores de riesgo para el maltrato y/o abandono infantil, la explicación de la finalidad del estudio queda incompleta.

La usencia de datos iniciales respecto a tasas de prevalencia del maltrato y/o abandono hizo suponer un período más corto en la fase de detección; se utilizó la tasa del 5%, no se tuvo en cuenta el número de falsos positivos que producen las pruebas diagnósticas, el número de fugas, los abortos y rechazos que se podían encontrar.

En cuanto a la validez de los resultados, se considera que tanto la validez interna (validez para los sujetos del estudio) como la validez externa (generalización a la población diana) está suficientemente controlada.

Los instrumentos de evaluación conocidos (M.H.I. y C.A.P.) se probarán una vez más en esta investigación y el diseñado específicamente para este estudio (L.F.R.) se validará en relación con los anteriores.

La homogeneidad de los grupos (experimental y control) se ha intentado conseguir mediante la estratificación de éstos de acuerdo al grado de riesgo y a la situación de la mujer (primípara o múltipara).

Se ha diseñado una serie de documentos que permiten registrar todo tipo de incidencias en cada caso. Semanalmente se tiene una reunión de coordinación del equipo completo en la que se recogen los datos de las captaciones, detecciones y casos de riesgo aparecidos, y se revisa la situación de los casos de riesgo.

Por último, la evaluación final del estudio permitirá establecer la relación coste-beneficio y coste-efectividad.

ANEXO 1

Indicadores sociodemográficos más relevantes de las zonas en las que se encuentran ubicados los Centros de Salud de Logroño.

Centro	Población	Zonas de salud					
		Tasa mujeres	Tasa fecundidad	Índice envejec.	Sustitución generación	Tasa depend.	Tasa analfabet.
R. Paterna	11.577	15,41	30,89	102,37	72,08	66,55	48,7
J. Elizalde	29.459	18,81	31,23	41,69	134,56	55,69	22,7
V. Rey + Labra	57.645	18,75	28,40	61,94	106,281	54,88	11,8
G. Bercep	16.940	20,16	37,07	30,90	156,61	54,26	17,4

Fuente: I. N. E. Padrón 86

Nota: No se disponen de los datos desagregados de las zonas de Vara de Rey y Labradores.

BIBLIOGRAFIA.

- Arruabarrena M. I., De Paul, J.: Validez convergente de la versión española preliminar del Child abuse potential inventory: depresión y ajuste marital. *Child Abuse and Neglect* 16, 119-126. 1992.
- Barton, D., Schmitt, M. D.: Seven Deadly sins of childhood: advising parents about difficult developmental phases. *Child Abuse and Neglect*. Vol II, 421-432. 1987.
- Beitchman, J. M., Zucker K. S., Hood J. E., Da Costa G. A., Akman D.: A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 15, 537-556. 1991.
- Bowlby, J.: Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Morata. Madrid 1986.
- Casado, J.: Enfermedades infantiles de origen social. *Infancia y Sociedad*, 5, 67-75. 1990.
- Cervera, M., Feliú, H.: Asesoramiento familiar de educación infantil (guía práctica). Visor libros. Madrid. 1984.
- Cotter, L. P., Kuehne K.: Sexual abuse within the family Current Perspectives in Psychological, Legal and Ethical Issues, 1A: Children and Families: Abuse and endangerment, 155-180. 1991.
- Crittenden, P.: Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families. Early prediction and prevention of child abuse, 161-189. John Wiley and Sons Ltd. London. 1988.
- Crittenden, P.: The social ecology of treatment: case study of a service system for maltreated children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 22-34. 1992.
- Davis, M., Mckey, M., Eshelman, E. R.: Técnicas de autocontrol emocional. Ed. Martínez Roca. Barcelona. 1985.
- De Paul, M.: Maltrato y Abandono Infantil: Identificación de factores de riesgo. Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1988.
- De Paul, J. Rivero A. M.: Versión española del Inventario Child Abuse potential: Validez Convergente y apoyo social. *Psicología general y aplicada*, 45 (1), 49-54. 1992.
- De Paul, J., Arruabarrena, L., Milner, J.S.: Validación de una versión española del Child Abuse Potential Inventory, para su uso en España *Child Abuse and Neglect*. 15. 495-504. 1991
- Dubois, S. et al.: Programme de prevention de la maltratañce. *Arch Fr Pediatr.*, 48, 189-200. 1991.
- Gassier, J.: Manual del desarrollo psicomotor del niño. Toray-Masson. Barcelona 1983.
- Gracia E., Musitu G.: El maltrato infantil: Un análisis ecológico de los factores de riesgo. *Estudios*, vol 17. M^o AA.SS. Madrid. 1993.
- Hernández M. Martínez C.: Experiencia con menores: el niño maltratado. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 9, 70-75. 1988.
- Hunter R. S., Kilstrom N.: Breaking the cycle of abuse. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1320-1322. 1979.
- López F. La formación de los vínculos sociales. El niño y el conocimiento. Serie básica 4, 5-45. 1985.

- Magura, S., Silverman Moses, B.: The child well-being scales. Child Welfare of America, Inc. Washington, D.C. 1986.
- Markman, H. J., Jones Leonard, D.: Marital discord and children at risk. Implications for research and prevention. *Early identification of children at risk*, 4, 59-77. 1985.
- Marneffe, C., Soumenkoff, G.: Evaluation en prevention primaire: un must, II, le point de vue pedopsychiatrique. *Child Abuse and Neglect*. Vol 10., 53-61. 1986.
- Masson, O.: Contextos maltratantes en la infancia y coordinación interinstitucional. revista A.E.N. Vol VII, 531-553. 1987.
- Milner, J. S.: Applications and limitations of the Child Abuse Potential Inventory. *Early Child Development and Care*, vol. 42, 85-97. 1989.
- Milner, J. S.: Características familiares y del perpetrador en los casos de maltrato físico y abuso sexual infantil. *Infancia y Sociedad*, 2, 5-15. 1990.
- Olds, D. y cols.: Programa de prevención de abuso y negligencia infantil en mujeres embarazadas con seguimiento hasta los dos años de vida del bebé. *Pediatrics*, 77, 78. 1986.
- Riviére, A., Coll, C.: Individuación e Interacción en el período sensoriomotor: Apuntes sobre la construcción genética del sujeto y el objeto social. XXème Journées d'étud de l'APSLF. Lisboa. 1985.
- Sacristan, J. A., Soto, J. e Galende, I.: Evaluación crítica de ensayos clínicos. *Medicina clínica*. Vol 100. Num 20. 780-787. 1993.
- Salleras Sanmartí, L.: Estudios experimentales. Atención Primaria. Vol. 6. Num. 10. 745-750. 1989.
- Secadas, F.: Escala observacional del desarrollo. TEA, Publicaciones de Psicología Aplicada. Madrid. 1988.
- Smith, J. A. S., Adler, R. G.: Children Hospitalized with child abuse and neglect: a case-control study. *Child Abuse and Neglect*. Vol 15, 437-445. 1991.
- Soumenkoff, G., Marneffe, C.: Evaluation en prevention primaire: une obligation I. Le point de vue obstretical. *Child Abuse and Neglect*. Vol. 10, 45-52. 1986.
- Soumenkoff, G., Marneffe, D., Gérard, M., Limet, R., Beeckmans M., Hubinont, P. O.: A coordinated attempt for prevention of child abuse at the antenatal care level. *Child Abuse and Neglect*. Vol 6, 87-94. 1982.
- Teare J. F., Furst D. W., Peterson R. W. y Authier K.: Family Reunification following shelter placement: Child, family and program correlates. *American Journal of Orthopsychiatry* 62. 142-146. 1992.
- Weiss, Carol H.: Investigación evaluativa. Trillas. México. 1987.
- Winnicott, D.W.: La familia y el desarrollo del individuo. Ediciones Hormé. Paidós. 71-83. 1958.
- Wozencrat, T., Wagner y Pellegrin A.: Depression and Suicidal Ideation in Sexually abused children, *Child Abuse and Neglect*, 15, 505-511. 1991.

A.T. 9

JUSTICIA Y ADMINISTRACION: APLICACION DE LAS LEYES 21/87 Y 4/92

INTRODUCCION: ELISA VEIGA NICOLE

Pese al tiempo transcurrido desde la aprobación de la Constitución y de la Convención de los Derechos del niño de 1989, el legislador español no ha dado luz a la ley del menor. Ley que de forma global debe regular toda la problemática relativa a la protección de la infancia.

En todo caso, el periodo post-constitucional, ha producido una importantísima transformación en el sistema de protección de los menores, con dos hitos fundamentales en la materia:

A.- La ley 21/87 que se articula sobre tres ejes: 1º la primacía del interés del menor; 2º la desjudicialización de las actuaciones con una potenciación del papel que juegan las entidades públicas; 3º la superior vigilancia que se encomienda al Ministerio Fiscal.

B.- La Ley 4/1992 de 5 de Junio, consecuencia de la sentencia del Tribunal Constitucional 36/1991 de 14 de Febrero que declara inconstitucional el art. 15 de la ley de Tribunales Tutelares de Menores. La citada ley fijó la edad mínima en doce años, si bien no abordó el problema de la mayoría de la edad penal; estableció el principio acusatorio con obligación de que el menor detenido sea informado de sus derechos y asistido de Letrado; el Ministerio Fiscal tiene un papel preponderando al ser el receptor de la denuncia y decidir o no si procede su tramitación, y la incoación de expediente al menor; a las entidades públicas se les encomienda la importante función de ejecutar las medidas adoptadas por los Juzgados de Menores.

Sigue pendiente la ley del menor y su elaboración permitirá debatir y resolver importantes problemas pendientes:

1º.- ¿Debe la administración mantener las amplias competencias actuales? Creo que en los casos de limitación de derechos individuales debería ser necesaria la intervención judicial, respetando la estructura del estado de derechos (caso de la tutela automática).

2º.- Qué sistema judicial debe establecerse:



a) Sistema de protección que considera al niño como víctima de su entorno, dando un gran poder de discrecionalidad al Juez.

b) Sistema de Justicia, partiendo de que el menor es libre y responsable, se le debe tratar como tal, produciéndose como consecuencia una excesiva penalización.

c) Un sistema intermedio entre los dos mencionados: que garantiza la protección individualizada al menor, con garantías procesales.

Estoy convencida de que los debates de estos días nos servirán para llegar a alguna conclusión en estos y otros temas.

LA CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS/AS EN ESPAÑA

ERNESTO LOPEZ MENDEZ

ESQUEMA DE LA PRESENTACION:

1.—¿Por qué hablamos ahora tanto de los derechos de la infancia? Una breve perspectiva histórica.

1.1. Las cambiantes representaciones sociales sobre la infancia considerada como categoría social y como sujeto social.

1.2. Los niños y sus derechos en el pensamiento de la Ilustración.

1.3. La infancia como categoría social en el siglo XX. Los niños y niñas como sujetos sociales del pleno derecho, portadores de derechos humanos. La propuesta de un nuevo pacto con los niños y niñas y de una nueva cultura de la Infancia.

2.—Los Derechos de la Infancia en el contexto del proyecto de los Derechos Humanos.

2.1. La primera generación de los derechos humanos: derechos civiles y políticos.

2.2. La segunda generación: derechos sociales, económicos y culturales.

2.3. Internacionalización y vinculación jurídica de los derechos humanos: la Declaración Universal de los Derechos Humanos y las dos Convenciones de Naciones Unidas.

3.—La Convención sobre los Derechos de la Infancia.

3.1. Los antecedentes. Las declaraciones de 1924 y 1959: los diez principios y la doctrina del interés primordial del niño.

3.2. La larga preparación de la Convención. Las dificultades del cambio y de la innovación.

3.3. La proclamación de la Convención por la Asamblea General de la ONU el 20 de noviembre de 1989.

a) Instrumento comprensivo que incluye las dos generaciones de derechos humanos.

b) Ciudadanía de los niños y niñas y sujetos de derechos.

c) Protección preferencial y proactiva.

3.4. La ratificación de la Convención por el Parlamento Español en diciembre de 1990. En vigor desde enero de 1991.

- a) Implicaciones jurídicas: derecho positivo.
- b) Implicaciones socioculturales.

3.5. La ley 21/1987 y la 4/1992, a la luz de la Convención.

4.—Conclusiones y propuestas. La promoción de los derechos de la infancia y de su calidad de vida.

APLICACION DE LA LEY 21/87

EULALIA CREUS FERRE

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 en materia de adopción: en su aplicación en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Catalunya.

Ley 37/91 de 30 de Diciembre aprobada por le Parlamento de la Generalitat de Catalunya, sobre medidas de protección de los menores desamparados y de la adopción.

INTRODUCCION.

El concepto de patria potestad ha ido evolucionando para pasar de ser concebido como un poder casi absoluto del padre, con plena potestad para decidir sobre la vida de su hijo, a una función conjunta de padre y madre que comporta unas obligaciones y que se ejercerá siempre en beneficio de los hijos y de acuerdo con su personalidad. (art. 154 del Código Civil).

A pesar de que las relaciones paterno-filiales y familiares entran dentro del ámbito de lo que llamamos derecho privado, queda plenamente justificado que se supere esta esfera jurídico privada e intervengan los poderes públicos cuando las personas que por ley tienen la obligación de velar por los derechos del niño, es decir los padres, los vulneran.

En en el Art. 39 de la Constitución donde encontramos la exigencia de que los poderes públicos han de asegurar la protección integral de los niños, los cuáles gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.

Este concepto se configura como el punto de arranque de la actual legislación española en materia de protección de menores y conllevó la promulgación, en el año 1987, de la ley que ahora analizamos y que obliga a la administración competente a intervenir cuando un menor se halla en situación de desprotección o desamparo.

LEY 21/87 DE 11 DE NOVIEMBRE.

La promulgación de la ley 21/87 de 11 de noviembre constituyó una profunda transformación en el tratamiento de la protección de menores, pues no sólo introdujo modificaciones importantes en la regulación de la adopción, sino que también estableció nuevas instituciones de interés público y social que incidían profundamente en el ámbito de la protección integral del niño.

Su entrada en vigor supuso la supresión de la denominada "facultad protectora" de los Tribunales Tutelares de Menores y la atribución a las administraciones autonómicas competentes en la materia de actuaciones de protección y ayuda de menores, confiriéndoles la capacidad de tomar iniciativas cuando se trata de proteger a niños que no reciben la atención adecuada por parte de quien debe prestársela.

Implicó la desjudicialización de las actuaciones inmediatas en materia de protección de menores, de forma que el control judicial actuaría en una segunda fase y para la resolución de los conflictos producidos por esta primera actuación.

AMBITO DE APLICACION.

La Ley se aplica en todo el estado español, si bien en Cataluña los artículos 2 y 5, modificadores de los artículos 172 al 178 y 222, 229, 232 y 239 del Código Civil se aplicarán solamente con carácter supletorio y en defecto de derecho catalán que regule la materia.

DESAMPARO Y TUTELA AUTOMÁTICA.

Según la ley, cuando el menor no está atendido adecuadamente en su propio medio, cuando "por incumplimiento o imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos quedan privados de la necesaria asistencia moral o material", art. 172 del Código Civil, es cuando interviene la entidad pública a fin de proceder a la adopción de medidas de protección sobre el niño. En estas circunstancias de organismo competente asume automáticamente, por ministerio de la ley, su tutela.

Esta tutela es totalmente provisional, pero se consigue la protección efectiva del menor en el momento que se produce la situación de desamparo sin perjuicio del que con posterioridad quede sin efecto, al desaparecer las causas que motivaron la intervención de la administración y producirse la reintegración del menor en su núcleo familiar, o al constituirse la tutela ordinaria en favor de las personas más idóneas para desempeñar el cargo, o al constituirse la adopción del menor, o evidentemente, en el caso de emancipación o de adquisición de la mayoría de edad. La titularidad de esta tutela es pública, pues es ejercida por los poderes públicos, y delegable, ya que la ley prevé que la guarda del menor se ejercitará por el director del centro donde el niño es internado o por las personas que lo reciban en acogimiento.

Toda dicha actuación llevada a cabo por la entidad pública se ejercerá bajo la superior vigilancia del Ministerio Fiscal.

Un problema que se plantea es que la ley no determina exactamente quién aprecia y declara el desamparo, lo que ha dado lugar a diversas interpretaciones sobre si es la autoridad judicial o la entidad pública quien lo ha de declarar. Así en Cataluña, si bien no ha habido ningún problema de interpretación sobre dicha cuestión en los territorios de Barcelona, LLeida y

Tarragona en donde Juzgados de Primera Instancia y Audiencias Provinciales entendieron desde un principio que era la entidad pública quien lo apreciaba y resolvía, algún juzgado de Girona discrepó en ello, negó la competencia de la administración para declarar el desamparo, alegando la imposibilidad de actuar de tal manera sin que previamente hubiera una resolución judicial en la que se privara de la patria y potestad y determinó que en caso de que la situación de desprotección del menor fuera imputable a un inadecuado ejercicio de la patria potestad debía ser la autoridad judicial a quien correspondía apreciarlo y resolverlo; criterio que amparó la Sección segunda de la Audiencia Provincial de Girona mediante resolución de fecha 29 de Noviembre de 1991. Situación ésta que ya no puede repetirse en Cataluña puesto que al promulgarse la ley 37/91 de 30 de Diciembre se concretó claramente a quién correspondía esta competencia.

Otra cuestión que omite la ley es la forma en que se ha de declarar el desamparo, si ha de ser mediante resolución, si ésta se ha de notificar y a quien y si se ha de informar a los padres de cómo pueden oponerse.

Tampoco se establece cuál será el procedimiento judicial que se seguirá cuando los padres se opongan a la declaración de desamparo, lo que provoca también diversidad de criterios, de manera que en Barcelona, Girona y Tarragona la vía procesal que se sigue es la del procedimiento de jurisdicción voluntaria y de algún juzgado de la ciudad de LLeida se siguen los trámites establecidos para el juicio declarativo de menor cuantía, proceso éste más riguroso y lento.

Otro problema que se plantea al no determinar nada la ley sobre ello, es el alcance que tienen la tutela que asume la Administración, si comporta la suspensión o no del ejercicio de la patria potestad y si conlleva la asunción por parte de la entidad pública de los deberes de representación del menor y administración de sus bienes en caso de que los tenga.

En Barcelona todas estas cuestiones se fueron resolviendo en coordinación con la titular del Juzgado de Familia nº 19, juzgado en el que se dilucidaban todas las controversias y procedimientos relacionados con los menores en situación de desamparo, y con la actuación de la entidad pública que garantizasen los derechos del niño y los de los padres. Mayor dificultad han tenido las restantes provincias catalanas, puesto que en cada una de las capitales hay diversidad de juzgados de primera instancia y instrucción, cada uno de ellos con criterio propio.

ENTIDAD PUBLICA COMPETENTE.

Tal como está configurado actualmente, las entidades públicas competentes para asumir la tutela del menor desamparado son los organismos de las Comunidades Autónomas, a excepción de los supuestos de la Comunidad Autónoma de Baleares, que en su día no se asumió competencias en materia de protección de menores y de las ciudades de Ceuta y Melilla, en donde actúa como organismo competente la Administración del Estado, y concretamente la Dirección General de Protección Jurídica del Menor, que depende del Ministerio de Asuntos Sociales.

En el caso de Cataluña, la entidad pública competente es la Generalitat

de Catalunya, que ejerce sus funciones a través de la Direcció General d'Atenció a la Infancia del Departament de Benestar Social.

FORMAS DE PROTECCION REGULADAS POR LA LEY.

a) Internamiento en centro o establecimiento. En este caso la guarda del menor la ostentará el director del Centro.

b) Acogimiento familiar. Supone la integración del niño en una familia, que lo acoge, y que queda obligada a velar por él, tenerlo en su compañía, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral.

Según su forma de constitución el acogimiento puede ser:

- Administrativo, requiere la formalización por escrito con el consentimiento de la entidad pública, de las personas que reciben el menor, del menor mayor de 12 años de edad, y de los padres o tutores.

- Judicial, que se reserva para aquellos casos en que los padres se oponen a la adopción de esta medida de protección. Estos casos que sólo podrán ser promovidos por el Ministerio Fiscal o por la propia entidad pública el Juez podrá constituir el acogimiento del menor con la familia acogedora propuesta, a pesar de que los padres biológicos se opongan.

ADOPCION.

Con la ley de Adopción se configura en un instrumento de integración familiar, en el que se antepone, ante cualquier otro interés el beneficio del adoptado. Se constituye una resolución judicial, que produce la extinción de los vínculos jurídicos entre el adoptado y su familia de origen, excepto cuando el adoptado es hijo del cónyuge del adoptando. Salvo supuestos determinados por la ley, el procedimiento de adopción se inicia mediante la propuesta de adopción que la entidad pública formula ante el Juez. Para que el Juez pueda acordar su constitución es preciso que en su presencia se produzcan los consentimientos y asentimientos de determinadas personas. Otras sólo deberán ser oídas.

La falta de consentimiento por parte de las personas obligadas a darlo impedirá que se pueda constituir la adopción. Ahora bien la novedad importante de la ley, es que la adopción quedará válidamente constituida, a pesar de que los padres se opongan, ya que el Juez, a pesar de dicha oposición, podrá constituir la, si estima que los padres se hallan incurso en causa de privación de patria potestad.

Una vez constituida la adopción es irrevocable; sólo existe un supuesto en que la adopción se pueda extinguir y la causa es que lo pidan el padre o la madre del adoptado que, sin culpa, no hayan intervenido en el expediente de adopción. Dicha posibilidad queda limitada en el tiempo, ya que sólo podrá solicitarse la extinción de la adopción dentro de los dos años siguientes a su constitución. Hay otra limitación que tiene como objetivo hacer prevalecer el interés del menor por encima de todos los intereses en juego, y

es que el Juez no la decretará si considera que se perjudica gravemente al menor.

Para acabar la exposición sobre esta ley, todo y que hay muchos aspectos que no se comentan, sí que quisiera hacer mención especial a la disposición adicional, ya que en ella se establecen los mecanismos que posibilitan el control de las actuaciones precedentes a la adopción y que aseguran que esta institución responda a la verdadera finalidad social de protección de los menores privados de una vida familiar normalizada.

En efecto, se dispone que la selección de personas o familias adoptantes sólo se podrá efectuar por la entidad pública competente o entidad colaboradora de integración familiar, previamente habilitada para realizar dicho cometido. De la misma manera sólo dichas entidades podrán intervenir en funciones de mediación en la entrega de menores a familias acogedoras o adoptantes. Con esta doble garantía, que queda completada por la ley de Enjuiciamiento Civil al impedir la constitución del acogimiento familiar de un menor desamparado o de una adopción sin el consentimiento expreso o la propuesta de la entidad pública, se intenta erradicar la práctica del tráfico de niños y asegurar una adecuada selección de las familias adoptantes.

LEY 37/91 DE 30 DE DICIEMBRE DEL PARLAMENTO DE CATALUNYA.

Gran parte de las dificultades de interpretación y de fijación de criterios que presentaba la ley del 87 fueron superados, en la Comunidad Autónoma de Catalunya, con la promulgación de la ley 37/91, sobre medidas de protección de los menores desamparados y de la adopción.

Como cuestiones a destacar haré mención a las siguientes:

1.- Se determina quién es el organismo competente para apreciar y declarar la situación de desamparo de un menor, que será la Generalitat de Catalunya.

2.- El concepto de desamparo queda tipificado y quedan más definidas las situaciones en que se podrá declarar el desamparo. Queda así tipificado el maltrato físico y psíquico, la explotación, el abuso sexual. También prevé el desamparo prenatal y faculta a la entidad pública a intervenir cuando se prevea que el niño que ha de nacer puede quedar en situación de desamparo.

3.- Establece que como consecuencia de la declaración de desamparo se produce la suspensión automática de la patria potestad y la entidad asume las funciones tutelares sobre el menor.

4.- Establece que la declaración de desamparo se debe efectuar en resolución motivada, que habrá de notificarse a padres, tutores, guardadores o familiares que hayan convivido últimamente con el menor, y se les habrá de indicar cómo pueden canalizar la oposición.

5.- La Ley establece una prioridad gradual de las medidas de protección que se pueden acordar: En primer lugar, y antes de optar por la separación del niño de su casa, se habrá de actuar sobre la propia familia mediante ayudas psicosociales, económicas, etc.

Si no es posible mantenerlo en su medio, habrá de ser confiado a otra familia que posibilite su desarrollo integral, con el objetivo que, superadas las dificultades familiares, pueda volver con su familia (acogimiento simple).

De no poder materializarse la anterior medida de protección, habrá de ingresar en un centro (acogimiento simple institucional).

Por último el acogimiento preadoptivo se aplicará cuando sea inviable la reinserción familiar. La ley no limita las medidas a adoptar, sino que deja abierta la posibilidad de constituir cualquier otra de carácter educativo, terapéutico o asistencial.

6.- La ley establece dos clases de acogimiento familiar:

- Acogimiento simple: que se constituirá cuando se prevea que es posible la reinserción familiar. Para la constitución de este acogimiento no es necesario que concorra la voluntad de los padres, y aunque éstos se opongan puede formalizarse administrativamente.

- Acogimiento preadoptivo, se considera como una fase previa a la adopción, como período probatorio. Se establecen los supuestos en los que se podrá adoptar dicha medida. Aquí, a diferencia de lo que ocurre con el acogimiento simple, la oposición de los padres impide la constitución inmediata por parte de la entidad pública; es decir, en caso de que los padres disientan o no comparezcan los padres sólo el Juez podrá acordar dicho acogimiento. En estos casos, la ley impone, si conviene a sus intereses, la suspensión de visitas y relación del niño con la familia biológica para lograr su mejor integración con la familia biológica.

7.- En cuanto a la adopción, se exige como requisito previo, un período de prueba, que se enmarca en la figura del acogimiento preadoptivo a excepción de determinados supuestos, como por ejemplo el caso de la adopción del hijo del cónyuge o del huérfano sobrino del adoptante.

En cuanto al asentimiento a la adopción de los padres del menor, la ley establece un criterio más restrictivo, al exigir que éste sea prestado siempre ante la autoridad judicial. Por contra la ley 21/87 permite que se otorgue ante el juez o ante la entidad pública.

En relación a la manifestación de voluntades necesarias para la constitución de la adopción se introduce como novedad el principio de audiencia a los hijos del adoptante.

También amplía los requisitos de los adoptantes y además de los regulados en la ley estatal, les exige que se hallen en plenitud de derechos civiles y que no hayan estado condenados por una causa de privación de patria potestad o removidos de un cargo tutelar.

APLICACION DE LA LEY 4/92

MANUEL RICO LARA

1.- DELINCUENCIA JUVENIL

El concepto de delito -en el campo juvenil- está sometido a diversidad de criterios: desde una concepción restringida (sólo son incluidos los hechos que, de ser cometidos por un adulto, serían calificados como delitos) a otra amplia que incluye además conductas irregulares, anómicas y marginales, cuya definición será en todo momento imprecisa por las connotaciones "moralizantes" que suponen y la carga de subjetivismos que llevan consigo.

Ya en el II Congreso de las Naciones Unidas sobre prevención del delito, celebrado en Londres en 1960, recomendó que "el concepto de delincuencia de menores se limite, en lo posible, a las infracciones de las leyes penales"...

Estas dos alternativas han tenido su reflejo en nuestro derecho positivo. En efecto, el artículo 9º de la Ley de Tribunales Tutelares de Menores (texto refundido, aprobado por Decreto 11-06-1948), incluía, dentro de la competencia de aquellos:

a) Las acciones u omisiones atribuidas a los menores, realizadas antes de cumplir los 16 años, que el Código Penal o Leyes especiales cualifiquen como delitos o faltas, sin otra excepción que los atribuidos a la legislación castrense.

b) Las infracciones cometidas por menores de la misma edad consignadas en las Leyes Provinciales y Municipales.

c) Los casos de menores de 16 años, prostituidos, licenciosos, vagos y vagabundos, siempre que, a juicio del Tribunal respectivo, requieran el ejercicio de su facultad reformadora.

En la actualidad, y dentro del marco constitucional, se ha impuesto el criterio restringido, aludido a partir de la Ley Orgánica 4/92, de 5 de Junio (B.O.E. de 11 de junio), que limita la competencia de la referida jurisdicción, a hechos cometidos por mayores de 12 años y menores de 16, tipificados como delitos o faltas en las leyes penales. Criterio, éste, garantista del principio de legalidad y que excluye los fenómenos de inadaptación, propios de otras zonas de actuación de los operadores sociales. En efecto, la Justicia

acude, para su cometido, a la lógica de la violación de las normas, en tanto que la lógica de las necesidades sociales corresponde, como se ha indicado, a otras instituciones...

Algún sector doctrinal propone la sustitución del actual sistema por una intervención administrativa, basada en las condiciones socio-familiares del menor y no en las decisiones judiciales, con las connotaciones estigmatizadoras que lleva consigo...

Incluso en el ámbito propio de la Criminología —extrapolando ahora la figura del menor a la persona del delincuente adulto— surgió en la década de los años setenta, un movimiento localizado en Inglaterra y Norteamérica, que inspiró un "Manifiesto" fundacional para el estudio de la Desviación y Control Social.

Pues bien, esta Nueva Criminología Crítica se alzó contra la posición tradicional, reprochándola que empleaba un método ahistórico, apolítico, formalista e individual, negando que el delito es producto en gran parte del legislador (que lo define) y de los medios de control social, que consideran al delincuente -a todo delincuente- como un ser anormal, patológico. Contrariamente, los criminólogos críticos (Taylor, Walton, Young, Cohen) ponen el acento en una interpretación sociológica del delito y de la desviación.

De esta manera, la noción de delito juvenil adquiere nuevas facetas: será, pues, el resultado de una relación dialéctica entre la acción del joven influido por las estructuras y la etiquetación de los controles sociales.

Ideas que, como veremos al entrar en el análisis de nuestra legislación, han sido en buena parte acogidas.

II.- LA EDAD PENAL.

Edad penal que varía según las diversas legislaciones. El sostenimiento de una edad temprana responde a criterios de política criminal ante la delincuencia precoz... Los juristas, los expertos en esta materia no se han puesto de acuerdo sobre el momento en que debe fijarse la edad penal.

La actual fórmula -16 años- responde a un criterio biológico puro. Debajo de esa edad hay una presunción "duris et de iure" de irresponsabilidad. Se ha abandonado la "concepción psicológica" de la culpabilidad.

Hoy, son cada vez más vigorosas las voces que se alzan clamando por un "Derecho Penal juvenil" específico, que establezca criterios de reacción social adecuados a la edad de los jóvenes y a sus circunstancias.

El VI Congreso Internacional de Defensa Social (1961) se inclina por "un estatuto legal especial para los delincuentes que exceden de la edad de la minoría penal, sin sobrepasar los 25 años".

Es evidente que no hay certidumbre en cuanto al desarrollo psico-corporal, ya que todo es materia relativa, y sin pretender volver al arrumbado criterio del "discernimiento", sí se impone un estudio de cada caso particular, en sus aspectos psicológicos, Psiquiátricos, sociológicos, así como de los mismos hechos que suponen infracción.

III.- EL PASADO EN ESPAÑA.

No está demás el recordar con mirada crítica, y a la vez respetuosa, las iniciativas primeras que se adoptaron en nuestro país.

Situándonos ya en el pasado más cercano y la configuración de esta especial jurisdicción, hay que mencionar entre otras, el Real Decreto Ley de 3 de febrero de 1929, y las leyes de 15 de septiembre de 1931, 13 de diciembre de 1940 y la normativa, aún vigente, aprobada por Decreto de 11 de junio de 1948. El objetivo será pues ocuparse de la "patología" de la Infancia cuando ésta se encuentra en situación de "peligro", es decir en un ambiente marginal y/o delincencial.

La Ley de 1948, citada entre las condiciones para presidir o ser vocal de dichos Tribunales Tutelares y entre otras, exige "moralidad y vida familiar intachables", conceptos que por su abstracción y carga ética, no se comprenden en la actualidad, y que han quedado obsoletos y en contradicción con la Ley Orgánica del Poder Judicial de 1 de Julio de 1985, quedando los Jueces de menores sometidos a las normas comunes y exigencias estatutarias de los restantes miembros de la Magistratura. Sí, en cambio, se ha acentuado la correspondiente especialización, lo que es lógico para quienes, por sus decisiones, han de influir en menores inmersos muchas veces en un contexto familiar y social de alta conflictividad...

IV.- UNA VIEJA LEY.

Ya hemos aludido a ella. El año 1948, en que se promulga el régimen político que dicta el destino de nuestro pueblo "tutelaba" la vida de ciudadanos y familias. El artículo 11 de la Ley, permitía a padres y representantes legales que "deseasen corregir a sus hijos o pupilos, en virtud de su derecho de patria potestad o de tutela", solicitar el auxilio de la Autoridad competente para "internar a un menor en un establecimiento de corrección paterna", y ello en armonía como se ha visto, de las disposiciones del Código Civil, felizmente derogadas en este punto. Contrariamente, se refuerzan los derechos del menor, en ese ámbito civil, y tanto éste de manera directa, o cualquier familiar y el Ministerio Fiscal, pueden acudir al Juez de primera instancia para solicitar medidas cautelares y protectoras, tendentes a apartarle de algún peligro.

Verdadera "acción popular", según afirma el profesor Díaz Picazo.

La vieja Ley de Tribunales Tutelas de Menores (1948), descubre su verdadero carácter "corrector", "paternalista", al advertir, por ejemplo, que el interrogatorio o exploración del menor se hará "con afecto", "cuidando con insinuación paternal de captarse su confianza" (artículo 74), y el artículo 15, al que, como veremos se ha dado nueva redacción, advertía que, en los procedimientos a seguir, el Tribunal no se sujetará a las reglas procesales vigentes en las demás jurisdicciones. Precepto que ha sido cuestionado, precisamente, ante el Tribunal Constitucional, que a la vista del recurso interpuesto dictó la importante sentencia de 14 de febrero de 1991, que a

su vez, mereció la reflexión de Jueces y Fiscales de menores, convocados conjuntamente por el Consejo Gral. del Poder Judicial en reunión que tuvo lugar el 7 de marzo de 1991, de la que emergieron unas pautas que habían de presidir la "praxis" judicial, en tanto que el legislador acometía las necesarias reformas.

Precepto -el artículo 15- anticonstitucional... En efecto, nuestro Código político, en el artículo 39.4, afirma que los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos; de manera que, ante el desconocimiento que la ley del Tribunal Tutelar de menores hacía de los mismos, la mencionada Sentencia del Tribunal Constitucional, pone de relieve importantes carencias, tales como la no intervención del Ministerio Fiscal, ni de Letrado defensor del menor, así como de otras garantías propias de un Estado de Derecho.

V.- EN CONSECUENCIA.

Así hace entrada, al fin, la Ley Orgánica 4/92, de 5 de junio (B.O.E. de 11 de Junio), sobre "Reforma de la Ley Reguladora de la Competencia y Procedimiento de los Juzgados de menores". Es interesante detectar que, en su Exposición de Motivos, la Ley advierte que la investigación e iniciativa procesal corresponderán al Ministerio Fiscal, "de manera que quede preservada la imparcialidad del Juzgador".

Contiene la Ley 4/92 indudables innovaciones en el plano procesal y garantista, apoyándose en la clara diferenciación de dos etapas procedimentales, la investigadora, propiamente y la decisoria, que se concluye con la imposición o no de alguna medida de las predeterminadas en el Artículo 17.

La Ley que nos ocupa, ofrece sin duda aspectos positivos:

- 1) El establecimiento de una edad mínima, por debajo de la cual (12 años), el Juez de Menores no puede actuar.
- 2) Obligatoriedad de que el Menor detenido sea informado de sus derechos y asistido de Letrado (art. 15,1.3).
- 3) Determinación del tiempo de duración del internamiento provisional, que en principio, será de un mes, con posibilidad de ser prorrogado razonablemente.
- 4) Preponderancia del principio de mínima intervención y oportunidad, en virtud del cual, el Ministerio Fiscal puede acordar que no procede la incoación de expediente y archivar la denuncia formulada. (art. 15.1.1).
- 5) O Solicitar del Juez el archivo de las actuaciones, teniendo en cuenta la escasa gravedad de los hechos o las circunstancias del menor, si no se hubiese empleado violencia o intimidación o si el menor ha reparado o se compromete a reparar el daño causado.

Finalmente, el procedimiento está presidido por el principio acusatorio.

Nuestra citada Ley 4/92 de 5 de junio, reguladora de la Competencia y procedimiento de los Juzgados de menores (B.O.E. 22 de junio), dando nueva redacción al art. 17 de la Ley de Tribunales Tutelares de Menores,

en su apartado 5º se refiere a la medida de "prestación de servicios en beneficio de la Comunidad".

Institución que ha sido traída del campo del Derecho Penal de adultos, donde figura como un sustitutivo de penas cortas privativas de libertad, y a ella se refiere el Anteproyecto de Nuevo Código Penal (1983), para los supuestos de suspensión del fallo, condena condicional y libertad condicional en que el Tribunal o el Juez de Vigilancia penitenciaria pueden acordar tareas en provecho de la Comunidad.

Sin embargo, la cuestión respecto a la medida en sí, no está ausente de problemas, y más aún, tratándose de menores.

Amonestación o internamiento por uno a tres fines de semana.

La primera de las medidas no presenta problemas. La lleva a cabo personalmente el Juez. Sí en cambio, debemos detenernos en el arresto de fines de semana, sustituto traído del Derecho Penal de adultos, como una de las posibles alternativas. También llamado "arresto de tiempo libre". Como antecedente, en el ámbito de los Códigos Penales, esta figura era desconocida, salvo en el texto de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1970.

SUSPENSION DEL FALLO.

Es evidente que el Juzgador se abstendrá de dictar la parte dispositiva de su Resolución. Lo que le distingue de la "probación", y condena condicional. Parece que el sistema español ha adoptado una solución híbrida entre perdón judicial y "probación".

Esta institución, decimos es específica y no debe confundirse con la "probación" que conlleva la declaración de culpa y la imposición de sanción, ya que aquí -en la suspensión del fallo- se suspende la imposición de medida.

Para concluir, conviene no olvidar que uno de los grandes problemas sociales es la grave crisis que atraviesa la juventud. Ya Middendorfs había constatado que es mejor prevenir que curar, e incluso más económico. Acción preventiva que ha de ir desde una auténtica policía de la Juventud a la organización de actividades de ocio, tiempo libre, pasando por las llamadas "Escuelas de Padres".

Ejercer una prevención primaria -destinada a todas las formas de inadaptación- para pasar, si fuera necesario a una prevención secundaria, que contempla conductas predelictuales y a otra terciaria o propiamente de tratamiento.

Clínicas de orientación médica y psicológica, como existen en otros países, escuelas de padres y educadores, clubs, organización de actividades para el tiempo libre.



GRUPOS DE TRABAJO
Areas por Ambitos Profesionales

A.P. 1

SERVICIOS SOCIALES**INTRODUCCION: LOURDES FERNANDEZ QUINTANILLA**

La protección a la infancia se ha fundamentado durante muchos años en una política paternalista en la que, desde un planteamiento bastante ingenuo, los SS.SS. intentamos valorar la situación del menor básicamente con la información parcializada que recogíamos de los progenitores para, finalmente decidir si se procedía o no a un internamiento.

Mediante esta medida el niño o niña, cuyos padres parecían incapaces para atender adecuadamente a sus hijos, pasaba a la protección del Estado, que se ocuparía de alimentarlo, y darle lo que consideraba una buena educación. Y así los menores entraban en macrocentros, a veces especialmente alejados del lugar de residencia de la familia de origen, en los que se separaba a los hermanos según su sexo y en los que la vida de los mejores transcurría con una idea incierta de cuál sería su tiempo de permanencia en esa situación.

Hoy en día nos encontramos en un proceso de cambio en el que todos caminamos hacia la búsqueda de abordajes más científicos y eficaces. Esta búsqueda es un compromiso muy fuerte en el que toda la sociedad debe poner un especial interés por un avance real hacia la protección de la infancia, porque todos los errores que vamos cometiendo implican el sufrimiento de los menores, de sus padres, su familia y de los profesionales que trabajamos en este campo.

La ley 21/87 del 11 de Noviembre, trae una bocanada de aire fresco, ya que en ella está contenido un punto de vista del menor y su familia más profundo, en el que se contempla el derecho del niño o niña a permanecer en su medio familiar, es decir, en su contexto histórico, siempre que éste no lesione seriamente su crecimiento físico o psíquico. En cuyo caso, por supuesto, se haría aconsejable el adoptar medidas que protegieran al menor del daño al que esté sometido.

La Ley encamina la acción para que se realice un trabajo de apoyo con todas las familias que se encuentren en dificultad o conflicto, depositando básicamente la responsabilidad de la realización de este trabajo en los Servicios Sociales.

De esta manera es importante que como Servicio Social nos sintamos encuadrados dentro de una estructura de Protección a la infancia, en la cual, intervenimos interconexiónados diferentes estamentos judiciales, locales y municipales. Enmarcados en este contexto globalizador percibimos que el trabajo social, más que desarrollarse dentro de un marco legal, pasa

a ser el mismo parte de éste, ya que la ley contempla a los Servicios Sociales como herramienta básica para su cumplimiento práctico.

En la realización del trabajo, por un lado el sentimiento de pertenencia a una institución concreta nos ayuda a ubicarnos en un compromiso determinado y limitado: que es la realización de una tarea y que esta se haga bien. En el desarrollo de la misma siempre encontraremos familias capaces de asimilar la ayuda que se les ofrece y otras que no.

Por otro lado el sentimiento de pertenencia a una red amplia de protección a la infancia. Teóricamente, debería complementar nuestra actuación mediante una acción consensuada y coordinada entre los diferentes servicios que, a modo de satélites de un sistema único, giramos e incidimos sobre una misma familia.

Pero la realidad es otra lamentablemente muy diferente y en la práctica cotidiana a veces nos encontramos con muchas dificultades operativas en las que quedamos aprisionados gastando un importante volumen de tiempo y energías, que nos deja mermados en nuestras fuerzas y capacidades personales para dedicarnos a la tarea principal que es el tratamiento de familias maltratadas o en riesgo de serlo.

Con mucha frecuencia los servicios de protección a la infancia están saturados de trabajo, los profesionales que trabajamos en ellos nos encontramos realizando una tarea delicada con un volumen de atención y un nivel de exigencia muy fuerte, los canales de comunicación, interservicios son escasos y en ocasiones inexistentes, a veces una saturación de trabajo que impide una adecuada coordinación, a veces por enfrentamientos interdisciplinarios o incluso personales. Todo esto lleva, en ocasiones a la realización de un trabajo inadecuado, del que todos somos responsables.

Por ello el equipo de trabajo que coordinamos esta mesa os invitamos a una reflexión común durante estos tres días en la que busquemos canales para lograr una armonía o al menos entendimiento entre los servicios e instituciones encargados de la protección a la infancia.

Simplemente se trata de empezar por abordar la tarea que racionalmente parece más abordable, ya que se entiende que las instituciones y profesionales que trabajamos en ellos tenemos suficiente cultura, formación y voluntad como para ser capaces de conseguir un funcionamiento más adecuado.

Si llegamos a ser capaces de organizarnos en nuestra propia casa, es seguro que podremos abordar con mucha más coherencia y eficacia el orden de las casas ajenas.

LA COORDINACION DE LA INTERVENCION: LOS SERVICIOS SOCIALES COMO RESPONSABLES DE CASO

MARIA TERESA GARCIA GARCIA

I. INTRODUCCION.

A lo largo de estas jornadas, y precisamente lo importante de ellas, es cómo diferentes organizaciones, Instituciones y colectivos de profesionales nos esforzamos por definir e investigar nuevos modos de atención y/o prevención de los malos tratos en la infancia, partiendo de nuestro quehacer cotidiano y poniendo en común nuestras experiencias concretas.

Desde el Sector de Servicios Sociales y teniendo en cuenta el título de la ponencia, intentaré desarrollar a lo largo de la misma, los dos conceptos importantes que la definen, así como la interrelación de los mismos en la metodología del Trabajo Social. Estos conceptos son:

- La intervención social de los Servicios Sociales Generales en materia de familia e infancia, y sus dificultades en la detección de los malos tratos a menores.
- Y la coordinación que desde éstos debe efectuarse para que todo el proceso de intervención quede unificado y sea efectivo.

Así pues el resumen de toda la ponencia queda definido como:

"Los Servicios Sociales Generales deberán ejercitarse como elementos coordinadores del trabajo social que se efectúe con las familias que tengan a su cargo menores, tanto en los procesos de intervención propiamente dichos, como en los programas de prevención que se efectúen con la población, a fin de garantizar la atención de los menores y la eliminación de malos tratos".

II. LA COORDINACION DE LA INTERVENCION.

En este apartado veremos la importancia que tiene la coordinación en el trabajo social y la necesidad de la misma para la toma de decisiones. En él nos encontramos con múltiples estados de necesidad que se caracterizan porque:

- Tienen múltiples formas de producirse.
- Tienen múltiples formas de concretarse.
- Tienen múltiples formas de intervención desde las distintas Instituciones.
- Y las actuaciones no son en sí elementos aislados, sino que su interrelación es grande, con dependencias de unas actuaciones en otras.

En la intervención con menores es clara la cantidad de Instituciones diferentes que están incidiendo a la vez en el trabajo con el menor, y que todas pretenden el bienestar del mismo desde su ángulo de atención (Instituciones de: salud, educación, sociales, políticas, legales, etc...). La coordinación pues de los profesionales que los representan es una de las metas claras a las que se debe tender.

La coordinación unificará los esfuerzos de los diferentes profesionales hacia el logro de objetivos comunes y permitirá que a su vez se puedan efectuar coordinaciones con otras redes de servicios más o menos especializadas.

Determinará que cada profesional entienda cuáles son los objetivos concretos a desarrollar y todos ellos deberán conocer, aceptar y ayudar a cumplir los objetivos de todos los miembros.

La coordinación ayudará a que los recursos económicos y técnicos que se necesiten estén siempre a punto, y que todos conozcan por un lado las limitaciones, y por otro cómo poder servirse de ellos.

El intentar explicar que la coordinación es un elemento imprescindible en el proceso de intervención es obvio y nadie lo cuestiona, pero, sin embargo, el que sea ésta una de las partes de planificación del trabajo y que quede establecida y regulada, es algo por lo que todavía hay que luchar.

III. LOS SERVICIOS SOCIALES EN LA INTERVENCION

En la definición de los Servicios Sociales Generales queda claro que éstos son el primer y último escalón de la red de intervención, en cuanto a la detección y atención de las necesidades sociales. Su objetivo es garantizar al ciudadano la aplicación de los recursos y prestaciones adecuados del sistema para la cobertura de la necesidad para la que fueron concebidos.

La cercanía con los usuarios, la polivalencia de su definición y la globalidad de los mismos, señalan el ser de los Servicios receptores de la demanda, los encargados de la canalización de la atención y uno de los agentes programadores de la prevención.

Concretando la actuación de los Servicios Sociales Generales en la intervención de posibles malos tratos a la infancia, señalaré que éstos son la puerta de entrada de la problemática de una Zona determinada, en relación a las posibles situaciones de desamparo en la que los menores pueden estar.

Esta detección se produce de forma variada por vía normal:

- Bien por descubrimiento en el Trabajo Social de Zona.
- Bien por derivación de otros servicios: educación, salud, etc
- O por cualquier vía de relación y de comunicación de los agentes de la comunidad.

O por vía de urgencia cuando se produce la derivación posterior a una intervención de la Administración en su función tutelar.

Uno de los primeros conflictos con los que se encuentra el profesional, en la mayoría de los casos, es el de no existir una demanda explícita por parte del usuario de la intervención familiar, sino que viene larvada por otro tipo de demandas cuando ellos acuden a los Servicios Sociales Generales (ayudas económicas, diferentes becas, información de otros servicios, etc); o no existir demanda del usuario cuando los casos son derivados o informados desde otras vías o servicios.

Es claro que la dificultad para obtener información y realizar un estudio de la situación-problema es considerable; el contacto con la familia es dificultoso y ésta tiende a ocultar información y manifiesta desconfianza, así como no responder a las llamadas de los Servicios Sociales.

Otras veces la familia sí parece colaborar y muestra situaciones de normalidad y de buen funcionamiento, cuando en realidad existen problemas, graves o menos graves, en las relaciones familiares o en el manejo de los hijos, que en el fondo pueden ser objeto de malos tratos para los menores.

Estos son los problemas que plantearía el usuario en la primera fase de estudio, pero también los profesionales de los Servicios Sociales Generales se encuentran con dificultades para organizar la información cuando el caso es derivado por otros Servicios que trabajan con el menor.

Los profesionales que conocen la familia y han detectado signos de posibles malos tratos (colegio, escuelas infantiles, servicios de pediatría, etc...), en ocasiones no quieren verse implicados en el proceso de la denuncia y si bien lo ponen en conocimiento de los Servicios Sociales Generales, no quieren efectuar una información por escrito ni verse implicados en la intervención posterior.

Mayor dificultad se tiene cuando la información viene dada por otros agentes sociales: familia, vecinos, parroquia, asociaciones, etc..., que si bien conocen el tema no quieren aparecer en todo el proceso.

IV. NIVELES DE ACTUACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES GENERALES

Las modificaciones legales ocurridas en los últimos años (promulgación de la Constitución, ratificación de convenios internacionales, modificación del Código Civil llevada a cabo por la ley 21/87 de 11 de noviembre) tenía que desembocar necesariamente en un nuevo planteamiento del tema del menor; es la concepción del Estado de Bienestar Social, en el que los Servicios Sociales Generales son más abundantes produciéndose el cambio de la filosofía benéfico-paternalista a la prestación como derecho. Se produce la concepción de las medidas tutelares como instrumento de inte-

gración familiar, su ordenamiento en base al interés del niño y se sitúan dichas medidas en el interior de los sistemas de protección social.

Por ello es en estos momentos cuando los Servicios Sociales Generales cobran especial importancia en la atención de los menores con riesgo y en la creación de programas de Intervención Familiar o de Prevención temprana en el medio natural.

Es el medio natural el más idóneo para las intervenciones de la mayoría de las situaciones conflictivas y esto obliga a las administraciones locales a asumir los problemas que se presentan en su territorio y a programar y buscar las soluciones acordes a los mismos, a fin de evitar separaciones y situaciones de desarraigo.

Desde este ángulo hablaré de dos niveles de actuación de los Servicios Sociales Generales, que si bien se explicarán por separado para su análisis y comprensión, sin embargo deben tenerse en cuenta como un conjunto a la hora de planificar los Servicios Sociales de la Infancia, puesto que su interrelación es completa y su realización se efectúa en el mismo espacio y tiempo, así como en la misma población. Estos dos niveles de actuación son:

- Nivel de intervención en las familias con posibilidad o situación de riesgo para el menor.
- Nivel de prevención primaria de los menores de una zona determinada.

En ambos casos y ajustándome a la ponencia, se estudiará la manera de cómo los Servicios Sociales Generales pueden ejercer el papel de coordinación del proceso de atención.

IV. 1. La coordinación en la intervención familiar.

La actuación de los Servicios Sociales Generales frente a una familia que presenta problemas, se debe iniciar partiendo de una comprensión de cuáles son estos problemas que plantea, es decir, por un diagnóstico de la situación familiar y un pronóstico. Tendremos que intentar saber cuáles son las disfunciones de sus relaciones pre-existentes y a veces subterráneas que hacen necesaria la intervención, habrá que investigar por tanto si todavía se está a tiempo a través de intervenciones concretas, dirigidas a apoyar y a superar los aspectos conflictivos, de evitar la separación.

El asesoramiento de la familia en dicha línea consiste en ayudarla a localizar los recursos existentes, a detectar los puntos de stress y de obstaculización del crecimiento del grupo familiar, así como los puntos de energía que la familia posee y que permitan los cambios.

Una vez recogida la información significativa podremos construir una hipótesis sobre el disfuncionamiento de la familia y elaborar el programa de actuación, siendo ya imprescindible la coordinación de todos los organismos intervinientes, en esta fase de diagnóstico y de elaboración del programa de intervención, que evite actuaciones incontroladas y contradictorias ya que tanto el exceso de intervención como la inhibición pueden ser perjudiciales para el menor.

El grado de desprotección del menor está determinado por variables muy diversas que es preciso sean valoradas por los profesionales intervinientes antes de tomar una decisión.

Si bien en algunos supuestos, el riesgo de la vida del niño o su abandono, no deje lugar a duda sobre la necesidad de la intervención inmediata por desamparo, en otros determinar la gravedad de la desprotección y la conveniencia de la separación es tarea compleja. Otras de las razones por lo que la intervención resulta difícil es por la escasez de instrumentos que nos permitan valorar las situaciones.

La realidad nos muestra que no siempre la familia está en disposición ni puede ofrecer protección, situaciones de stress excesivo, carencias básicas, trastornos emocionales de los padres, aislamiento social y muchas otras causas traen como consecuencia que los niños sean objeto de malos tratos. En estos supuestos se hace necesaria la puesta en marcha de mecanismos de protección.

Pero en estas diferentes formas de atención en la actual configuración de los Servicios Sociales Generales, ellos solos tienen dificultades para poder llevarlos a cabo y ejecutarlos, entre otras por la siguientes razones:

1. Los Servicios Sociales Generales sólo cuentan con Asistentes Sociales que no tienen una formación específica en Familia/Infancia, sino que atienden todo tipo de problemas de su Zona. Es pues desproporcionado depositar la intervención familiar solo en estos profesionales, y es preciso pensar en un segundo nivel y/o en un trabajo de equipo interdisciplinar.

2. En los Asistentes Sociales de Zona se mezclan en ocasiones, los dos roles, el de apoyo y el de control; que desconciertan a las familias, pues no saben cuando acaba uno y empieza el otro.

- Familias que demandan ayuda y se comienza con un trabajo de apoyo, que luego se convierte en información o intervención de control.
- Familias que se reciben derivadas como fiscalizadoras de control y que en su seguimiento hay que intervenir como apoyo.

Un factor relevante a la hora de la intervención con familias es que la toma de decisiones nos efectúe por un solo profesional, sino que se realice en un proceso de equipo. La observación de diferentes profesionales en un mismo hecho, y la repetición de las observaciones en diferentes momentos de tiempo es más rica y más fiable.

Es clara la gran importancia que tiene en estos casos el que todos los profesionales que inciden en la familia y en el menor aporten desde su óptica el conocimiento del tema para poder hacer análisis global del problema. Desde estos diferentes ángulos de observación la objetivación del problema es mayor y la respuesta que se le dé más adecuada.

Una de las labores de los Servicios Sociales de Zona es precisamente la coordinación en este primer proceso de recogida de información y de análisis de todo el conjunto, pero marcando claramente que la coordinación no es un hecho aislado de simple recopilación y ordenamiento de todo, sino

que de esta primera fase se desprende el que toda la intervención sea conjunta con una coordinación estructurada.

Es fácil imaginarse el conflicto que se plantea cuando las familias acuden a los diferentes servicios donde se les pregunta lo mismo o parecido, donde se investiga por separado, donde se dan soluciones diferentes o casi iguales, etc..., donde se está interviniendo sin coordinar y sin saber qué rumbo tiene que tomar.

Un papel importante de los Servicios Sociales Generales es el ser ese elemento coordinador en el proceso de intervención familiar (punto clave de esta ponencia), y el ejercicio de esta función un aspecto a desarrollar por los profesionales de Zona.

Por ello en todo momento intento explicar que esta coordinación debe de ser establecida; es decir, que no se le dé de forma graciable o voluntarista entre los profesionales de los diferentes Servicios, sino que su establecimiento y ejercicio autorice y la toma de decisiones y recomendaciones que se efectúen en la intervención social con la familia.

El Asistente Social de Zona coordinador es un "anillo efectivo" en la cadena administrativa de comunicación; es punto de recogida, procesamiento y disseminación de la información, tanto en sentido ascendente como descendente así como necesario para la toma de decisiones.

El equipo tiene unas características individuales de los profesionales que lo forman, así como de la organización a la que representan, por ello en la coordinación establecida se requiere:

- Lenguaje común: es necesario que todo el equipo entienda de la misma forma los conceptos que se utilizan en la intervención, aún cuando las disciplinas de los miembros sean distintas. Conceptos como: límites de la intervención, características de los usuarios, situaciones prioritarias, etc...
- Escala común de prioridades: señalar la intervención social que tiene cada uno, comparándola y poniendo en común estas prioridades.
- Estructura y organización operativa: es necesario que los componentes del grupo se doten de una "microestructura" que permita actuar fluidamente.
- Participación en la responsabilidad común: comporta que todos los miembros del equipo se corresponsabilicen de la parte que en cada momento les toca hacer, cada uno dependerá de lo que hagan los demás.

Todo esto se concreta en:

- Relación de interdependencia, conciencia de dependencia mutua.
- Confianza en la capacidad de otros profesionales.

IV. 2. La coordinación en prevención.

Los diferentes problemas sociales que afectan a una comunidad, exigen respuestas acordes a esas realidades, potenciando especialmente aquellas acciones que nos permitan anticiparnos a la aparición de esos problemas.

La superación de modelos benéfico-asistenciales en la acción social hace que desde los Servicios Sociales Generales se potencie el nivel de actuación preventivo partiendo de la comunidad, trabajando con ella y con sus propios recursos.

Se trata de actuar antes de que aparezcan los problemas, a pesar de que en la mayoría de los casos, las demandas de la población aparecen solo cuando los problemas ya existen.

Este aspecto preventivo en el caso de los malos tratos a la infancia es importantísimo. Existe un gran número de casos de maltrato que no se detectan, que nunca llegarán a los Servicios Sociales Generales y sobre todo en los que no es posible intervenir. Por ello la intervención desde la prevención daría lugar a que pudiera llegar a esas familias que nunca acuden a los Servicios Sociales Generales y con las que no se puede abordar el problema desde una metodología individualizada.

La metodología de la intervención desde la prevención requiere asumir tres coordenadas fundamentales de actuación:

- La comunidad, como ámbito de trabajo.
- La coordinación, como modo de actuación.
- La participación, como condición inexcusable.

Los Servicios Sociales Generales tienen que estar orientados globalmente hacia la comunidad donde se insertan por lo que la coordinación y la participación tienen que ser primordiales.

La sensibilización de la población sobre los problemas de la infancia, con información de los indicadores de malos tratos y no sólo de los casos espectaculares, así como la información de los canales y mecanismos de solución, es un trabajo claro de los Servicios Sociales Generales; que permiten la participación de la comunidad en el conocimiento y solución de sus problemas.

La sensibilización de los profesionales que trabajan con la infancia y la coordinación de los mismos en materia de prevención, ayuda a que los conflictos se solucionen antes de que se produzca el deterioro.

Volviendo al título de la ponencia y en campo de la prevención es claro el elemento coordinador que deben realizar los Servicios Sociales Generales. Los programas de prevención deben crear un marco de intervención que garantice la coordinación, la integración y la participación.

Las funciones a desempeñar serán:

- Potenciar actuaciones preventivas de la infancia, implicando a la comunidad.
- Recoger las demandas sociales en materia de menores, promoviendo la sensibilización y formación adecuadas en factores de riesgo.
- Promover un mejor conocimiento de los recursos con el fin de racionalizarlos y rentabilizarlos con actuaciones coherentes.
- Coordinar y programar actuaciones preventivas en el ámbito de su Zona relativas a familia e infancia.

Para poder entrar en metodología de un trabajo de este tipo desde los Servicios Sociales Generales es preciso efectuar una formación específica de los profesionales que les ayude a crear proyectos, coordinarlos y evaluarlos y efectuar la formación de los diferentes agentes sociales de la comunidad para que participen en los proyectos de prevención.

V. CONCLUSIONES

De todo lo expuesto y como conclusiones de la ponencia señalaré que los Servicios Sociales Generales en materia de infancia deberían tender a estos objetivos:

I. CREAR SERVICIOS.

- Intervenir en las causas que dan origen a los malos tratos en los menores.
- Articular los recursos existentes teniendo en cuenta la iniciativa social.
- Coordinar todas las instituciones públicas y privadas que atienden a los menores.

2. CREAR TEJIDO SOCIAL.

- Posibilitar la participación de la comunidad con contenidos de prevención.
- Estimular la solidaridad en el trabajo con la infancia.
- Integrar la acción social que con menores se efectúe en esa zona.

3. CREAR INVESTIGACION.

- Analizar las situaciones actuales de necesidad como posibles causas de futuro.
- Planificar estudios de predicción planteando hipótesis de trabajo.
- Investigar desde los Servicios Sociales Generales como método de trabajo.

5. CREAR ESTRUCTURA DE TRABAJO.

- Organizar la formación de profesionales que van a trabajar con la infancia.
- Determinar el Equipo de Trabajo así como su organización funcional.

INTERVENCION SOCIAL CON FAMILIAS MULTIPROBLEMATICAS

MARILU GOIKOETXEA NAZABAL

INTRODUCCION

Una de las "áreas preferentes de actuación" de los Servicios Sociales en la C. A. P. V., según la vigente Ley, es la protección y apoyo a la familia. La Ley de Servicios Sociales propone al respecto, la orientación, el asesoramiento y la terapia como servicios adecuados, a la vez que destaca el relevante papel de los Ayuntamientos como unidades básicas de servicios, por su proximidad a los ciudadanos.

En el año 1989 el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, crea un convenio de prestación de Servicios de Terapia de Familia para atender a aquellas derivadas por parte de los Servicios Sociales del Instituto Municipal de Bienestar Social y que dichos Servicios consideren se requiera una atención de Terapia de familia.

Las familias susceptibles de beneficiarse del convenio, responden a la siguiente tipología :

- Aquellas en las que se observaba la existencia de malos tratos infantiles y en las que, tras la oportuna investigación y valoración por parte de los Servicios Sociales se observaba no revestir una gravedad que aconsejara la separación del medio familiar.
- Familias en las que la gravedad de los malos tratos exigía la separación del menor de su familia.
- Familias desestructuradas, de alto riesgo, entiendo como tales aquellas que, por una u otra razón, no podrían ser atendidas por los Servicios Municipales.

La importancia de la familia como primer agente socializador así como el contexto necesario del desarrollo individual parece estar fuera de toda duda. Del mismo modo, cada vez se muestra con mayor evidencia la relación existente entre los problemas individuales y familiares. Toda acción ejercida sobre una familia, por su carácter de sistema, recaerá con mayor o menor fuerza sobre los individuos que la componen.

En el acercamiento a los casos de maltrato, el modelo de intervención que he adoptado en la fase de Terapia es, no solamente, comprender las razones del abuso, sino también, modificar las pautas disfuncionales que

dan origen a la violencia, a fin de situar a la familia en condiciones de recuperar sus propias funciones de educación de los hijos.

En el campo de estudios acerca de la familia, Masson ha puesto en evidencia el hecho de que la desatención y el maltrato tengan origen en sistemas familiares en los cuales la parentificación de los hijos por parte de las familias de origen (primera generación, abuelos) no se agota con el matrimonio de los hijos, sino que continúa actuando, activamente, estimulando en la segunda generación comportamientos inadecuados por parte de los padres. Esta comprobación confirmaría la opinión consolidada (Cicheti, Rizlei, 1981; Main Goldwyn, 1984) que ve en el maltrato un fenómeno reiterativo que se desarrolla de generación en generación y que, justamente por eso, es necesario tratar de interrumpir (Cirillo, Dr. Blassio, 1989).

Por otro lado, prevenir la aparición de los problemas sociales, romper el ciclo repetitivo del abuso, evitar que se cronifiquen, constituyen objetivos cuyo logro justifican plenamente la acción social. Esta Acción preventiva debe focalizar, fundamentalmente, la atención en la familia, dado que, por muy variadas y complejas que sean las estrategias de intervención familiar, la más eficaz de todas ellas ha sido y sigue siendo la prevención.

Modelo de intervención

El modelo utilizado en las intervenciones con estas familias es el modelo sistemático, dando a estas terapias un enfoque pedagógico que, como dice Odette Masson, consiste en "enseñar a los padres a ser padres".

El hecho de ser padres es considerado como "una capacidad de reconocer (con o sin clara comprensión) las necesidades de un menor, primeramente de cuidados y de protección física, segundo de educación, tercero de cariño y oportunidades de relaciones con otros, cuarto de desarrollo corporal y ejercicio de las funciones físicas y mentales y, por último, de ayuda de relacionarse con el entorno mediante la organización y el dominio de la experiencia".

En estas terapias se da a la relación que se establece entre la familia y el terapeuta una importancia grande. La relación tiene que ser, cálida, fuerte, basada en la complementariedad; la familia debe percibir que el terapeuta está con ella, no para juzgarla, sino para ayudarla a cambiar. Dice Kempe:

"Los padres de estas familias son enormemente sensibles al rechazo y precisan con desesperación de una relación auténtica y duradera con el adulto".

El objetivo de la terapia es modificar la estructura del régimen transaccional existente en las familias, así como el cambio de las reglas patógenas que la sustentan.

Proceso de intervención

Las familias son detectadas por los Servicios Sociales de Base del Instituto Municipal de Bienestar Social, los cuales son los encargados de realizar todo el proceso de investigación y valoración de la familia.

Una vez en posesión de todos los datos de la familia, el asistente social lo pone en conocimiento del equipo municipal de Infancia, que juntos realizan un plan global de ayuda a la familia.

Una vez decidido su paso al Programa de Terapia de familia, realizan un contrato con la familia con los siguientes acuerdos:

1º La familia respetará las condiciones fijadas por el terapeuta: frecuencia, asistencia y duración.

2º La familia asistirá de forma continuada a las sesiones; dos ausencias consecutivas a las mismas, sin causa justificada supondrá suspender el tratamiento.

3º En caso de no poder asistir, avisará al terapeuta con 24 horas de antelación, al menos.

4º Los Servicios Sociales solicitarán del terapeuta de familia una valoración sobre la marcha del tratamiento.

5º Los Servicios Sociales valorarán el grado de colaboración y disposición que la familia ha mostrado para superar sus dificultades. Dicha valoración condicionará la respuesta que los Servicios Sociales darán a la familia en adelante.

Los objetivos del Programa de Terapia familiar son:

- Identificar y valorar el funcionamiento familiar con el fin de realizar un diagnóstico del problema.
- Determinar la incidencia de posibles patologías individuales o familiares en la situación de desprotección.
- Modificar las pautas disfuncionales, la patología relacional responsable del problema y, por tanto, del comportamiento abusivo o negligente, posibilitando la emergencia de patrones relacionales funcionales.
- Coordinar la intervención cuando concurren en ésta otros profesionales: maestros, trabajadores familiares, pediatras, etc.

La colaboración con los Servicios Sociales en la intervención es imprescindible para el éxito de la misma. No podemos olvidar que, en muchas ocasiones, el contexto terapéutico es coactivo.

Por ello, el terapeuta encargado del tratamiento de terapia de familia recibe un informe completo todos los datos significativos útiles que permitan construir una hipótesis sobre el disfuncionamiento familiar.

Una de las conclusiones importantes extraídas desde aquella experiencia es "que aquellas familias que, previamente, habían sido trabajadas por los Servicios Sociales, tenían mejor pronóstico".

El segundo paso antes de iniciar el contacto con la familia es establecer la red.

D. Masson y M. H. Frankheimer ya señalaron en 1975 la importancia de analizar, a nivel sistemático, las redes de profesionales que trabajan con estas familias antes de pretender elaborar una estrategia.

Se trata de formar un grupo de profesionales desde el que se distribuyen sus funciones y tareas con la familia.

La red supone que los profesionales deben establecer relaciones de estima recíproca y de reconocimiento de sus competencias mutuas. Tienen que ponerse de acuerdo sobre la evaluación de la problemática que presenta la familia y tienen que definir sus roles y tareas con claridad. Así mismo, deben ser capaces de mantenerse unidos frente a los intentos de coalición que la familia hará antes o después.

Es, entonces, cuando se estructuran ambos contextos. El contexto de ayuda es ejercido por el terapeuta familiar, y el contexto de control es ejercido por el asistente social de los Servicios Sociales; en los casos en que esté la figura del trabajador familiar, es incluido en el contexto de control.

Una vez constituido y estructurado el equipo de intervención, éste pasa a estudiar las informaciones recabadas y define las alternativas estratégicas correspondientes para abordar y tratar los problemas de la familia.

En el primer contacto con la familia el terapeuta no comienza a trabajar con un nivel de información 0, por lo que considero muy importante dar a conocer a la familia la información de la que se dispone, y hacer con la familia en la primera o segunda sesión un contrato terapéutico.

En dicho contrato se negocia con la familia no solo el número de sesiones, frecuencia, utilización del vídeo, número de personas asistentes, sino también objetivos a conseguir.

En función de los objetivos, se establece el número de sesiones. Con frecuencia al tratarse de terapias a largo plazo (O. Masson denomina a estos tratamientos "Terapias de acompañamiento") se vuelve a negociar el contrato por número de sesiones.

La evaluación de los cambios se realiza con la familia al final de cada contrato.

Creo necesario insistir en la importancia que doy en el tratamiento a la relación Terapeuta <----> Familia, relación basada en el afecto, la confianza, pero, también, en la técnica.

Importante también señalar el trabajar los recursos positivos de la familia.

Al finalizar el tratamiento, bien por éxito terapéutico o fracaso, la familia se devuelve a los Servicios Sociales.

Conclusiones

A través de los tres años de experiencia en el citado programa, éstas han sido algunas de las conclusiones extraídas:

- Experiencia positiva en cuanto que las familias evolucionan de forma favorable, aunque -como era de prever- sin resultados espectaculares, ya que son familias que, por su grave deterioro, el tratamiento ha de plantearse a largo plazo.

- Cuando una familia es detectada precozmente y puesta en tratamiento, se consiguen óptimos resultados en menor tiempo y, por lo tanto, con menor coste tanto económico como terapéutico. Esto significa ahondar, principalmente, en el aspecto preventivo.

- En el caso de familias muy desestructuradas, los resultados no son brillantes. Debemos pensar que es necesario tratamiento familiar ya que sirve de contención y prevé la aparición de nuevas patologías individuales y relacionales, por lo que podemos hablar aquí de prevención secundaria.

- Cara a un mejor pronóstico con las familias, han evolucionado mejor aquellas que previamente habían sido abordadas y bien derivadas desde los Servicios Sociales.

- Importante señalar que aquellas familias en donde se había establecido una fuerte relación terapéutica, aun después de haber sido dadas de alta, cuando aparece una crisis en la familia, solicitan ayuda urgente del terapeuta.

- Menor asistencia a los Servicios Sociales de base durante el tiempo que dura el tratamiento.

- Es muy positivo y beneficioso que los terapeutas dispongan de un amplio abanico de conocimientos en el modelo sistémico para poder elegir en función de la situación familiar y de la fase del tratamiento entre las enseñanzas de Minuchin, S. Palazzoly, S. Cirillo, O. Masson, Bogzarmany, Nagi, Haley, Madanes, el tipo de "input" terapéutico capaz de movilizar el régimen transaccional. La práctica de estos tratamientos exige, además, una formación a modo de colaboración pluridisciplinaria transinstitucional.

- Es también muy importante el manejo de técnicas activas: escultura, juego de roles...

- Convencer a la Administración pública de que este tipo de programas es, a medio y largo plazo, más económico y rentable al suponer una más racional y eficiente utilización de los recursos humanos, sociales y financieros, así como evitar, en un volumen considerable, la institucionalización.

BIBLIOGRAFIA

- Contextos maltratantes en la infancia y coordinación institucional. Odette Masson.
- Niños maltratados, diagnóstico y terapia familiar. Stéfano Cirillo y Paola Di Blassio.
- Maltrato infantil y terapia de familia. Odette Masson.
- Programa de intervención en familias con problemas de maltrato y abandono infantil. Ramón Muñoz Cano y Marilu Goikoetxea Nazábal.

SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS EN INFANCIA: CRECIMIENTO Y DIVERSIDAD

J. MANUEL ALONSO VAREA

INTRODUCCION.

El aumento del interés social hacia la infancia en general y, en menor medida, hacia la que está en dificultades sociales, el marco legal específico reciente, el incremento de la sensibilización y de la detección de estas problemáticas por los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) otros servicios y entidades, la existencia de Servicios Sociales Especializados (SSE), etc., son reflejo de profundos cambios sociales (demográficos, culturales, sociológicos, familiares, de valores...).

Estos cambios se tendrían que estudiar más en nuestro país por su influencia a lo largo de las últimas décadas en la consideración de la infancia y en lo que se entiende por maltrato y "buen trato" de la misma. Cada vez más, como sociedad, se dice que el maltrato y abandono infantiles son inaceptables, y se tienden a reconocer, pero en menor medida, los factores sociales favorecedores o evitadores de tales fenómenos.

No he hallado ni estudios comparativos sobre los SSE a nivel estatal, ni una visión global de como son desarrolladas las funciones de protección a la infancia en las Comunidades Autónomas. Al ser los servicios sociales competencia asumida por cada Comunidad es ésta la que determina y estructura el tipo de servicios y la manera de realizarlos. La mayoría de Comunidades han creado departamentos o servicios especializados. Podemos encontrar diferentes modelos, por ejemplo: SSE municipales, sobre todo en algunas grandes ciudades, y, el modelo quizá más frecuente, las delegaciones provinciales de los Gobiernos Autónomos.

La demanda respecto a ésta ponencia es reflexionar sobre los SSE a partir de la experiencia de casi cuatro años de los EAIA de Barcelona Ciudad. Durante este tiempo ha evolucionado mi opinión sobre algunos de los temas que trato aquí. No pienso que lo que planteo pueda generalizarse pero sí que puede servir de reflexión. Valoraré de forma resumida, aspectos a explicar y debatir a fondo en el grupo de trabajo durante el Congreso.

A) EL MARCO DE ACTUACION.

La evolución de su marco de actuación ha supuesto para los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia (EAIA) muchos cambios desde su



creación hace 7 años. De ser creados sólo para atender situaciones de riesgo de conductas asociales pasaron a atender situaciones de desamparo o de riesgo de éste. En la actualidad, atienden a todos estos menores con graves dificultades psico-sociales en todas las fases del proceso de atención y con todas las respuestas posibles. Así, recientemente, el Decreto 192/93 les encarga "el seguimiento de la evolución de los menores desamparados en situación de acogimiento simple y preadoptivo".

En Catalunya la Llei de Protecció de Menors (22/85) presentó un avance respecto a la legislación anterior y la Llei de Serveis Socials 26/85) estableció el marco general de actuación en relación con la infancia, la cual sería realizada por los SSAP y los SSE en infancia. Los SSE/EAIA (en adelante utilizaré indistintamente ambos términos) fueron creados mediante Decreto en 1986, el cual definía el alto riesgo social como: "La situación por la cual un menor se encuentra en un ambiente socio-familiar que incide negativamente sobre su personalidad y que, debido a los déficits sociales que concurren, hacen preveer la emergencia y desarrollo de conductas sociales.

Sobre la desjudicialización de las etapas de protección iniciales que supuso la desaparición de los Tribunales Tutelares de Menores y la Ley 21/87 se ha discutido mucho. Ese ya no es el debate actual, sino el cómo el sistema vigente ha de funcionar mejor para respetar sus fundamentos.

El 1988 se creó la entidad pública de protección de menores en Catalunya: La Direcció General de Atenció a la Infancia (DGAI. Departamento de Bienestar Social de la Generalitat). Los EAIA debido a lo anterior hubieron de trabajar, además desde 1989 con un nuevo encargo: la medida administrativa de tutela en las situaciones de desamparo de menores (maltrato/negligencia/abandono), lo cual supuso un cambio muy importante. Suponía trabajar con la no voluntariedad de las familias, con el seguimiento de familias multiproblemáticas y con un incremento de las demandas judiciales (10). Ello implicaba, también valorar la posible separación del menor y las medidas administrativas correspondientes, trabajando para evitar la separación cuando fuera posible; si no fuera así, facilitar un pronto retorno con la familia natural y si ello no fuera viable proponer otras medidas alternativas.

La reciente Ley 37/91 sobre medidas de protección de los menores desamparados y de la adopción, "comprende una completa regulación de la faceta protectora tal y como se ha hecho en las legislaciones más modernas" y deroga los apartados similares de la Ley 11/85.

Las competencias actuales de la DGAI son:

- * Protección y tutela de los menores desamparados por falta o ejercicio inadecuado de la patria potestad o del derecho de guarda y educación.
- * Ejercicio de la acción preventiva individualizada y tratamiento adecuado respecto a los mejores que presentan circunstancias que hacen preveer un riesgo elevado de comisión de infracciones penales.
- * La reinserción de los mejores que hubieran cumplido resolución a medida judicial y la elaboración y gestión de los programas adecuados.

* Todas las restantes funciones que le atribuye la Ley 37/91 y las que la Ley 21/87 encomienda a la Comunidad Autónoma en esta materia.

* La atención y la promoción del bienestar de la infancia y de la adolescencia, con el objetivo de contribuir a su pleno desarrollo personal, especialmente en los casos en que los entornos socio-familiares y comunitarios tengan un alto riesgo social.

* La guarda de los menores en los supuestos establecidos por las leyes.

* La planificación en materia de infancia y adolescencia" (Decret 192/93 del Dpto. de Bienestar Social).

Desde 1988 se han realizado convenios entre la Generalitat (DGAI) y municipios, entes comarcales y supracomarcales estando cubierto en la actualidad casi toda Cataluña por 25 EAIA territorializados.

Los EAIA no se implantaron en Barcelona ciudad hasta 1990, siendo aquí la gestión de los equipos municipales al ser ésta delegada mediante convenio al Ayuntamiento por la Generalitat, manteniendo ésta la competencia. Barcelona, con 1.650.000 habitantes tiene ocho EAIA, teniendo uno de estos (Ciutat Vella) siete miembros en lugar de tres.

Los EAIA son equipos técnicos integrados, como mínimo, por un/a psicólogo/a, un/a pedagogo/a y un/a asistente social que se suelen plantear trabajar interdisciplinariamente, y disponen de un/a administrativo/a. Como servicio social especializado público son un recurso técnico al servicio de los SSAP y otros equipos de bienestar social para infancia y adolescencia, tanto de primer como de segundo nivel.

Las funciones actuales de los EAIA se pueden agrupar en cuatro:

- Atención individualizada.
- Apoyo a los profesionales.
- Colaboración institucional.
- Apoyo a programas comunitarios.

En concreto, referidas siempre a las situaciones y a los menores en alto riesgo social o de desamparo son:

- * Colaborar en prevención y detección.
- * Información y orientación.
- * diagnóstico de la situación y necesidades del menor y elaboración de programas individuales de tratamiento.
- * Informar a la DGAI y proponer la medida administrativa aplicable y el plan educativo y terapéutico más adecuado.
- * Dar soporte psico-social a la familia natural, si se cree conveniente, y a los menores en situación de guarda o tutela ya sea en centro y en familia acogedora siempre o pre-adoptiva.
- * Desarrollo de los tratamientos y medidas asistenciales y seguimiento y control de mismos ya sea prestados por medios propios o ajenos.

* Colaborar con las corporaciones locales y entidades públicas y privadas de su ámbito territorial en las tareas de detección, prevención, información, valoración, tratamiento e integración del menor.

* Colaborar con los servicios específicos que atienden al menor que se encuentra bajo medida judicial¹ (se ha resumido lo que dicen al respecto el Decreto 338/86; Orden 27/10/87, Ley 37/91 y Decreto 192/93).

B) ALGUNAS PREMISAS DE TRABAJO.

GENERALES

A continuación se señalan algunos criterios que debieran ser compartidos por los diferentes planificadores e interventores, y que, pese a parecer obvios, son difíciles a veces de tener presentes:

* Necesidad de políticas generales de infancia y familia y de un sistema social de atención y protección a la infancia consensuados interinstitucionalmente y basados en un buen conocimiento de las problemáticas y territorios. Los SSE han de articularse lo mejor posible en dicho sistema y en los programas marco de infancia (lo más locales posibles), revisándose las disfuncionalidades que se puedan dar dentro del sistema (circuitos, tareas). Son un elemento más y no un sistema aparte.

* Es necesario que SSAP, SSE y otros servicios de bienestar social acepten trabajar con el mismo marco jurídico-legal (Convención de Derechos de la infancia de NNUU, Ley 11/85, Ley 37/91 y su concepto de desamparo, etc.) y deontológico (distinción entre cliente y usuario, asumir que trabajan al servicio de una autoridad administrativa, por lo cual en estos casos el secreto profesional se le debe a ésta, etc. -12-).

Así pues, la atención a los derechos de la infancia es tarea, en mayor o menor medida, de todos los servicios. La especificidad de los SSE en infancia sería la intervención de situaciones graves en donde los menores pueden requerir respuestas técnico-administrativas, más elaboradas, utilizando la autoridad delegada y en uso creativo de la misma.

* Actuación en base al interés del menor, sin descuidar la atención a la familia siempre que no entre en grave conflicto con el bienestar del niño/a. Consideración de éste/a como un sujeto de derechos más que como un objeto de protección. Dar oportunidades y recursos a las familias y menores si lo necesitan y están en condiciones de aprovecharlos, para no penalizarlos injustamente, teniendo como objetivo el evitar la separación y siendo la institucionalización un recurso con temporalización definida, evitando periodos largos de internamiento.

* El trabajo de colaboración SSAP-SSE es necesario. La división entre primer y segundo nivel -polivalencia y especialización- en los servicios sociales, y dicha colaboración con tareas diferenciadas introduce una complejidad funcional que, sin embargo, da mayor calidad al trabajo que si todas las tareas las realizara el mismo equipo.

SSAP y SSE son equipos complementarios que actúan corresponsa-

blemente en el asesoramiento, la derivación y otras fases de la intervención. A nivel de trabajo de casos, el trabajo en red de servicios (sanitarios, sociales, policiales, etc.) permite mejores resultados. La globalidad de la intervención es del SSAP trabajando el SSE específicamente durante un período, o dicho de otro modo el SSE globaliza la intervención durante un período de crisis y dificultad y después esa globalidad la vuelve a realizar el SSAP u otro derivante.

* Los Servicios Sociales de Atención Primaria tienen un papel fundamental respecto a la infancia con dificultades sociales y sus familias pues suelen ser los primeros en captar las problemáticas de la población de forma global. Aunque hay un gran porcentaje de casos (sobre un 40%) que llegan a los SSE y no son conocidos por los SSAP, éstos suelen ser la principal fuente de derivación a los SSE y muchos de los casos derivados por otros servicios podrán ser objeto de intervención de SSAP. Esta posición privilegiada de buenos conocedores les permitiría realizar las siguientes tareas sobre las que hay un cierto acuerdo (4, 8, 9):

1. **Intervención preventiva.** Tanto específica: p.o. dirigida a familias en situación de riesgo, a evitar agresiones a menores; como inespecífica. Realización de proyectos comunitarios de: prospección, sensibilización, dinamización, organización de la comunidad, formación, complementación institucional e intervención en problemas socio-personales (8).

2. **Detección.** A través del trabajo de atención individual, familiar, con instituciones y comunitario. A veces el problema de maltrato o abandono se presenta con el resto de una problemática social y se ha de averiguar si está cubierto o manifiesto. Existe el riesgo, a veces, de intervenciones innecesarias o de inhibiciones en donde se precisaba actuar. La detección puede ser preventiva (antes o al inicio) o de hecho (cuando ya se está produciendo la situación).

3. **Intervención de hecho.** Es necesaria la comprobación de/con los elementos de detección, y una extensa recogida de datos previa al diagnóstico, y si es posible, intervención concreta con familia y menor, realizando un plan de trabajo (en ICASS -8- hay una propuesta clara).

4. **Derivación.** Una vez realizada habrá un contacto tanto con el SSE como con la familia para colaborar con el plan de trabajo, realizar controles y detallar formas de colaboración. Lógicamente, la derivación supone la psot-derivación o reinserción del menor y la familia, si es necesario, una vez que se ha trabajado por el SSE o conjuntamente por SSAP-SSE.¹

¹ Sobre las tareas 1, 2 y 4 tanto la Ley de Servicios Sociales como el Decreto de creación de los EAIA hablan de ellas como de ellas como de actuación preferente de los SSAP. Respecto a la tarea 3 se habla en ambos textos legales de atención, ayuda, información, orientación y asesoramiento; La Orden 15/7/87 detalla como una de las funciones de SSAP "la intervención social como tratamiento y apoyo a individuos, familias y grupos". Recordemos además que etimológicamente en griego, terapia significa "ayuda, atención".

SOBRE LOS SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS.

* La mayoría de las familias con menores que acuden a nuestro EAIA son multiproblemáticas con grave desadaptación social; Felzenswalb (7) hace un buen análisis de ellas destacando el hecho de ser multiasistidas. También se podrían llamar de alto riesgo (13): no tienen conciencia o no reconocen carencias y problemáticas, y por ello hay negativa a comprometerse para mejorar la situación. Considero que éstas familias han de ser las prioritarias en el trabajo del SSE ya que tienen graves dificultades relacionales entre sus miembros y pocas posibilidades de cambio si no se introducen elementos nuevos en el sistema familiar (2,10).

* El trabajo en un SSE comporta una gran complejidad que se ha de asumir con sus dificultades y ventajas como inherente a la tarea profesional ya que supone trabajar: con dependencias institucionales múltiples, en una estructura de dos niveles de servicios sociales; intentar trabajar en la interdisciplinariedad; sin penalizar la desventaja social; equilibrar dentro de la familia los derechos de la infancia y de los adultos, tratar con variadas fuentes de derivación y... evaluar, ayudar y controlar familias y menores desamparados o en riesgo. Además, se ha de compaginar la reflexión sobre la realidad social sobre la que se trabaja con la intervención en la situación de cada menor.

* Cada SSE ha de pedir una clarificación a las instituciones para las que trabaja del encargo institucional que se le hace, y conjuntamente con la/s institución/es ha de definirlo más en concreto adaptándolo a su realidad territorial y de equipo, negociándolo con los SSAP y otras entidades. Una vez realizado esto, y para garantizar una buena coordinación se debe respetar la diferenciación de competencias, la jerarquización delante de los casos a atender, negociando cómo intervenir en los casos que estén en el límite competencial, y la acción integrada del equipo (4).

* La territorialización de los SSE al igual que la de los SSAP, permite a ambos una mejor coordinación entre ellos y con otros servicios y entidades, la mejora del conocimiento de recursos y de las realidades sociales, y consecuentemente la mejor comprensión de la familia y del menor (estilos de vida, pautas culturales, infraestructuras, etc.), de las situaciones de algo riesgo, desamparo, y urgencias que se puedan producir. Sin embargo, lo anterior plantea el riesgo a ambos servicios sociales de contextualizar en exceso la situación del menor en su medio y minimizar los derechos normativos que reconocen al menor convenciones y leyes.

* La consideración de todo lo anterior debe permitir, a partir de un modelo común, respetar la diversidad de los diferentes SSE. Diversidad que permitiría evitar las generalizaciones que no contemplan el contexto de cada SSE. Es por ello que cada vez hay más acuerdo entre los EAIA en reconocer que éstos equipos se organizan, priorizan funciones, fases del trabajo de atención individual y sitúan el "listón" de los casos que han de asumir de manera distinta en función de los factores que están implicados en toda intervención social: territorio, población, demanda habitual y de urgencias, recursos y voluntariado. También están determinados por factores internos: formas de entender cómo deben hacer su trabajo, experiencia

y dinámica de equipo. Contemplar y potenciar dicha diversidad es compatible con un proyecto de ciudad.

* Los SSE trabajan en un contexto de protección del menor simultáneo de ayuda y control. Los SSE actúan desde un segundo nivel de intervención asumiendo un doble rol. Ayuda y contención, para que la familia ofrezca una adecuada atención a los menores, motivándola para el cambio de relaciones; y, al mismo tiempo, poniendo límites a las situaciones que provocan desatención e informando a la familia: de las necesidades del niño, de sus derechos y obligaciones, de las posibles repercusiones, etc. Los EAIA disponen de una red de recursos específica, a utilizar sólo por su indicación, además de poder solicitar los recursos propios de otros niveles.

A continuación se resume el proceso de atención individual desde un SSE. En éste proceso las tareas principales son: asesoramiento, complementación, recepción de demandas, atención en situaciones de crisis, valoración y propuesta, apoyo psico-social y seguimiento.

RECEPCION DE DEMANDAS.

Los SSE son un recurso que se ha de saber utilizar y hacerlo de forma cuidadosa por las implicaciones que puede tener. Derivar no ha de significar desentenderse sino plan de trabajo común. Los equipos suelen priorizar, sobre todo, los casos de mayor gravedad y los de niños/as más pequeños. Básicamente se reciben demandas de dos fuentes:

* SSAP y servicios similares del territorio. La derivación se realiza verbalmente y mediante informe/protocolo de derivación. Se asumen casos para su valoración, sobre todo, cuando: hay propuesta de separación del menor del núcleo familiar y se han agotado todos los recursos posibles de ayuda, la familia no permite la intervención profesional y hay alto riesgo para el menor, hay maltrato grave y/o continuado, se dan guardas de hecho en familia extensa o ajena, y cuando el problema por su gravedad y/o complejidad supera las posibilidades del derivante.

* DGAI. Son encargado de valorar posibles situaciones de riesgo y proponer posibles medidas protectoras. Pueden ser situaciones muy diversas por su nivel de riesgo y su procedencia (policía, juez, fiscal, hospital, otra comunidad autónoma, vecinos, etc.).

ATENCION EN SITUACIONES DE CRISIS ("URGENCIAS").

Hay zonas de la ciudad en donde estas intervenciones son más frecuentes. Estas intervenciones requieren una metodología específica (técnica, circuitos, etc.).

VALORACION.

Antes del contacto con la familia se recoge la información y se hace un diseño de la intervención de valoración. Serán variables determinantes de

ésta: la existencia o no de trabajo previo realizado por los servicios con la familia, quienes el demandantes, quién traduce los síntomas, el tipo de demanda, y la respuesta de la familia ante el planteamiento de llegar al EAIA (13). Se ha sugerido distinguir entre el objeto de estudio (situación del menor), objetivo del mismo, objetivo del equipo y objetivo de la situación (6).

Aquí se inicia el contrato y la construcción de la relación, ambos aspectos imprescindibles. Es un trabajo conjunto, intenso, de participación de todos los miembros del núcleo familiar y de la familia extensa, menores y profesionales, y que se ha de delimitar temporalmente.

Durante esta fase se pueden producir cambios relacionales significativos como efecto del tipo de contexto y/o porque se impulsa un plan de trabajo breve para ver en concreto las posibilidades de cambio que ofrece la familia. Suele ser poco eficaz trabajar con los usuarios acerca de las soluciones posibles antes de que ellos acepten sus propios problemas.

La situación de desamparo no puede ser definida sólo por un tipo de conductas sino más bien por la interpretación que de ellas se hace desde un contexto concreto. El contexto no es sólo territorio y espacio temporal a observar, sino también la legislación, ideología, estructura administrativa y entorno socio-cultural. Mas que una situación "objetiva" o de "hecho" la valoración de la situación de desamparo sería el resultado del consenso en la interpretación del hecho (11).

PROPUESTA.

Por razones terapéuticas y deontológicas, cada vez mas equipos en la devolución a la familia leen los informes que han elaborado sobre ésta. La propuesta puede incluir o no medidas administrativas (guarda, declaración de desamparo/asunción de la tutela por la DGAJ), con o sin separación del menor.

Las posibles medidas técnicas a adoptar se agrupan en: *atención en la propia familia del menor, mediante ayudas de apoyo psico-social, de tipo personal o económico de la Administración; *cualquier medida aconsejable -asistencial, educativa, o terapéutica- vistas las circunstancias del menor; *acogida simple por persona, familia, centro público o colaborador que puedan sustituir provisionalmente a su núcleo familiar natural; *acogida familiar preadoptiva (Ley 37/91).

El plan de trabajo es la descripción operativa de los aspectos a tratar y cambios a conseguir incluyendo: quiénes lo harán, cómo, con qué medios, cuándo y durante cuánto tiempo, etc. Se considerarán globalmente toda las prestaciones y servicios que se estén utilizando.

APOYO PSICO-SOCIAL.

Pretende conseguir cambios a través del desarrollo del plan de trabajo. En realidad es la fase propiamente de tratamiento pero hay muchas reticencias a utilizar este término, y se utilizan, de forma inadecuada algunos términos como: "intervención", "seguimiento", "plan de trabajo". El trabajo

sobre aspectos relacionales familiares puede ser realizado por el SSE o derivado a otro equipo. En ese caso se coordinará con dicho servicio, además de con el resto de recursos utilizados de la red asistencial (centro residencial, escuela, SSAP, etc.). Suele haber en el SSE un "responsable de caso" y de la actuación global que sobre la familia realicen los servicios implicados.

Esta fase es una de las que necesita mayor debate e intercambio entre los diferentes SSE, por su papel central y sus ambigüedades.

SEGUIMIENTO.

Por este entendemos la comprobación de la consolidación de los cambios conseguidos, pudiéndose hacer directamente por el EAIA o indirectamente a través de la información que proporcionen otros servicios. En muchos casos se retorna el caso al derivante inicial.

DILEMAS.

¿QUIEN HACE QUE?

Algunos autores señalan que los textos legales limitan en exceso las tareas de los SSAP y en cambio detallan exhaustivamente las tareas de los EAIA, lo cual podría llegar a reducir el papel de SSAP y dar excesivas responsabilidades y competencias a los EAIA. Estoy de acuerdo en que el marco legal que delimita las competencias respectivas comporta algunas ambigüedades a la hora de poner en práctica funciones y de poner límites entre los dos niveles de atención. Sin embargo, si detallara mucho, imposibilitaría diferentes formas de colaboración SSAP-SSE. Este nivel de ambigüedad permite que puesto que hay realidades diferentes se puedan redefinir a nivel local o de distrito las tareas a realizar y el cómo, con lo cual se adaptaría mejor el SSE al sistema local de protección social a la infancia. Lo anterior no impide debatir sobre las competencias entre los distintos niveles de servicios sociales sobre la atención a familia e infancia, siempre que haya una aceptación de SSAP y SSE en trabajar de una forma complementaria y negociada.

¿HAY RECURSOS? ¿DONDE?

En muchos documentos revisados se señala la excesiva saturación tanto de SSAP como de SSE por un exceso de demandas en relación al número de profesionales y a los recursos de respuesta disponibles.

Evidentemente al final casi de todo se traduce en presupuestos que reflejan concepciones, prioridades y objetivos sobre los SSAP y los SSE. Se tendría que avanzar hacia unos SSAP suficientemente potentes en cuanto a dotación y preparación técnica en el trabajo con este tipo de menores y familias, trabajando más para la evitación de derivaciones al SSE, asesorándose e informando de la evolución social de esas familias al SS, si se ve necesario. Este trabajaría las valoraciones y más directamente

los cambios relacionales además de proponer medidas técnicas y administrativas.

Un modelo que no dote suficientemente a los SSAP y concentre en los SSE tantas funciones, aunque con más dotación profesional, puede potencial una penalización social injusta. Por otro lado, existe más el riesgo de que un EAIA supla a SSAP haciendo los dos papeles que no al revés.

¿SSAP SOLO AYUDA? ¿SSE SOLO CONTROL?

En las conclusiones del anterior Congreso se habla de que "debe clarificarse el doble rol que los servicios sociales desarrollan en la actualidad en cuanto a agentes terapéuticos y de control, considerando que el segundo de ellos condiciona irremediamente la eficacia del primero". Yo señalaría que, además, el primero sin el segundo es poco factible.

Trabajando con este tipo de familias es una trampa para SSAP y para el SSE el presentarse los primeros como buenos y aliados potenciales de la familia y los segundos como malos, controladores y punitivos. Dicho enfoque facilita a las familias el "dividir" a los profesionales y plantear alianzas con el SSAP que le pueden llevar a éste a situaciones de grave dificultad si la familia se siente traicionada. Por otro lado, potencia en los SSAP la fantasía de que ellos no ejercen control social y que el ejercicio de éste, por definición, es negativo y antiterapéutico al hacerles perder capacidad de manobra; y, por último, puede ser un pretexto para la no intervención.

Existe en muchos profesionales, tanto de SSAP como de SSE: incomodidad a la hora de presentar y emplear la autoridad, mitificación de lo terapéutico (imaginándolo sólo en un contexto "voluntario") y miedo a utilizar el control terapéuticamente al servicio del cambio.

Se ha de tender a una relación de tareas más equilibradas, trabajando simultáneamente ambos tipos de servicios sociales con la ayuda y el control que institucional y legalmente se deposita en ellos, pues trabajan para la institución y en base al interés del menor, definiendo siempre bien el contexto al usuario.

¿SE VALORAN PERO NO PUEDEN AYUDAR?

Algunos equipos plantean que es mejor que el mismo SSE que evalúa, controla y propone no realice las tareas posteriores de escucha y ayuda. Pienso que esto se ha de matizar en función de los casos, sin olvidar además que el marco legal de los EAIA no hace esa diferencia de forma tajante. El EAIA habría de conseguir, en tal caso, que un equipo de salud mental realizara dicho trabajo de tratamiento, aceptando la familia y dicho equipo el contexto de "terapia coercitiva" (1,5) que incluye, entre otros elementos, transparencia en la información y retorno de ésta al SSE.

En muchas ocasiones y sobre todo en el contexto de nuestro EAIA, a pesar de la dificultad que supone realizar el mismo equipo ambas tareas, ya que se ha utilizado la valoración como un primer paso del proceso terapéutico el continuar dicho proceso finalizada la evaluación puede reportar a las familias efectos positivos. Se utiliza dicho enfoque cuando el SSE y/o la

familia no ven conveniente la derivación, o cuando la familia no acude al servicio propuesto. Siempre se da la opción a la familia de acudir a otro servicio terapéutico si quieren.

Evidentemente, los SSE han de sentirse cómodos con dicho enfoque y no tener un excesivo número de demandas para poder mantenerlo.

¿AMPLIAR O REDUCIR FUNCIONES A LOS SEE?

Los EAIA fueron creados para unas funciones que fueron ampliadas, como hemos visto, en 1988 y en 1993. Son funciones suficientemente extensas en su definición que requerirían una importante dedicación de recursos si se quieren cumplir en su globalidad. Aquí se pueden observar de nuevo (ver "Premisas generales"), la necesidad de revisar la funcionalidad del sistema de atención social a la infancia, pues el objetivo básico no es hacer más o menos servicios de un tipo u otro sino que se pueda garantizar una atención adecuada y fluida a este tipo de situaciones. Urge, pues, el reajustar las funciones y/o las dotaciones profesionales (2), p.e. se podría establecer un ratio de casos por SSE.

¿DEPENDENCIA UNICA O DOBLE?

En Barcelona los EAIA dependen funcionalmente de la Administración autonómica y orgánicamente de la Administración municipal central, trabajando y estando ubicados en un distrito de la ciudad.

La doble dependencia parece ser inherente al tipo de tarea de que se trata y tiene como gran ventaja el que permite la territorialización de los SSE (ver "premisas sobre los SSE"). Como efectos negativos señalemos: la desorientación que puede producir la pertenencia institucional doble y el que las administraciones emitan mensajes diferentes. Las comisiones técnicas de seguimiento de los convenios han de velar por su cumplimiento.

Un tipo de doble dependencia a explorar es que los SSE se descentralicen aún más como consecuencia de la valoración positiva de su territorialización, y tengan la dependencia orgánica del distrito municipal en el que trabajan (al igual que los SSAP) en lugar de depender de un Área municipal central. Mantendrían la dependencia funcional con la Administración autonómica, pudiéndose garantizar el proyecto de ciudad.

¿INTER-MULTI-DISCIPLINARIEDAD?

El trabajo interdisciplinar teóricamente presenta ventajas que en la práctica son de muy difícil plasmación por el elevado volumen de casos, las dificultades que puede comportar dicho método de trabajo en equipo, etc. Se ha de evitar mitificar la interdisciplinariedad, la cual siendo deseable no se puede crear por decreto, y sí en cambio a partir de un buen funcionamiento multidisciplinar se puede posibilitar las condiciones que faciliten la utilización de la interdisciplinariedad. Cada SSE ha de encontrar su método de trabajo en equipo, que ha de ser negociado y reconocido por las instituciones y que garantice el cumplimiento de las funciones legales (10).

C) BALANCE PROVISIONAL

Casi 4 años de funcionamiento de los SSE en infancia integrados dentro del sistema de atención social a la infancia en la ciudad de Barcelona nos permite hablar de que:

* Se ha producido una mejora en la atención a la infancia maltratada y en alto riesgo social. Se han clarificado situaciones de desamparo y se ha posibilitado en muchos casos cambios positivos en las dinámicas familiares (10). A lo anterior ha contribuido la mayor profesionalización en la intervención con estos menores y sus familias, la mayor dotación de profesionales a estas tareas y una práctica profesional más acorde con el nuevo marco legal. Sin embargo, se ha de avanzar más, profesional y comunitariamente, en la línea iniciada de evitación de separaciones innecesarias, reforzando los recursos del propio medio.

* Se valora en general como positivo: el funcionamiento tendente a la interdisciplinariedad, la territorialización de los SSE, el trabajo en red de servicios, y la combinación de la ayuda y el control para poder trabajar con muchas de estas familias. Se ha iniciado una colaboración Administración autonómica-Administración local a través del convenio de los EAIA.

* Hay diversidad (de formas de aplicar el modelo) y ha habido crecimiento (de equipos y de funciones). Los SSE cada vez tienen un papel más central y amplio en el sistema de protección a la infancia, y en la toma de decisiones. Hay un riesgo de que se potencien los aspectos burocráticos en los SSE, a priorizarse más la valoración y el seguimiento en detrimento del tratamiento o apoyo psico-social, existiendo ya el precedente de la marginación de la tarea de prevención.

* Los EAIA están excesivamente centrados en la tarea de atención individualizada, resultando descuidadas las otras tres; si bien, a través de dicha atención se realiza parcialmente el apoyo a otros profesionales y la colaboración interinstitucional (10). El apoyo a los programas comunitarios y su realización alguien los ha de hacer, pero ¿y si no los hace nadie? Centrarse en exceso en el trabajo individual puede hacernos perder la perspectiva global.

* Hay déficit de investigación aplicada y en consecuencia se obtienen pocos hallazgos que incidan en la mejora de la práctica profesional. La experiencia de los SSE se podría aprovechar mejor para: analizar la evolución del fenómeno del maltrato y abandono, evaluar servicios y modalidades de intervención que se dan en la práctica tanto desde SSAP como desde los SSE o conjuntamente (3). Otro déficit es de apoyo técnico a los SSE (necesitándose más análisis y cuidado profesional).

* En zonas donde los menores y sus familias están sometidos a situaciones de alto riesgo social, los EAIA difícilmente pueden cumplir sus actuaciones protectoras, existiendo el riesgo de mantener y aumentar la desventaja social de estas familias y mejores (2,3), al no ser atendidas las necesidades básicas desde los niveles correspondientes y no realizarse un trabajo suficiente de promoción y desarrollo social.

Intervenimos cotidianamente sobre el contexto funcional de las fami-

lias, lo cual nos hace ver la necesidad de modificar su contexto social estructural. En este sentido una tarea de los SSE podría ser informar y sensibilizar para que se dediquen recursos destinados a cubrir esa necesidad.

BIBLIOGRAFIA CITADA.

1. ACKERMAN, F. Y OTROS: "El cliente involuntario; evitando la terapia -como- si". Revista Sistemas Familiares (abril 1993), págs. 9-14.
2. ALONSO VAREA, J. M.: "La protección a la infancia ¿contribuye a mantener la homeostasis social? Revista de Treball Social (RTS) nº 125, (1992) Barcelona. pags. 6-21.
3. ID. : "Niños de la calle" RTS, nº 129, (1993), págs. 102-114.
4. ARAMBURU L. / VAL, S.: "La coordinació entre els ASAP i els especialitzats en infància i adolescència" Congrés Europeu D'Atenció a la Infància. Barcelona, Noviembre 1992. Libro de resúmenes págs. 70-71.
5. CIRILLO, S. /DI BLASIO, P.: "Niños maltratados." Diagnóstico y terapia familiar. Ed. Paidós. Barcelona 1991. 171 págs.
6. CUSO, M.: "Equips interdisciplinaris: Estudi iavaluació de les situacions d'alt risc in-fantil" Congrés... pags. 83-84.
7. FELZENSVALB, M.: "El perfil psico-social de la familia multiasistida" Terapia Familiar. vol. 12, nº 4, (1991). Ginebra, págs. 337-347.
8. GENERALITAT DE CATALUNYA. ICASS: "Treball social amb infància des de les UBASP" Multicopiado, 1989, 11 págs.
9. ID DGAI: "Detecció, intervenció i derivació de maltractaments infantils pels professionals del treball social. 1991. Barcelona, 43 págs.
10. ID DGAI: "Balanz de la tasca dels EAIA a Catalunya" Unitat de Suport Tècnic als EAIA. Congre... 9 págs.
11. GRACIA, A. Y OTROS.: "La infancia en alto riesgo social. Una situación compleja que necesita atención" Sin fecha. Multicopiado. Inédito, 15 págs.
12. LOPEZ, M.L.: "Concepto de ética y su aplicación al trabajo social" Multicopiado. Madrid 1992. 14 págs.
13. MONTSERRAT, C.: "Modelo de intervención en infancia en alto riesgo en Barcelona" Multicopiado. Avilés 1992. 16 págs.

A.P. 2

SERVICIOS DE SALUD**INTRODUCCION: FRANCISCO VARGAS MARCOS**

El concepto de enfermedad predominante entre los profesionales sanitarios es el biológico, mecánico o/y patológico. La física y la química pueden explicar la presencia o ausencia de enfermedades. Las alteraciones fisiológicas pueden explicar las alteraciones de nuestra salud. Esta teoría del conocimiento médico no tiene en cuenta el origen social de la salud.

No es sorprendente que el Maltrato Infantil siga siendo presentado como una entidad clínica (síndrome). Se describen minuciosamente las lesiones "macroscópicas" con imágenes brutales de niños apaleados. Cuando pretendemos ir un poco más lejos en la comprensión de las causas del maltrato solemos encontrar la respuesta siguiente: "No, eso ya no es cosa mía". Esta concepción dificulta notablemente la posibilidad de prevenir y actuar de forma eficiente en la atención del niño/a maltratado. Mientras no modifiquemos esta forma de entender el proceso salud-enfermedad será muy difícil avanzar en la solución de estos problemas.

Xavier Querol considera el maltrato infantil como un problema de salud que afecta a toda la sociedad, ello implica adoptar un concepto amplio, integral de la salud. La capacidad de respuesta de los profesionales sanitarios, según este autor, está relacionada con:

- 1) El concepto de maltrato entendido como "problema de salud".
- 2) La estructura-organización de los Servicios de Salud.
- 3) Los equipos interdisciplinarios y su capacidad de coordinación.
- 4) Las actitudes de los profesionales.

En cada uno de estos apartados Xavier Querol ofrece valiosas sugerencias para mejorar nuestro trabajo profesional. No se limita a describir lo que ocurre, ofrece alternativas, ideas para cambiar.

Josefina García nos ofrece, sin academicismos, a partir de su experiencia diaria en el cuidado de niños maltratados unas sinceras reflexiones sobre el trabajo profesional de enfermería. Nos presenta un método probablemente no ortodoxo, pero emocionante, lleno de ilusión, que transmite ganas de trabajar. En definitiva una estrategia para organizarse, transmitirse información, ayudarse entre los profesionales para hacer un buen trabajo.



José Luis Pascual analiza, brillantemente, los principales factores que explican la situación actual de las necesidades de atención de los niños. Es muy revelador el resumen que presenta sobre las características personales, familiares, económicas y sociales de los menores con necesidades en España. La lectura de su trabajo permite valorar hasta qué punto los factores sociales influyen o determinan el maltrato infantil.

Los servicios de salud ocupan un lugar preferente, en la prevención y tratamiento del niño maltratado, es necesario cambiar la actitud mecanicista basada en la "reparación" sin preguntarse que podemos hacer para evitar que el maltrato se repita. La coordinación con otros profesionales, el trabajo en equipo en pie de igualdad y respeto es imprescindible.

No menos importante es participar en la recogida de información que posteriormente puede ser sintetizada, analizada y transmitida con el fin de conocer las variables epidemiológicas del maltrato infantil. Una buena historia es el primer paso para dotarnos de un sistema de información, nacional o regional, sobre el maltrato. Los sanitarios somos una pieza clave en la organización de este sistema.

Espero que las aportaciones de este grupo de trabajo sea de la máxima utilidad para todos los congresistas.

EL MALTRATO INFANTIL Y LA ATENCION MEDICA

XAVIER QUEROL PIERA

Lo que parecía un problema sencillo que podía ser definido dentro de unos límites más o menos precisos, el maltrato infantil, se ha convertido en el transcurso de los años en un problema complejo. Originado en el mundo pediátrico a partir de la descripción de H. Kempe y que parecía reducirse a lesiones físicas e implicar a unos pocos profesionales, se ha convertido en un problema amplio que implica a toda la sociedad. Profesionales de distintos campos, la misma sociedad y las instituciones se han interesado, sobre todo esta última década, en la defensa de los Derechos del Niño/a. La sociedad, una vez más, ha demostrado moverse a un ritmo cíclico de menor a mayor intensidad, sensibilidad y receptividad en pro de la infancia. Porque no cabe duda que hablar de maltrato es hablar de Derechos del Niño/a, es hablar de protección, es hablar de todos nosotros.

Un problema complejo que implica a múltiples profesionales y servicios, a la sociedad y a las instituciones, es susceptible de incitar a la reflexión sobre lo que hicimos mal o dejamos de hacer en el pasado, lo que hacemos en el presente, y lo que podemos hacer en el futuro para cambiar, mejorar y progresar sobre el maltrato infantil. Lo que nos parece hicimos mal es el discurso del maltrato basado en la imagen del horror, la perversidad y la crueldad, sin el discurso simultáneo sobre lo que debíamos hacer frente al horror y la crueldad. No le dijimos a la sociedad que detrás de aquella imagen existía una familia con problemas y necesidades y durante años, como reacción defensiva, se produjo una huida de la imagen del horror y la crueldad por parte de los profesionales y la misma sociedad, bajo la creencia injustificada de aquel que no era su problema. Y de lo que se trata precisamente en el discurso del maltrato es, que la defensa de los Derechos del Niño/a no sólo se refiere a los derechos a la protección sino también en como pueden ejercerlos, y como los profesionales, la sociedad y los servicios de Protección deben ejercer la protección del niño/a. El ejercicio del deber de protección no atañe sólo a unos cuantos, sino a todos desde la corresponsabilidad. En el ejercicio de este deber, los profesionales de atención médica deberían contribuir desde los Servicios de Salud, junto con otros Servicios de Protección-Atención, a la capacidad de respuesta frente a las necesidades de la infancia maltratada.

Nuestra capacidad de respuesta tiene relación con:

-El concepto maltrato, como un problema de salud.

- La estructura-organización de los Servicios de Salud.
- Los equipos interdisciplinarios y la coordinación.
- Las actitudes de los profesionales.

EL CONCEPTO MALTRATO CON UN PROBLEMA DE SALUD.

Es posible que los profesionales de atención médica, en particular los pediatras, hayan considerado durante demasiados años al maltrato infantil como un problema a parte, como una entidad clínica derivada de la violencia física, como un capítulo más de los Tratados de Pediatría. Quizás durante demasiados años no han considerado al maltrato infantil como un problema de salud, que puede afectar al crecimiento y desarrollo de los niños/as, producir lesiones mentales, desencadenar conductas antisociales, y deteriorar la autoestima y confianza en sí mismos haciéndolos, en definitiva, ciudadanos diferentes con menos oportunidades de futuro.

Se trataría de asimilar un concepto de maltrato desde una visión amplia del problema, obviando "conceptos particulares" y definiciones reducidas, lo cual no excluye dificultades cuando intentamos llegar a una definición, lo más comúnmente aceptada, que salve el factor transcultural.

El factor transcultural, para algunos autores, determina un primer nivel conceptual: aquel que por creencia arraigadas, conductas o comportamientos aceptados como adecuados o tolerables en determinadas culturas son totalmente inadecuados o inaceptables. Existiría, finalmente, un tercer nivel en el cual determinadas situaciones sociales se escapan o van más allá del control de los padres o cuidadores como la pobreza, el desempleo, viviendas inapropiadas, etc. Es en el segundo nivel, en el que situamos nuestro contexto cultural europeo, donde cada sociedad con cierta flexibilidad y dependiendo de su mayor o menor contenido cultural, determina sus propios límites de lo que constituye tratar bien o mal a sus niños/as.

Los comportamientos o conductas constitutivas de maltrato, que producen daño o lesión y que afectan tanto a la salud física como psíquica del niño/a a partir de dichos límites, pueden ser activos (comisión) o pasivos (omisión), caracterizando los distintos tipos de maltrato. Así podemos hablar de maltrato de tipo físico, sexual y emocional, derivado de comportamientos activos, y de abandono físico y emocional, derivado de comportamientos pasivos. Tipos de maltrato que son el espejo de situaciones y realidades sociales muy alejadas del concepto salud, como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social.

Los profesionales en general, pero especialmente los pediatras en situación privilegiada para atender a todos los niños/as, deberíamos huir de posibles "conceptos particulares" reducidos al maltrato de tipo físico, introduciendo el problema en nuestros diagnósticos diferenciales a partir de una definición amplia, comúnmente aceptada y adecuada a nuestro contexto cultural.

Sin embargo, quedan algunas cuestiones que requieren una mayor reflexión: en que momento un comportamiento sobrepasa el límite de lo aceptable constituyendo un daño que requiere nuestra intervención, cuáles son y cómo se diferencian las interacciones accidentales y no accidentales,

cómo valoramos las interacciones afectivas, y cuál es el límite entre lo adecuado e inadecuado desde el punto de vista psicológico.

Sugerencias:

- Elaborar criterios claros de sospecha y/o diagnóstico.
- Clarificar los límites entre lesión física accidental y no accidental.
- Profundizar y considerar el maltrato psicológico, presente en cualquier contexto maltratante, como un proceso, categorizando las distintas formas o comportamientos psicológicos activos y pasivos (rechazar, degradar, aterrorizar, aislar, corromper, explotar, desatender necesidades emocionales).
- Delimitar el concepto maltrato sexual, destacando sobre todo sus manifestaciones o características físicas.

LA ESTRUCTURA-ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

El modelo sanitario anterior a la reforma de atención primaria, basado en los clásicos "ambulatorios" de la S.S., no permitía por distintas causas (masificación, dedicación profesional, asistencia de la demanda sin cita previa, etc.) un mínimo adecuado de atención médica pediátrica. Era imposible la elaboración de la historia clínica (con su vertiente psicosocial), como paso fundamental e indispensable, tras el primer contacto profesional-usuario. Todo ello, pero sobre todo la falta de relación humana, creó un alto grado de insatisfacción, no sólo a nivel de los ciudadanos sino también a nivel de muchos profesionales, por lo que se percibía la necesidad de un cambio que no podía esperar. Aquella situación, sin embargo, creó en ambos unas actitudes y unos hábitos de indudable influencia en el proceso de adaptación al cambio, así como en la actual situación. La estructura y la organización de aquel sistema era, del todo incompatible con el desarrollo de las funciones fundamentales y elementales de los profesionales de atención médica y enfermería que integran la atención preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud de la comunidad. Aquel sistema no podía afrontar, en lo más mínimo, el maltrato infantil como un problema de salud.

La Ley General de Sanidad del año 1986 contempla un sistema plural descentralizado, donde cada Comunidad Autónoma establece su Servicio de Salud. En Cataluña se establece la estructura territorial del Servei Català de la Salut (SCS), recogiendo el modelo que se había ido definiendo a partir de la reforma de atención primaria de salud, la primera que se había abordado considerando que la red pública hospitalaria ofrecía ya un nivel adecuado de atención. El SCS, como eje fundamental de ordenación sanitaria, se estructura en tres niveles: la Región Sanitaria, el Sector Sanitario, y las Áreas Básicas de Salud (ABS) constituyendo las unidades territoriales elementales de atención primaria de salud. Las ABS configuran el tercer nivel de estructura territorial, con los Centros de Atención primaria (CAP) y sus respectivos Equipos de Atención Primaria (EAP). Los CAP (s), Centros de Salud en otras Comunidades, constituirían el núcleo central de todo el Sistema Sanitario, o primer escalón de acceso directo de la población al sis-

tema. En ellos, los EAP (s), constituidos en nuestra Comunidad por pediatras, enfermeras/os, médicos de medicina general, odontólogos, trabajadoras/es sociales, auxiliares de clínica y persona de admisión y atención al usuario, desarrollan las funciones que integran la atención primaria de salud.

Nos encontramos pues, con un sistema, en el que por primera vez apunta la posibilidad de trabajar en equipo en Centros de Salud, y del que emerge la necesidad elemental de colaborar y coordinarse con otros elementos del sistema y de otros sistemas, dada la interdependencia de funciones, para poder atender el concepto de salud en su sentido más amplio.

Se podía esperar por tanto, y con cierto grado de optimismo, que el maltrato infantil considerado no como un problema aparte sino como un verdadero problema de salud, fuese asimilado por un equipo entre las funciones de atención primaria de salud. Si bien es cierto que trabajar en un equipo interdisciplinario y multidisciplinariamente requiere un rodaje, dichos equipos constituyen uno de los aspectos fundamentales tanto en el presente como en el futuro, para valorar situaciones de riesgo y/o maltrato, sobre todo en la fase de detección. Los Centros de Salud o CAP(s) en Cataluña, podrían convertirse como su nombre indica, en verdaderos "centros" o puntos alrededor de los que giraran y convergieran coordinadamente toda las acciones de atención hacia cualquier niño/a y por supuesto, de todos aquellos con riesgo y/o maltrato en los que es posible la permanencia en el núcleo familiar bajo control.

La realidad y la experiencia actual desde los Servicios de Salud obliga, para no caer en la utopía o el slogan, a estudiar posibilidades de futuro y a reflexionar sobre: la organización de los Servicios a nivel de atención primaria y hospitalaria tanto en medio rural como urbano, el rol de los Servicios de Salud y de los profesionales de atención médica en la praxis y atención hospitalaria frente al problema, el nivel de aplicación de programas preventivos y sus posibilidades, el grado de relación entre profesionales y las estructuras de dirección y gestión.

Sugerencias:

- Optimizar los recursos existentes evitando tendencias creativas teniendo en cuenta los cambios socioeconómicos constantes y acelerados, restablecer el equilibrio entre zonas rurales y urbanas, y redistribuir los recursos humanos y materiales atendiendo prioritariamente las poblaciones más desatendidas.
- Destacar el papel de los Servicios de Salud y de los profesionales a nivel de atención primaria en la fase de detección, subrayando la importancia de la historia clínica y sus aspectos psicosociales, como fuente primordial de información.
- Incrementar la coordinación entre Servicios de Salud (atención primaria, hospitalaria y centros de atención especializada) y entre estos y otros Sistemas (Servicios Sociales, Educativos, Judiciales).
- Promocionar equipos hospitalarios especializados de referencia,

sobre todo para el maltrato sexual, aprovechando profesionales sensibilizados y motivados.

- Aplicar programas preventivos en atención primaria, centros materno-infantiles, centros de atención a la mujer y programas de prevención para el embarazo en adolescentes.
- Promocionar directivos motivados y sensibilizados, que se adapten a los continuos cambios sociosanitarios, que se comuniquen con los profesionales, que recojan sus sugerencias sobre necesidades infantiles, y que pongan en marcha programas preventivos.
- Reconvertir los actuales organigramas de la estructura organización en "organigramas planos", con el fin de eliminar barreras burocráticas que dificultan la rapidez de las decisiones.

EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS. COORDINACION.

Reconocida la existencia de maltrato infantil en nuestra sociedad y una vez detectado, se ha pasado tácitamente a la necesidad de intervenir, descubriendo no pocas dificultades que contribuyen a aumentar la complejidad del problema, ya de por sí complejo. Como en cualquier otro, sujeto a la interdependencia de múltiples profesionales de diferentes disciplinas, se ha puesto asimismo de relieve la necesidad de abordarlo desde la perspectiva de trabajo en equipo. Es decir, una forma de trabajar totalmente distinta a la individual, a la que muchos no han estado acostumbrados en el pasado, ni posiblemente lo están en el presente. El trabajo en equipo, en general pero particularmente referido al maltrato infantil supone un reto, no sólo para demostrar que este tipo de trabajo no es sólo un concepto teórico sino, y fundamentalmente, porque hoy por hoy es una de las claves de la intervención. La ausencia de grupos profesionales trabajando en equipo y en equipos interdisciplinarios puede repercutir profundamente en el proceso de intervención creando desorientación e incoordinación entre los profesionales y a la vez, puede cuestionar un sistema que detecta y no es capaz o no sabe cómo, ni qué hacer, con lo que detecta.

Trabajar "sin problemas" no caracteriza, ni mucho menos, el concepto "trabajar en equipo" distinto a su vez a trabajar en un equipo. Si un clima de tranquilidad y estabilidad es necesario, lo fundamental en el trabajo en equipo es la motivación y el sentido de pertenecer al mismo, así como la comprensión de actuar como una unidad, en la que cada miembro acepta sus funciones y corresponsabilidad para la obtención de objetivos comunes. Todo ello desde la igualdad, aún aceptando las posibles diferencias jerárquicas.

El grado de formación profesional, la predisposición y los conocimientos sobre como trabajar en grupo, las circunstancias laborales, y la motivación entre otros, constituyen factores que incluyen en este tipo de trabajo. En el maltrato infantil esta forma de trabajar, entre profesionales de distintas disciplinas que forman el equipo, es consustancial en todo el proceso de detección, intervención y prevención.

La realidad sin embargo demuestra, que en relación al trabajo en equipo, al número de equipos interdisciplinarios especializados necesarios para

intervenir familias multiproblemáticas con riesgo y/o maltrato, y en relación a la coordinación entre profesionales y/o servicios implicados, queda un largo camino que recorrer. Posiblemente una de las batallas más duras que hay que ganar en el maltrato infantil.

Como marco de referencia que nos sirva para valorar el funcionamiento y experiencias de los equipos, pondremos como ejemplo algunos de ellos: los EAP(s) de los Centros de Salud trabajando teóricamente en equipo, y lejos de constituir equipos especializados de intervención en el problema específico del maltrato, aunque en el futuro puedan ser revisadas sus funciones en este sentido; grupos de profesionales que trabajan en equipos de intervención familiar especializada, que aprovechan recursos públicos y comunitarios como experiencia concertada (Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Guipúzcoa); y los EAIA, equipos de atención a la infancia y adolescencia, dependientes de la Dirección General de Atención a la infancia (DGAI), en nuestra Comunidad Autónoma, Cataluña. De sus experiencias globales, aunque unos se refieren a atención primaria y otros a atención especializada, podríamos destacar: la necesidad de colaboración y coordinación entre profesionales de distintas disciplinas, Servicios e Instituciones; la importancia de la figura del supervisor y coordinador del caso sujeto a valoración e intervención, con información centralizada; y la oportunidad de revisar las distintas funciones atendiendo al concepto de flexibilidad, ligado a la misma complejidad del sistema.

Por otra parte, y a pesar del debate sobre el derecho a la intimidad de las personas, un sistema centralizado de información en forma de Registro Central podría incidir positivamente en lo anteriormente expuesto, mejorando la coordinación de la información y, por supuesto, la agilidad y el "feedback" de informaciones entre profesionales.

Finalmente tendríamos que reflexionar, si nuestro Sistema Sanitario estructurado a nivel de atención primaria con Centros de Salud y Equipos de Atención Primaria, y a nivel de atención hospitalaria, requiere un impulso lo suficientemente intenso para recuperar en el tema que nos ocupa el papel que merece. De lo contrario el Sistema, ofreciendo una atención universalizada a nuestra población infantil, con tantas posibilidades y capacidades frente al problema del maltrato, puede llegar a convertirse asimismo en un Sistema Mal Tratado (mal orientado), olvidado y desgraciadamente desaprovechado.

Sugerencias:

- Incrementar, en relación a la formación de los profesionales, la formación sobre trabajo en grupo o en equipo.
- Potenciar la colaboración y coordinación entre EAP(s) y equipos institucionalizados especializados en atención a la infancia en situación de riesgo y/o maltrato, y entre aquellos y la atención hospitalaria.
- Aprovechar, orientar o redistribuir el gran potencial de recursos humanos del Sistema, hacia un posible Sector Médico-Social que asimilara, entre otras múltiples problemáticas, el maltrato infantil.

- Destacar la figura del coordinador y supervisor del caso como elemento básico en la intervención.
- Profundizar sobre la utilidad de un sistema central de información, Registro Central, que evitando barreras burocráticas facilite la agilidad de información.
- Incrementar la cooperación interinstitucional, con nuevas estrategias de coalición de esfuerzos hacia la infancia en riesgo y/o maltrato.
- Destacar la importancia de la coordinación no sólo a nivel profesional, sino también desde los más altos niveles de responsabilidad, como una nueva cultura o pedagogía de la coordinación.
- Impulsar los Servicios de Salud para que recuperen frente al maltrato el rol que merecen.

LAS ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES.

Las actitudes y las reacciones por parte de los profesionales de atención médica pediátrica frente al maltrato son de vital importancia, ya que pueden condicionar sus decisiones y por tanto su implicación.

El interés despertado en nuestro medio hacia el maltrato infantil, ha supuesto claramente estos últimos años la necesidad de investigar el problema. Habitualmente hablamos, y hemos hablado, a partir de experiencias y de investigaciones que han tenido lugar en otras sociedades, muchas veces distantes y de contextos muy diferentes. Entre los trabajos de investigación predominan aquellos que hacen referencia al maltrato en general generado desde el interior de la familia, y sus consecuencias en el niño/a tanto de índole físico como emocional. No pocos hacen referencia a situaciones denominadas maltratantes, "maltrato del sistema" para nosotros maltrato institucional, que desde fuera de la familia y derivadas de la misma intervención y de las actitudes de los profesionales, incluidos los de atención médica, pueden incidir negativamente en el niño/a.

Podríamos destacar entre las situaciones maltratantes derivadas de la intervención: la misma intervención rompiendo el "status quo" de un clima de violencia como única forma de relación estable, en entrecimiento de la fase de valoración de una situación de riesgo, la falta de rigor en la decisión de separar un niño/a de su núcleo, el a veces cambiante emplazamiento de un hogar a un centro, la falta de formación de cómo interrogar a un niño/a por posible maltrato sexual.

Sobre las actitudes, y en extremos contrapuestos, encontramos tanto una predisposición y receptividad profesional por exceso con situaciones rígidas e inflexibles, y actitudes de escasa receptividad que apartan al profesional del problema. Respecto a las primeras creemos no es el caso de los profesionales de atención médica pediátrica en nuestro medio si nos atenemos, tal como en ocasiones ha sido expuesto públicamente, el escaso número de casos declarados en los juzgados cuestión que ha sido extendida a los maestros y muy bien podría extenderse a otros profesionales. Respecto a las actitudes de escasa receptividad y que pueden suponer efectos negativos se han destacado las actitudes defensivas o de inhibición que podrían responder a: temor a verse envueltos con la justicia, temor a

represalias por parte de las familias sobre todo en medio rural donde los profesionales son más conocidos, la falta de respuestas emocionales gratificantes a las que están acostumbrados cuando tratan otras patologías habituales, e inseguridad en sí mismos derivada de la desinformación.

La predisposición o inclinación previa de los profesionales de atención médica pediátrica puede muy bien estar relacionada o condicionada por determinadas consideraciones personales que aquellos han tenido sobre el problema, que quizás siguen teniendo, y que indudablemente pueden ser discutidas, aceptadas o bien rechazadas. Entre ellas hay que destacar: el maltrato es un problema complejo, intrincado, impreciso por lo que se refiere a lo emocional; el maltrato se puede fundamentar o concretar en el tipo físico; el maltrato es un problema social, y por tanto de los Servicios Sociales. Valoraciones basadas: en una definición mal limitada y en criterios diagnósticos imprecisos, en la influencia que el síndrome del niño apaleado ha tenido durante años en el mundo pediátrico, y en la formación pediátrica basada históricamente en la Pediatría de la enfermedad y el síntoma más que en la Pediatría de la Salud.

El conjunto de todo lo expuesto debería ser examinado cuidadosamente, por los efectos trascendentales que las actitudes de los profesionales de atención médica pediátrica pueden tener, en relación a todo el proceso de detección, intervención y prevención.

Sugerencias:

- Clarificar el concepto maltrato infantil, impulsando un concepto amplio, como problema de salud.
- Elaborar manuales prácticos, guías con principios generales, criterios diagnósticos claros y protocolos de procedimientos.
- Recuperar el rol de los pediatras ante el maltrato infantil, potenciando su formación sobre el problema como parte integral de los programas de Educación de Pre y Post-Grado.
- Subrayar el papel de los profesionales de los Servicios de Salud en su vertiente de protección, en lugar de profesionales investigadores en su vertiente de persecución.
- Trabajar y profundizar en qué momento de la detección un caso requiere declaración para protección inmediata, atendiendo rigurosa y cuidadosamente su gravedad.
- Destacar el factor de responsabilidad de los profesionales, por encima del temor y represalias y persecuciones por parte de los familiares.

BIBLIOGRAFIA:

- KORBIN JE. Cross-Cultural perspectives and research directions for the 21 st century. *Child Abuse and Neglect*, 1991; 15 (sup. I): 67-77.
- JONES DPH. Professional and clinical challenges to protection of children. *Child Abuse and Neglect*, 1991; 15 (Sup. I): 57-66.

- FUSTE J. SECULI E. L'organització territorial sanitària de Catalunya. *Salut Catalunya*, 1992; 6(3), 77-81.
- BORRELL F. La reforma de la atención primaria: entre la decepción y la esperanza. *Aten Primaria*, 1988; 5; 5:119.
- BUITRAGO F. El trabajo en equipo en atención primaria. *Editorial Atención Primaria*, 1993; 12 (4): 181-182.
- LEVENTHAL JM Y COLS. Wath to ask when sexual abuse is suspect. *Arch Dis Child*, 1987; 62: 1188-1195.
- BENTOVIM A. Case Conferences - for Chid Abuse (Letter) *ARCH DIS CHILD*, 1987; 62: 316-7.
- QUEROL X. El Registre central d'infants maltractats. *Congrés Europey D'Atenció a la Infància*. Nov. 1992. Barcelona.

UNA ESTRATEGIA PARA LA ENFERMERIA

JOSEFINA GARCIA CANO



Cuando pensando en hacer este trabajo, reviso libros, revistas, estudios, por todos sitios leo lo mismo: los derechos de los niños, disposiciones generales, acuerdos, etc. Todo está escrito, mucho hay escrito, muchos son los que dicen que hay que proteger al niño, pero...

¿Quién hace que estos derechos se cumplan? No siempre se sabe. Lo que sí creo es que usted, que tú y que yo, estamos aquí porque queremos que se cumplan. Nosotros sí que lo entendemos y por eso ya empezamos a compartir nuestras experiencias y nuestras ideas para aprender unos de otros y llegar después a unas conclusiones que hagan también de la enfermería un sitio privilegiado para cuidar y curar al niño que nos necesite.

La primera vez que conocí este problema fue en el año 1987 cuando en mi puesto de enfermería del Servicio de Lactantes, sección de neurología, recibí a un niño de cinco meses que trasladaban de la U.C.I.P. Este niño se estaba recuperando de un traumatismo craneoencefálico con fracturas múltiples de cráneo. Aquel niño estaba saliendo de un coma grave, reaccionaba poco a estímulos y se alimentaba por sonda nasogástrica. El niño fue recuperándose y hasta empezaba a sonreír. A la hora de preparar el alta médico preguntó si los padres venían a verle y le dijimos que nunca habían venido; el médico confirmó que a su información tampoco lo habían hecho. Nos daba miedo dárselo de nuevo a la familia sin saber las condiciones socio-sanitarias que le esperaban en su hogar, así que decidí hacer un pequeño informe a su Centro de Atención Primaria para que el personal de enfermería vigilara y controlara a esa familia para el buen cuidado del niño. El médico por su parte había hecho el correspondiente Parte Judicial.

Nada sirvió; a los quince días el niño volvía a ingresar de nuevo con traumatismo craneoencefálico con fracturas múltiples de cráneo y aún más grave que en la anterior ocasión lo que le produjo una grave e irreversible lesión cerebral. Sus padres no lo querían y de hecho lo ofrecían a otras personas.

Si hago esta primera reflexión, es porque estoy segura que muchas enfermeras de las que trabajan en pediatría tendrán ejemplos como el que acabo de referir y habrán sentido la misma indignación y la misma rabia que mis compañeras y yo sentimos cuando ese niño que habíamos cuidado y querido tanto había sufrido por culpa de sus padres y, por culpa también de todos los que redeándole, no habíamos sabido buscar métodos eficaces de diagnóstico ni de prevención a su situación de riesgo.

Cuando leo aquel primer informe que mandé a C.A.P., siento un poco

de vergüenza, pero por otro lado también me siento orgullosa de él, porque así me inicié en la necesidad de estudiar e investigar sobre el maltrato y prepararme para mejorar esos informes. Hoy me siento contenta de ver que ya he roto mi temor y que mantengo relación con los C.A.P. de mi comunidad y que empiezan a entender la idea que pretendo transmitir a ellas y a ustedes, y esta es: que la enfermería tiene que estar preparada para cuidar a TODOS los niños que tengamos que tratar y estar predispuestas para observar aquellas condiciones negativas que afecten o puedan afectar a su salud.

Las enfermeras tenemos que ser activas y efectivas, conocer los recursos que podamos utilizar y cuando el problema no dependa de nosotras, saber dar el relevo al profesional adecuado para su seguimiento y tratamiento. Que ningún niño que pase por nuestras manos y tenga algún factor de riesgo dejemos de tratarlo y de cerciorarnos de que está siendo atendido por los profesionales adecuados.

¿CUAL ES EL PAPEL DE LA ENFERMERIA ANTE EL MALTRATO?

Se dice que el maltrato es difícil de detectar, de comprobar y hasta incluso de denunciar.

Generalmente son otros profesionales del equipo sanitario los que hacen la denuncia, ya que con sus conocimientos, métodos diagnósticos, entrevistas y observación puede llegar a un diagnóstico de maltrato, pero es el personal de enfermería el que, mediante la observación directa y continúa todas las horas de hospitalización, o de observación directa desde su zona de salud puede, como dice el Dr. Gómez de Terreros "oler" ese posible maltrato. El maltrato sutil, el que nadie sabe si es o no es, y el que ni mucho menos nadie se atreve a diagnosticar.

Quizás el maltrato que nosotras podamos detectar sea distinto al que puedan detectar otros profesionales, y es de él del que vamos a tratar en esta ponencia.

Llevo cuatro años trabajando esta experiencia, pues observo que el niño mal cuidado, a veces, por no considerarse como tal, por no diagnosticarse y por encontrarlo a veces como normal, nos pasa desapercibido y rara vez se denuncia, pasando algunas veces de ser un niño mal cuidado a ser un niño maltratado. Esto lo confirma el hecho de que al hacer la evaluación de los siete informes que hice en el año 1992 y envié a los C.A.P., en los cuáles diagnosticaban a niños mal cuidados con factores de riesgo, al recibir el resultado del trabajo de mis compañeros, compruebo que de ellos en tres casos se ha llegado a comprobar el maltrato y quitado la patria potestad a sus padres, y en los otros cuatro restantes se siguen la estrecha vigilancia a su salud.

Un problema fundamental que yo veo en la enfermería actual, y que puede estar influyendo un poquito en nuestra actitud ante este tema, es que después de un "boom" de hace unos años en que nos dimos cuenta que muchas veces actuábamos como agentes pasivos del equipo sanitario, en el que nos limitábamos a hacer, e incluso a decir todo aquello que otros

profesionales nos decían sin pararnos nosotras solas a ver, a hablar, a oír y hasta incluso intuir las necesidades de nuestros pacientes, y que cuando lo hacíamos rara vez lo escribíamos, lo transmitíamos y evaluábamos, por eso empezamos a estudiar teorías, planificaciones y estrategias que nos sirvieran para el mejor desarrollo de nuestra profesión.

Esa primera etapa de reconocimiento a nuestra profesión duró poco, y ahora de nuevo estamos en la monotonía anterior, ¿será por insatisfacción profesional, mucho tiempo en el mismo puesto o por exceso de trabajo? Todo puede influir y yo les quiero dar ánimos para que busquemos cada uno en su lugar, aquello que nos sirva de motor de arranque para ver nuevas posibilidades de investigación y trabajo para todos los enfermos, y me van a permitir que hable y defienda a esos enfermos que no hablan y que a veces se expresan mínimamente y que nos han hecho reunir aquí: Los niños.

PLANIFICACION DE NUESTRO TRABAJO.

Con el fin de poder hacer una planificación a la hora de trabajar vamos a ir viendo las distintas etapas en las que podemos actuar y detectar a un niño en situación de riesgo de ser maltratado y, vamos a ir al mismo tiempo poniendo un supuesto caso que nos sirva de ejemplo en cada etapa.

1. Diagnóstico de enfermería.

Consiste en observar al niño desde todos los ámbitos y darle nombre a los problemas que observamos, ordenándolos por orden de importancia. Cualquier lugar y momento es bueno para iniciar la observación, deteniéndonos, hablándole, oyéndole y viendo si existen indicadores inespecíficos relacionados con el comportamiento general de la familia y su entorno y buscándole los indicadores específicos de lesiones, datos de negligencia o de alteraciones de todo tipo que se puedan observar.

Si el maltrato está comprobado, se deben transmitir todos nuestros datos a la trabajadora social del Centro para que lo envíe a la institución correspondiente.

Aunque no quiero repetir las definiciones y modos de malos tratos, vistos en otras ponencias, sí quiero comentarles que el maltrato físico es el más fácil de detectar y el más fácil de denunciar porque la mayoría de las veces hay métodos para poder asegurar el diagnóstico; pero el otro maltrato, el que no se ve y del que estoy hablando quien mejor lo puede observar es quien más tiempo está con el niño y puede ser el personal de la enfermería. De ahí que niños que ingresan en hospitales o que se ven en las puertas de urgencias o en los C.A.P. por otras causas distintas, somos nosotras quienes aparte del motivo del ingreso o la visita podemos llegar a otros diagnósticos de enfermería que ayuden a cuidar su salud, tanto o más como la causa que lo trajo hasta nosotros.

EJEMPLO: Niña de catorce meses que ingresa en el hospital por dificultad para respirar.

Diagnóstico de enfermería:

1. Dificultad importante para la respiración.
2. Fiebre de 39°.
3. Hematoma intenso en el lado derecho de la cara y menos intenso en el lado izquierdo.
4. Lesiones eccematosas en la parte inferior y baja de los muslos.
5. Muy mala higiene en general.
6. Desinterés por el medio que le rodea.
7. Ausencia de los padres.

2. Planificación de la atención.

Una vez identificados los problemas entre los distintos profesionales que van a intervenir en el trabajo, se determinarán mediante una puesta en común las actividades a realizar por cada uno de ellos limitando bien la función de cada uno.

El médico investigará sobre su diagnóstico y tratará de curarla, la enfermera cuidará de todos los factores que estén o puedan estar influyendo en su bienestar y la trabajadora social ayudará al niño y a sus familiares en cuanto a la ayuda en recursos de los que carezca, que no siempre son económicos.

En el mismo caso citado, el plan de cuidados consistió en:

1. Seguir las indicaciones médicas.
2. Mantener la posición adecuada para facilitar una correcta respiración.
3. Métodos para bajar la temperatura.
4. Cuidados de las lesiones en la piel con adecuada higiene.
5. Ofrecerle afecto y seguridad.
6. Planificar entrevista con los padres.
7. Evaluación periódica entre los profesionales que intervienen.

3. Ejecución de la planificación.

Ya hemos dicho que es precisa una estrecha colaboración entre los profesionales que intervienen, pero sabiendo que, aunque con un mismo fin, cada profesional tiene que tener limitadas sus funciones y saber actuar en cada momento cómo responder a las manifestaciones por mínimas que sean, tanto del niño como de su familia.

En esta etapa tiene importancia la entrevista con los padres. Dicha entrevista se hace en el día y en el momento que se considere oportuna y que se crea que los padres estén predispuestos para comunicarnos lo que nosotros queremos saber. Por supuesto que en ningún momento tienen que observar una entrevista dirigida, ni enfrentada; nuestra actitud tiene que ser neutral, hacer la pregunta, escuchar y hablar lo menos posible.

Del resultado de esta conversación podremos sacar datos fundamenta-

les en cuanto al nivel social, cultural, sanitario, etc. que rodea al niño y a la familia.

Siguiendo con el mismo ejemplo:

1. Procurar que siempre sea atendida por el mismo personal de enfermería con el fin de darle confianza.
2. Anotar todos los cambios físicos psíquicos que se produzcan.
3. Reflejar las visitas familiares y la reacción de la niña y de los padres.
4. Realizar la entrevista con los padres.

4. Evaluación.

Siempre por corta o larga que sea nuestra actuación, se debe de realizar una evaluación entre todos los profesionales que hayan intervenido en el cuidado del niño. De esta forma se podrá ir modificando aquello que creamos oportuno con respecto a la realización o resultado del trabajo. Estas evaluaciones nos servirán mucho como experiencias para estudios posteriores.

La evaluación que se hizo del ejemplo tratado, después de un mes y medio de ingreso fue:

1. Mejoró pronto y bien de su problema respiratorio.
2. Mejoró pronto y bien de las lesiones de la piel.
3. Durante los primeros días no se atrevía a moverse, quedándose inmóvil cuando nos sentía cerca. Más tarde empezó a recibir las caricias y a sonreír al estímulo. Al alta hospitalaria la niña corría y jugaba con otros niños con una actitud muy feliz.
4. Los padres han mantenido durante el ingreso una actitud muy "rara". Han venido muy pocas veces a verla y cuando lo han hecho la niña los ha ignorado totalmente. En la única visita del padre, éste no quiso entrar a verla, y la madre estuvo sentada una hora delante de ella sin decirle ni una sola palabra.

Resumen de esta evaluación: es una niña de catorce meses que ingresa con afectación importante de su estado general y con evidentes signos de ser una niña maltratada por mal cuidada. La incompetencia de los padres es clara y sospechamos que deben haber problemas sociales que afectan a esta familia.

4. Actuaciones a seguir: El relevo.

Ante ello nos proponemos como actuación inmediata ante el cambio de situación sanitaria (de dentro del hospital a los servicios de zona y/o viceversa), el hacer un informe a nuestros compañeros en el que nos transmitamos la experiencia y conocimientos que hayamos adquirido con nuestro trabajo. No es un informe de alta, sino un relevo por escrito de lo que hemos

hecho y hasta dónde hemos llegado, indicando claramente todas las sospechas que nos queden para que ellos sigan trabajando por la salud de ese niño con síntomas de riesgo.

El informe de relevo que mandamos lo estructuramos de la siguiente forma:

- Afiliación del enfermo.
- Antecedentes familiares destacables.
- Antecedentes del niño destacables.
- Motivo del ingreso.
- Diagnóstico y enfermería al ingreso.
- Plan de cuidados y evaluación del mismo.
- Actitud de los padres.
- Objetivo del informe.

Pasado un tiempo después de haber mandado el informe al C.A.P. del ejemplo, según el esquema anterior, recibimos el siguiente comunicado: habiendo sido estudiado el caso por distintos profesionales se valora de alto riesgo de maltrato la situación en la que vive esta niña y sus tres hermanos. Las condiciones higiénico-sanitarias de la casa son totalmente insalubres y pueden repercutir gravemente en la salud de los menores, por lo que de forma multiprofesional se está trabajando sobre ellos.

La niña hasta el momento no ha vuelto a ingresar en el Hospital.

Este es el maltrato "sutil", el que se "huele", el maltrato que hace sufrir física y psíquicamente a los niños y que se llega a considerar como simplemente malos cuidados. Es el maltrato permitido y que yo desde aquí quiero denunciar como el que actualmente se extiende, y en pocos sitios se denuncia. Estos también son malos tratos.

Pueden estar pensando que todo esto es muy trabajoso, y que en el momento actual de "desencanto" profesional por el que pasamos es difícil de realizar.

Les aseguro que no es nada fácil, pues niños en situación de riesgo no tenemos tiempo, que a estos niños el personal les tomamos mucho cariño y les queremos ayudar y que lo único que hace falta es que alguien, que puedes ser tú, se decida y haga el primer informe, y que cuando les llegue el resultado de ese trabajo vais a recibir el impulso que mueva ese motor de arranque del que hablábamos al principio y que hará incorporarse a otros compañeros a esta dinámica.

CENTRALIZACION DE CUIDADOS.

A la hora de querer ser eficaces y poder controlar el mayor número posible de niños para vigilar su salud, creo que es imprescindible que centralicemos nuestras actuaciones en los profesionales de Atención Primaria, pues ellos y compañeros cercanos de otras disciplinas, maestros, educadores, y de otras instituciones podrán trabajar de una forma global e integrada en todos los aspectos que influyan en el bienestar de los niños.

ULTIMA REFLEXION.

Y si tanto queremos cuidar y proteger a los niños, pensemos nosotros también en lo que hacemos y podemos hacer para mejorar el trato que damos a los pequeños.

¿Conocemos, aceptamos, promovemos y difundimos la Declaración de los Derechos del Niño Hospitalizado, mejoramos nuestra coordinación a la hora de realizar pruebas complementarias, tenemos en cuenta sus horarios escolares? Pensemos...

Y hasta aquí lo que quería comunicar: me sentiría satisfecha, aunque con un método nada científico, pero con la ilusión de que me hayan comprendido, les haya sabido transmitir esas ganas de trabajar, para organizarnos, para saber darnos información entre los distintos ámbitos sanitarios y para que hagamos ni más ni menos que lo que es nuestra obligación: cuidar y proteger al niño que nos necesite¹.

¹ Este trabajo ha sido fruto de mi propia experiencia como enfermera en un hospital pediátrico. Queda abierto a cuantas proposiciones y sugerencias se puedan aportar para mejorar nuestro trabajo.

NECESIDADES DESDE EL ASPECTO DE LA SALUD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE PROTECCION A LA INFANCIA

JOSE LUIS PASCUAL ULLOA



La primera dificultad que nos encontramos cuando comenzamos a utilizar el concepto de salud es la de definir el propio concepto. En la actualidad la mayoría de nosotros entendemos que la salud no es exclusivamente la ausencia de la enfermedad, aunque esta definición esté todavía muy presente en numerosas personas, sino que participamos de la definición dada por la OMS que identifica la salud como el estado óptimo de bienestar, tanto en el nivel físico, como en el psíquico y el social. No obstante, el contrario enmarcarlo dentro de un contexto concreto que dé sentido a la propia definición y nos permita conjugar la realidad con el fondo filosófico del propio concepto. De esta forma, la palabra Salud se carga de una serie de implicaciones que permite entenderla de forma mucho más correcta. Si esta reflexión es importante para describir situaciones generales, mucho más lo es para describir la diversidad de factores que van a intervenir en una población tan compleja como lo es la de los niños y niñas sujetos a medidas protectoras, o a la de la población infantil con graves carencias sociales y/o afectivas.

El primer obstáculo con el que se va a encontrar la población infantil a la que hacemos referencia, va a ser el propio ambiente en el que se desarrollan sus vidas. La presencia de agresividad, malos tratos, desatención, imprudencia en la educación..., van a limitar en gran medida el desarrollo de sus potencialidades.

En segundo lugar, la aparición de diferentes agentes sociales, con escasa coordinación entre ellos, dificulta en ocasiones la búsqueda de la solución más idónea a cada particularidad, produciendo en cierta forma efectos yatrogénicos que restan eficacia al conjunto de las medidas adoptadas.

Por último, la incompleta información sobre la realidad del estado de Salud de la población infantil del sector concreto al que nos referimos impide la fundamentación de las diferentes respuestas que puedan adoptarse.

Con todas las limitaciones existentes, podemos intentar facilitar algunos datos que nos permitirán conocer de alguna manera la realidad a la que hemos hecho referencia. Para ello vamos a citar algunas cifras dadas por diferentes organismos e instituciones (Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Asuntos Sociales, comunidad Autónoma de Madrid, Cruz Roja Española).

El primer dato al que hacemos referencia indica el número de habitantes totales por CC.AA., así como aquellos que son menores de edad. (Fuente Padrón Municipal de 1986).

	TOTAL	MENOS DE 18 AÑOS
ANDALUCIA	6.789	2.119
ARAGON	1.184	272
ASTURIAS	1.112	267
BALEARES	680	179
CANARIAS	1.466	477
CANTABRIA	522	135
CASTILLA LEON	2.582	621
CASTILLA LA MANCHA	1.675	439
CATALUÑA	5.978	1.564
CEUTA	65	21
C. VALENCIANA	3.732	1.046
GALICIA	2.844	722
EXTREMADURA	1.086	294
MADRID	4.780	1.343
MELILLA	52	16
R. MURCIA	1.006	314
C. NAVARRA	515	131
PAIS VASCO	2.136	560
LA RIOJA	260	63
TOTALES	38.473	10.591

Estos datos se complementan con la próxima tabla que hace referencia al abanico de edades de su proyección (*) para los próximos años (Fuente INE).

AÑOS	TOTAL	0-4	5-9	10-14	15-17
1986	10.591	2.293	3.061	3.289	1.947
1990 (*)	10.082	2.503	2.502	3.100	1.976
1995 (*)	9.431	2.634	2.497	2.498	1.802
2000 (*)	9.222	2.665	2.628	2.493	1.436

Existe, por tanto, una clara tendencia que se traduce en un descenso de la población menor de edad en términos absolutos, más aún cuando el total de la población aumenta en el mismo periodo.

Por otro lado, en los últimos años han confluído numerosos factores que son determinantes a la hora de realizar un somero análisis de la situación actual:

- 1º. Desarrollo de los Servicios Sociales.
- 2º. Desarrollo normativo y Jurídico.
- 3º. Desarrollo del sistema público de salud e incremento del grado de cobertura.
- 4º. Desarrollo de la iniciativa social.
- 5º. Cambios conceptuales y mayor sensibilización social.
- 6º. Cambio del modelo de atención.
- 7º. Aparición de nuevos colectivos.
- 8º. Incremento del consumo de drogas y aparición de nuevas sustancias.
- 9º. Aparición de nuevas enfermedades.

1º. DESARROLLO DE LOS SERVICIOS SOCIALES.

En el año 1985, la Ley Reguladora de las bases de Régimen Local (Ley 7/1985 de 2 de Abril) establece la competencia municipal en la prestación de Servicios Sociales, (art. 25.2.K). Se genera así, tras la aprobación de esta ley, la necesidad de configurar desde las Corporaciones locales unas estructuras prestacionales que den respuesta a determinadas necesidades sociales. La misma Ley establece asimismo "la necesaria coordinación de las competencias de las Entidades Locales entre sí y especialmente con las restantes Administraciones Públicas, cuando las actividades o los servicios trasciendan el interés propio de las correspondientes entidades, incidan o coincidan relevantemente con las de dichas administraciones o sean concurrentes o complementarias de las de éstas". También en su artículo 57, la Ley citada "La cooperación económica, técnica y administrativa, entre la Administración Local y las Administraciones del Estado y de las Comunidades Autónomas, tanto en servicios locales como en asuntos de interés común, se desarrollarán mediante los convenios administrativos que se suscriban". Desde este mandato se desarrolla, a través de la fórmula de Convenio Administrativo, el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, que trata de articular dicha cooperación, económica y técnica, entre la Administración del Estado y las Comunidades Autónomas, para colaborar con las Administraciones Locales en el cumplimiento de las obligaciones que la Ley 7/85 les otorga. El objetivo último de este plan es el de garantizar unas prestaciones básicas a los ciudadanos en situación de necesidad, facilitando los servicios de:

INFORMACION Y ORIENTACION, AYUDA A DOMICILIO, ALOJAMIENTO, PREVENCIÓN DE LA MARGINACION E INSERCIÓN SOCIAL.

Conjuntamente el desarrollo de los Servicios Sociales Básicos, aparecen otras estructuras de intervención social especializada para dar respuesta a las problemáticas sociales más complejas.

2º. DESARROLLO NORMATIVO Y JURIDICO.

Un número importante de normas jurídicas han surgido en los últimos años en diferentes ámbitos.

De este conjunto, es importante destacar algunas que, por su importancia, han supuesto avances de gran intensidad para la defensa de la infancia.

En primer lugar en el año 1923 se aprueba, en la 5ª Asamblea General de la Sociedad de Naciones, la declaración de los Derechos del Niño llamada Ginebra Uno, en la que se exige la protección básica a la infancia. Posteriormente en 1959 la ONU, en su XIV Asamblea General, proclama la Declaración de los Derechos del Niño, donde se amplían los derechos reconocidos en la Declaración de 1924, recogiendo 10 principios que se resumen en:

- 1º.- Derecho a la igualdad.
- 2º.- Derecho a una protección especial para su pleno desarrollo.
- 3º.- Derecho a un nombre y una nacionalidad.
- 4º.- Derecho a alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos.
- 5º.- Derecho a cuidados especiales para los niños con dificultades.
- 6º.- Derecho a crecer al amparo de su familia, en un clima afectivo de seguridad moral y material. Las autoridades cuidarán de los niños sin familia.
- 7º.- Derecho a la educación y al juego.
- 8º.- Derecho a ser el primero en recibir auxilio.
- 9º.- Derecho a no ser maltratado ni explotado.
- 10º.- Derecho a no ser discriminado, vivir en paz y tolerancia.

Coincidiendo con el 30 aniversario de la Declaración, el 20 de Noviembre de 1989, las naciones Unidas acuerdan la Convención sobre los Derechos del Niño, lo que supone un avance en la defensa de la infancia. En concreto en su artículo 24 la Convención cita: "Los Estados partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud"

3. DESARROLLO DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD E INCREMENTO DEL GRADO DE COBERTURA.

Uno de los indicadores que nos permiten evaluar la calidad de un sistema de salud es el índice de cobertura del mismo; en la actualidad el sistema público de salud asume prácticamente la atención a la totalidad de la población española.

Conjuntamente con esta mayor cobertura se han puesto en marcha diferentes programas con el objetivo de mejorar la calidad de la atención que se presta: en este sentido destaca el Plan de humanización de la asistencia dentro del marco de gestión que el INSALUD plantea en 1984. Otras iniciativas de interés pueden ser los Programas de atención primaria dirigidos a la infancia y familia como son el programa del Lactante y Preescolar en atención primaria de salud...

4º. DESARROLLO DE LA INICIATIVA SOCIAL.

La iniciativa social constituye un elemento de desarrollo social de gran importancia, las propias características (agilidad, rapidez de gestión...) de las organizaciones no gubernamentales (ONH) que participan en la sociedad, permiten el desarrollo de alternativas de carácter social que en diferente medida pueden atender necesidades de colectivos desde distintas perspectivas.

5º. CAMBIOS CONCEPTUALES Y MAYOR SENSIBILIZACION SOCIAL.

La propia sensibilización de la Sociedad de las graves situaciones de riesgo de diversos colectivos, mas aún cuando estas situaciones se traducen en potencialmente lesivas para la población infantil, sirven de elemento de presión de gran importancia para la elaboración de planes y programas que respondan a las necesidades puestas de manifiesto.

6º. CAMBIO DEL MODELO DE ATENCION.

El modelo de atención basado en la beneficencia y en la caridad se ha transformado en un modelo donde se proclaman los derechos de la persona. En este marco se considera al menor como sujeto con entidad propia siendo ellos mismos sujetos activos en el desarrollo de sus potencialidades.

7º. APARICION DE NUEVOS COLECTIVOS.

Una realidad en este momento es, por un lado, la aparición de nuevos colectivos y de otra parte el incremento de colectivos ya presentes tradicionalmente en nuestra sociedad. A modo de ejemplo los refugiados e inmigrantes precisan en la actualidad urgentes muestras de comprensión, tolerancia y apoyo por parte de todos.

8º INCREMENTO DEL CONSUMO DE DROGAS Y APARICION DE NUEVAS SUSTANCIAS.

El descenso en la edad de inicio al consumo de algunas drogas, especialmente el tabaco y el alcohol, como pone de manifiesto el dato facilitado por el Ministerio de Sanidad "el 19% de los alumnos de EGB se han emborrachado en alguna ocasión. El 5% son fumadores habituales".

Otro dato sugerente es el de las urgencias atendidas en centros asistenciales por consumo de drogas, básicamente heroína (96,6%), donde según el informe del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías SEIT, en la Comunidad de Madrid se elevó la cifra de 6.075.

9º. APARICION DE NUEVAS ENFERMEDADES.

De especial importancia es la identificación del Virus de Inmunodefici-

ciencia Humana, y por tanto, la de enfermedad del SIDA como ejemplo de cómo una enfermedad puede modificar las vidas de las personas.

Algunas de estas apreciaciones nos podrían hacer pensar en una mejora sustancial de las condiciones de vida y, por tanto, de la salud del colectivo infantil. Si bien esta apreciación puede ser aplicable a la población en general, cuando nos referimos al colectivo infantil sujeto a medidas protectoras la realidad es bien diferente. El informe de la Comisión de Relaciones del Senado con el Defensor del Pueblo y de los Derechos Humanos, sobre la problemática del Menor en España del 3 de Mayo del 89, nos permite obtener una radiografía de los aspectos más relevantes de estos niños y niñas y sus familias. Las características generales serían las siguientes:

I. Personales.

- Desescolarización.
 - Inadaptación por desencanto del sistema educativo.
 - Absentismo escolar.
 - Fracaso escolar.
- Trabajo prematuro.
- Carencias afectivas.
- Minusvalías físicas, psíquicas y sensoriales.

II. Familiares.

- Alteraciones de la familia como agente de socialización.
 - Elevada tasa de natalidad en familias sin recursos.
 - Incultura y carencia educativas de los progenitores.
 - Desadaptación socio laboral de los padres.
- Desestructuración y conflictividad familiar.
 - Hijos no deseados.
 - Hijos de madre sola o con pareja inestable.
 - Abandono del hogar de unos de los progenitores.
 - Padres drogodependientes.
 - Prostitución de las madres.
 - Delincuencia de los padres.
 - Padres en prisión.
- Enfermedades Psíquicas de los padres.
- Prevalencia jurídico-social del principio de autoridad paterna.
 - Malos tratos a los hijos en el domicilio.

III. Económicas.

- Carencia de medios para la subsistencia.
 - Paro o desempleo crónico de las familias.
 - Enfermedad de los padres.
 - Inducción a la mendicidad.

IV. Sociales.

- Entorno social conflictivo.
 - Desarraigosocial.
 - Hábitat degradado y afinamiento familiar.
 - Subcultura de barrio.
 - Fallos en el sistema educativo.
 - Falta de estímulos y motivaciones sociales.
 - Ausencia de equipamientos culturales y recreativos.
 - Población gitana itinerante y comercio ambulante que no permite la escolarización de sus hijos.
 - Falta de cobertura preventiva médico-sanitaria.

Un dato significativo puede ser el referido al número de expedientes de Tutela activos en la Comisión de Tutela del Menor de la Comunidad de Madrid: en el año 1990 fueron 1840, en el año 1991 el número se elevó a 2.410 y en el año 1992 el total fue de 2861.

Otro dato de interés nos lo muestra el perfil biopsicosocial de una población de 632 casos de niños y niñas ingresados en el Centro de Acogida de IMAON. De él destaco las estadísticas sobre el motivo de ingreso y la situación sanitaria que puede completar los datos aportados en la tabla anterior (2. Atención a la Salud en centros de menores. Prevenir).

- Motivo de ingreso.
 - 58,08% Malos tratos.
 - Malos tratos físicos 7,4%
 - Abandono 11,92%.
 - Abusos sexuales 0,7%.
 - Situaciones de grave riesgo 13,6%.
 - Fugas de casa o centros 15,03%.
 - Expulsión de casa 1,9%.
 - Carencias afectivas y desamparo 5,95%.
 - 34,14% Imposibilidad de cuidados.
 - Carencia de vivienda 8%.
 - Padres detenidos 19,6%.
 - Padres ingresados en hospitales 5,8%.
 - 07,78% Varios.
 - Actos delictivos 6,63%
 - Alteraciones psíquicas del menor 0,29%.
 - Situaciones de ilegalidad 0,47%.
 - Ingresos mal definidos 3,39%.

Situación sanitaria.

- Alteraciones en el calendario vacunal 72%.
- Alteraciones en la dentición 28%.
- Retrasos estaturoponderales graves 8,5%.
- Consumo de tabaco 20,75%.

- Toxicomanías 7,5%.
- Alteraciones dermatológicas 12,25%.
- Parasitosis externa 19,5%.
- Infecciones broncopulmonares 16,25%.
- Infecciones otorrinolaringológicas 14%.
- Hepatitis vírica 3,5%.
- HIV (+) 6,5% (24% enfermedad activa).

Estos datos hablan por sí mismos, y nos ponen de manifiesto las especiales características de los niños y de las niñas que acceden al sistema de protección a la infancia; de alguna manera nos proyectan las necesidades que presentan.

Como última reflexión, entiendo que la atención a la salud de los niños y niñas en situaciones de desprotección precisa de una intervención global e integradora, que huya de los esquemas típicos y que permita adaptarse a las características específicas de las diversas problemáticas socio-familiares. Precisa que se fomenten las relaciones interpersonales entre los profesionales y los usuarios de forma que permita cambios permanentes generadores de conductas más saludables, en la que los aspectos de educación sanitaria adquieran una máxima significación. Precisa un mayor acercamiento a colectivos distantes, que, bien por su situación administrativa irregular (inmigrantes, refugiados), bien por su sistema de vida (colectivos itinerantes, temporeros...) no acuden a las redes de atención establecidas. Precisa una mejor coordinación de las instituciones, evitando duplicidades en ocasiones o ausencias en otras. Precisa un seguimiento más intenso en situaciones de riesgo, posibilitando una intervención precoz.

BIBLIOGRAFIA:

- Derechos de la infancia. Revista Menores nº 17/18 (Mº de Asuntos Sociales) Sept/Dic. 1989 (1).
- Atención a la salud de centros de Menores. Revista Prevenir nº 3 (Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia) C. Martínez, M. Zahanero, J. A. Díaz, M. L. Martínez, J. L. Pascual, E. Sánchez, J. Estaban. 1993 (2).
- La infancia en cifras. Población menor de 18 años en España. Datos estadísticos generales. 1993. Mº de Asuntos Sociales (3).
- La Salud. Infancia y sociedad nº 5 (Mº de Asuntos Sociales) Sept/Oct. 1990 (4).
- Plan estratégico de la Cruz Roja Española 1993-96. 1993 (5).
- Los niños en la calle. Revista La Cruz Roja Mayo de 1988 (6).
- El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo. Enrique Gracia Fuster y Gonzalo Musitu Ochoa. 1993. Mº de Asuntos Sociales (7).
- El medio escolar y la prevención de las drogodependencias. 1989. Mº de Educación y Ciencia (8).
- Actitudes sociales ante el SIDA 1990. Mº de Sanidad y Consumo (9).

- La situación de la iniciativa social en España. M. A. Cabra de Luna. 1990. Cuadernos de Acción social / Mº de AA.SS. (10).
- El niño maltratado. Xavier Querol. 1990. Editorial Pediátrica.

A.P. 3

EDUCACION

INTRODUCCION: JOSE JESUS SANCHEZ MARIN

La educación, según el diccionario Porrúa de Pedagogía, "es un fenómeno mediante el cual el individuo se apropia, en más o en menos, la cultura de la sociedad en donde se desenvuelve, adaptándose al estilo de vida de la comunidad en donde se desarrolla". Y añade: "La educación es una realidad, una necesidad, un desarrollo, una aspiración y una función cultural y social".

Desde esta consideración amplia del hecho educativo, se ha abordado la reflexión que propone esta área del Congreso. La interpretación restrictiva de la educación -muy frecuente, por cierto- reduce su ámbito a los espacios educativos formales de aprendizaje, siendo, la escuela el más importante de ellos aunque no el único, ya que las instituciones que, antes y después de la etapa escolar, acogen a los niños para "enseñarles" pertenecerían también a esta misma categoría y gozarían por tanto junto con la escuela, esa exclusividad de ser las instituciones educadoras por antonomasia.

Desde el punto de vista de los Malos Tratos a la Infancia, todas ellas (escuelas infantiles, escuelas, centros de educación secundaria, etc...) tienen funciones muy importantes que desarrollar. Lo que ocurre es que si dejamos fuera de la reflexión el inmenso campo de la educación que podemos denominar no formal, no abordaríamos la posibilidad de analizar qué otras cuestiones relacionadas con el Maltrato Infantil pueden dirimirse desde lo educativo entendido éste en sentido amplio.

Por supuesto que la familia también participa, y de modo determinante, en las tareas de socialización y educación de los niños pero la reflexión que aquí deseamos abordar se refiere exclusivamente a la práctica profesional de los agentes educativos en relación al Maltrato Infantil.

Por ello esta Area, incluida en la de ámbitos profesionales, se ha estructurado en torno al estudio de :

- La Educación Formal.
- La Educación Social: Sistemas de Protección.
- La Educación Social: Sistemas de bienestar y calidad de vida.

Pretendiendo con ello dar cabida al análisis de las posibilidades de intervención, en casos de Malos Tratos Infantiles, de colectivos profesiona-



les heterogéneos -a los cuales no estamos habituados a considerar afines- y que sin embargo tienen encargos sociales que resultan complementarios y siempre en relación con la educación. Esta arbitraria clasificación de un campo tan vasto, ha resultado metodológicamente eficaz a la hora de planear el trabajo.

Bajo el epígrafe de Educación Formal se estudiará fundamentalmente el papel de la escuela en relación a los Malos Tratos Infantiles, incluyendo un análisis de la LOGSE y otras Leyes que amparan los Derechos de la Infancia. En cuanto los Sistemas de Protección, desde la óptica de la Educación Social, se abordan fundamentalmente las posibilidades de intervención, que son muchas y especializadas, de los profesionales más implicados en el hecho socioeducativo -Educadores Sociales- en relación a la infancia que padece algún tipo de dificultad social y requiere una atención preventiva o una intervención propiamente dicha.

Por último, bajo el epígrafe de sistemas de bienestar y calidad de vida se propone el análisis del resto de sistemas que tienen como objetivos el bienestar y el aumento de la calidad de vida de la infancia como así también la implicación de los profesionales que trabajan en ellos en relación al Maltrato Infantil.

De hecho, la constelación de colectivos profesionales que hoy tienen el encargo social de atender directa o indirectamente la educación de la niñez, desborda con creces el campo de la docencia. No obstante, la escuela es la institución a la que socialmente más se identifica con lo educativo. Además los docentes son los profesionales que más tiempo conviven con los niños.

Todo ello hace de la escuela, según los tópicos al uso, un lugar privilegiado para la detección de los Malos Tratos Infantiles y para la aplicación de programas de prevención. Un docente sensibilizado y suficientemente informado podría detectar con cierta facilidad los casos en los que la relación del niño con sus adultos responsables no marcha bien, realizando así una función de prevención o detección muy importante.

Lamentablemente se trata de una realidad escasamente frecuente en nuestro contexto. Si la formación de los profesionales, incluidos los del ámbito social encargados de intervenir con las familias con problemas graves de malos tratos, es escasa, en el caso de los docentes es común la falta de información en cuanto a los aspectos claves del tema. En foros como éste es habitual la escasa presencia del colectivo docente como si en el tema de los Malos Tratos Infantiles la escuela no tuviera nada que hacer o como si ya lo tuviera todo resuelto. Sin embargo a veces la realidad de las aulas, somete a duras pruebas a profesionales que sabiendo o no que son los Malos Tratos Infantiles deben enfrentarse con casos reales, a veces dramáticos, que no pueden manejar más allá de la propia angustia y la impotencia.

Es cierto también que faltan, en general, políticas decididas de sensibilización y de formación de profesionales en el tema. Tampoco se aplican programas de prevención, ni se editan en número suficiente folletos, guías informativas, de detección, etc...

Sin embargo nada de ello exime a los profesionales en contacto con niños de la responsabilidad de conocer aspectos elementales sobre el

Maltrato Infantil, al menos los suficientes como para entender lo que ocurre en una familia donde se produce el maltrato y actuar consecuentemente.

En la compleja intervención interdisciplinar que requiere un tratamiento eficaz de las familias en cuyo seno se producen Malos Tratos, cada profesional tiene un compromiso, un momento fundamental de intervención. La detección, la prevención y determinados aspectos del tratamiento corresponden a los profesionales vinculados a la educación. Evidentemente adquirir en la práctica esos compromisos no es fácil, sin embargo conseguirlo supondría aliviar muchas situaciones de sufrimiento infantil y dar un paso cualitativo importante en la defensa de los derechos de la infancia desde el terreno de los profesionales vinculados a ella.

Finalmente, es de rigor en este contexto hacer algunas consideraciones respecto a un hecho del que casi no se habla y, sin embargo todos, en mayor o menor grado, sabemos de su existencia: Los Malos Tratos Institucionales.

Constituyen un tipo de maltrato insuficientemente estudiado. Sin embargo es presumible que así como en las relaciones intrafamiliares donde se produce maltrato generalmente el maltratante es el adulto que más tiempo pasa con el niño, no resultaría tan desacertado pensar que dentro de las instituciones en las que más tiempo pasa el niño es donde más posibilidades hay de que se lo maltrate institucionalmente.

Los sistemas encargados de la educación de la infancia y en general todos aquellos que deben garantizar el bienestar y la protección de los niños, son ámbitos en los que puede producirse este tipo de maltrato. Ocultar o negar su existencia es la forma de perpetuarlos, mientras que informarse sobre ellos y estudiar sus manifestaciones sería la mejor manera de combatirlos.

Sería deseable, o mejor dicho necesario, que los profesionales intentaran colocarse en la perspectiva de la vivencia que experimenta el niño dentro de las instituciones, sea cual fuere la que lo acoja, manteniendo así siempre un sentimiento crítico hacia la propia actividad profesional. También es preciso reflexionar sobre el lugar que se ocupa entre los niños cuando la relación con ellos es de poder, cotidiana y prolongada. Esta conciencia vigilante puede servir en ocasiones, para corregir actitudes que pueden estar influyendo negativamente en el desarrollo del niño.

A pesar de la dificultad para realizar un acercamiento al análisis de la compleja realidad de la educación atendiendo a todos los cambios que se han producido en este ámbito y a las exigencias que entraña actualmente, no se nos oculta que sobre los profesionales de la educación siguen recaando hoy responsabilidades sociales de trascendencia.

De cualquier modo, una mejor calidad de vida de la sociedad depende sin duda, en gran parte, de cómo se resuelva el proceso educativo de la generación de quienes son hoy niños.

LA EDUCACION FORMAL ANTE EL MALTRATO INFANTIL

PILAR LAPETRA CODERQUE

1. INTRODUCCION.

En las últimas décadas asistimos a un proceso por el cual el trato y la metodología educativos están variando cualitativamente en nuestro país. Antiguamente podría ser bien aceptado el uso del castigo físico en la escuela para conseguir objetivos con los niños. Hoy, la gran mayoría de los padres consideran eso un abuso y no están dispuestos a admitir que otros adultos traten mal a sus hijos: ya sea pegándoles o sometiéndolos a castigos extraños o abusivos.

La difusión de los derechos de los niños y el progresivo proceso de "personalización" de éstos ha contribuido poderosamente a esta consideración actual.

Es un gran paso hacia delante, pero no es suficiente; es necesario tener presente la posibilidad de que sean los propios padres quienes no traten adecuadamente a sus hijos. Es preciso romper la inercia por la cual éstos son considerados como propiedad privada, casi objetos, de sus padres. Hay que trabajar para aumentar la sensibilidad profesional y ciudadana en este sentido. Hay que desarrollar las leyes para que éstas protejan eficazmente a la infancia.

El preciso asumir que denunciar situaciones de maltrato infantil, cuando existe la sospecha de que éste está ocurriendo, es un deber, una obligación que tenemos todos como adultos y ciudadanos.

Hay que establecer simultáneamente campañas de sensibilización y programas de formación de padres. Biológicamente, padre puede ser cualquiera, pero para ser un padre eficaz y benefactor es preciso seguir un proceso de formación adecuado sobre las fases de desarrollo, pautas de comportamiento y cuidados a proporcionar al propio hijo. Hasta ahora estos procesos de formación se realizan de manera informal a lo largo de la historia personal de crianza de cada individuo. Cuando el maltrato se da en un ámbito familiar, las historias se reproducen en las generaciones sucesivas, este círculo intergeneracional del maltrato debe romperse. Y ello, solamente se consigue con una actuación desde fuera y mediante una correcta y preventiva educación social.

2.- NIÑO, FAMILIA Y ESCUELA.

El mundo del niño se centra en la familia. Esta constituye el primer y



más importante agente de socialización de las personas. Aunque la familia constituye una unidad de convivencia, para comprender su funcionamiento es útil concebirla como una estructura compleja en interacción. Debido a esta dinámica la familia juega un papel esencial e insustituible en el aprendizaje de las conductas del niño. Los mecanismos de socialización iniciales -recompensas y castigos, adquisición de la primera imagen de sí mismo y modelos de conducta familiar- desarrollan la "base de personalidad" sobre la que influirán experiencias posteriores.

Cuando el niño comienza a ir a la escuela esta función importantísima de la familia no se pierde, sino que se enriquece con la incorporación activa de otros estímulos externos. Diversos factores internos específicos de cada familia ejercerán su influencia en el desarrollo de la vida escolar reflejándose de igual manera en el rendimiento académico.

Las personas, ya sean adultos o niños, son centros de integración de todas las vivencias que les atañen. No funcionan en comportamientos cerrados; todas sus acciones, emociones y experiencias ejercen una influencia interrelacionada en la línea evolutiva de su vida.

3.- FUNCION DE LA ESCUELA.

En un principio la educación no estaba confiada a nadie en especial, sino a la vigilancia difusa del ambiente, la enseñanza era para la vida por medio de la vida y los niños se educaban participando en las funciones de la colectividad. El hombre en cuanto es hombre es social, es decir, está siempre modelado y configurado por un ambiente histórico, del que es imposible desprenderlo. La educación en la comunidad primitiva era una función espontánea de la sociedad en su conjunto, a igual título que el lenguaje o la moral.

La educación sistemática, organizada y, a veces, violenta comienza en cuanto la educación pierde su primitivo carácter homogéneo e integral y se formaliza.

La función de la escuela es también una función de socialización, centrándose ostensiblemente en la transmisión de ciertos conocimientos y contenidos de la cultura dominante. Sin embargo, hay otras funciones menos obvias pero muy importantes para el desarrollo del niño; escuela le proporciona a éste otros modelos de conducta y diversas fuentes de conocimiento, de manera que le ayuda a ganar independencia emocional respecto a su familia.

En los primeros años de la Educación Infantil el maestro/a, generalmente una mujer, se asemeja en su papel a la madre, preocupándose por el bienestar general del niño, incluyendo aquí su conducta, hábitos de salud, esfuerzo, cooperación y otros aspectos psicológicos y sociales de su desarrollo. Conforme el niño avanza en edad, las demandas escolares pasan a ser mucho más específicas y centradas en asuntos determinados. la petición de logro se acentúa y el maestro evalúa al alumno sólo sobre la base de su actuación.

Los maestros, sin ninguna duda, son agentes socializadores de suma importancia, debido, no tanto a lo que enseñan, como a las actitudes y valo-

res que transmiten; llegando a ser modelos a imitar o los otros adultos significativos para la vida del niño. La mayor influencia del maestro deriva probablemente del establecimiento de una relación protector-protégido.

Las recompensas de la situación escolar -mecanismos usados para la socialización- comparadas con las de la familia, son muy formalizadas. Hay determinadas expectativas de edad con tareas y estándares específicos, y se juzga al niño por el grado en que esté a la altura de estas expectativas. De forma inevitable se establecen comparaciones con otros alumnos. Al disciplinar y enseñar al niño, las autoridades escolares se apoyan en la familia y en el propio grupo de iguales del niño.

4.- MARCO JURIDICO QUE AMPARA LOS DERECHOS A LA PROTECCION Y A LA EDUCACION DE LOS NIÑOS/AS EN ESPAÑA.

- La Declaración de los Derechos del Niño.
- La Constitución Española, en sus artículos 14, 20, 27, 39 y 49.
- La Ley 21/1987 de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción.
- La Ley Orgánica 3/1989 de 21 de junio, de actualización del Código Penal.
- La Ley 13/1982 de 7 de abril, de integración social de los minusválidos.
- La Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del derecho a la Educación (LODE).
- La Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE).
- La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño.
- La Ley Orgánica 4/1991 de 5 de junio, sobre reforma de la Ley Reguladora de la Competencia y el Procedimiento de los Juzgados de Menores.
- Los Decretos específicos de cada Comunidad Autónoma.

5. LA L.O.G.S.E. Y SUS IMPLICACIONES EN EL BIENESTAR GENERAL DE LOS NIÑOS.

"El objetivo primero y fundamental de la educación es el de proporcionar a los niños y a las niñas, a los jóvenes de uno y otro sexo, una formación plena que les permita conformar su propia y esencial identidad, así como construir una concepción de la realidad que integre, a la vez, el conocimiento y la valoración ética y moral de la misma. Tal formación plena ha de ir dirigida al desarrollo de su capacidad para ejercer, de manera crítica y en una sociedad axiológicamente plural, la libertad, la tolerancia y la solidaridad... El derecho a la educación es un derecho de carácter social".

Preámbulo.

¿Cómo se puede promover con eficacia este objetivo si la institución

que trabaja para conseguirlo no presta oídos a las situaciones de injusticia que puedan estar viviendo sus propios niños?

"El sistema educativo español, configurado de acuerdo con los principios y valores de la Constitución, se orientará a la realización de los siguientes fines:

- a) El pleno desarrollo de la personalidad del alumno.
- b) La formación en el respeto a los derechos y libertades fundamentales y en el ejercicio de la tolerancia y de la libertad dentro de los principios democráticos de convivencia".

Artículo 1º. 1.

"La actividad educativa se desarrollará atendiendo a los siguientes principios:

- a) La formación personalizada.
- b) La participación y colaboración de los padres o tutores para contribuir a la mejor consecución de los objetivos educativos.
- c) La efectiva igualdad de derechos entre los sexos, el rechazo a todo tipo de discriminación y el respeto a todas las culturas.
- g) La atención psicopedagógica y la orientación educativa y profesional.

Artículo 2º. 3.

Asimismo, se contempla la educación e las enseñanzas a las características de los alumnos con necesidades educativas especiales. Además la LOGSE expone que:

"Para garantizar el derecho a la adecuación de quienes no puedan asistir de modo regular a un centro docente, se desarrollará una oferta adecuada de educación a distancia."

Artículo 3º. 6.

Es interesante analizar cuestiones relativas a determinados tramos. Con la educación infantil, etapa que comprende desde los 0 a los 6 años, se pretende contribuir al desarrollo físicos, intelectual, afectivo, social y moral de los niños. Y se dice:

"Los centros docentes de Educación Infantil cooperarán estrechamente con los padres o tutores a fin de tener en cuenta la responsabilidad fundamental de éstos en dicha etapa educativa".

Artículo 7º. 1.

Concretamente, en el segundo ciclo de la educación infantil, de 3 a 6 años, uno de los objetivos de trabajo es que el niño:

"ELABORE UNA IMAGEN DE SI MISMO POSITIVA Y EQUILIBRADA... La metodología educativa se basará en las experiencias, las actividades y el juego, en un ambiente de afecto y confianza".

Artículo 9º. 3 y 5.

Por otro lado, en la etapa de la educación primaria, 6 a 12 años, una de las capacidades que se pretende desarrollar es:

"Apreciar los valores básicos que rigen la vida y la convivencia humana y obrar de acuerdo con ellos".

Artículo 13º. e)

Esta ley, la LOGSE, orienta el sistema educativo hacia el respeto de todos y cada uno de los derechos y libertades establecidos por nuestra Constitución y al pleno desarrollo de la personalidad del alumno. Es importante resaltar el título quinto de la Ley: de la compensación de las desigualdades en la educación. Donde se dice:

"Las Administraciones educativas asegurarán una actuación preventiva y compensatoria garantizando, en su caso, las condiciones más favorables para la escolarización, durante la educación infantil, de todos los niños cuyas condiciones personales, por la procedencia de un medio familiar de bajo nivel de renta, por su origen geográfico o por cualquier otra circunstancia, supongan una desigualdad inicial para acceder a la educación obligatoria y para progresar en los niveles posteriores"

Artículo 64º.

Puede ser significativo hacer notar el carácter de cuidado especial que la Ley atribuye a la etapa de Educación infantil (0-6 años). En el único apartado que habla expresamente de protección a la infancia, la Ley dice:

"Por razones de protección a la infancia, los centros privados que acogen de modo regular niños de edades correspondientes a la educación infantil quedarán sometidos al principio de autorización administrativa a que se refiere el artículo 23".

**Disposición adicional 6
Modificación del artículo 24.2 de la LOE.**

Aunque aquí se recoge la garantía hacia el cumplimiento de unos mínimos de calidad, queda expresada la delicada preocupación que en materia educativa despierta el tramo de edad 0-6 años.

6. EL MALTRATO INFANTIL Y SU INCIDENCIA SEGUN EDAD, SEXO Y TIPOLOGIAS.

Para acercarnos a la incidencia del maltrato infantil vamos a utilizar los resultados del análisis realizado por Elizabeth D. Jones y Karen McCurdy. Salvando las distancias sociológicas y culturales propias de un país diferente, puede darnos una idea de la distribución por edades, sexos y topologías de la ocurrencia del maltrato. Los datos sobre los que trabajan corresponden al segundo estudio nacional de incidencia del maltrato y abandono infantil (NIS-2), efectuado en los Estados Unidos de América en 1986.

	TIPOS DE MALTRATO				
	Totales N= 2814 %	Maltrato físico N= 829 %	Abuso sexual N= 483 %	Maltrato emocional N= 387 %	Abandono físico N= 1115 %
EDAD					
0 - 2 años	21.4	19.1	6.8	11.4	32.9
3 - 5 años	17.0	14.0	20.9	11.1	19.5
6 - 9 años	21.6	23.0	25.5	19.1	19.7
10 - 12 años	13.1	13.0	18.4	14.7	10.3
+ de 12 años	25.0	29.7	28.4	42.1	14.1
Desconocidos	2.0	1.2	—	1.6	3.5
SEXO					
Varón	45.7	54.3	15.9	47.8	51.5
Hembra	53.9	45.6	83.9	51.4	48.0
Desconocido	0.4	0.1	0.2	0.8	0.5

7. TABLAS DE ESCOLARIZACION RECIENTE EN ESPAÑA.

Es interesante contemplar las tasas de escolarización que tenemos para las distintas etapas, ciclos y niveles educativos. Podemos conocer así la cantidad de niños que asisten diariamente a los Centros.

Los datos aquí recogidos corresponden a las tasas de escolarización del curso académico 89-90. Dado que dicho curso fue anterior a la aplicación de la L.O.G.S.E. recoge la clasificación propia de la ordenación educativa entonces vigente.

Así, por ejemplo, podemos constatar el gran número de niños y niñas que por debajo de los cuatro años permanecen en sus casas y otros lugares, no siendo vistos habitualmente en ningún Centro Educativo. Exceptuando las tasas correspondientes a E.G.B., la suma de B.U.P., F.P. y C.O.U. no llega ni mucho menos a toda la población infantil. Quedando, por tanto, muy desprotegidos determinados sectores por cuanto que abandonan el circuito con no muy buenas expectativas de trabajo y/o de vida.

TASAS DE ESCOLARIDAD

CONCEPTO	TASA BRUTA %		
	TOTAL	VARONES	MUJERES
E. Preescolar (2 - 5 años)			
2 - 3 años	11,10	10,89	11,32
4 - 5 años	96,82	95,38	98,36
E.G.B. (6 - 13 años)			
Ciclo Inicial (6 - 7)	100,00	100,00	100,00
Ciclo Medio (8 - 10)	100,00	100,00	100,00
Ciclo Superior (11 - 13)	100,00	100,00	100,00
B.U.P. (14 - 16 años)			
	54,39	49,50	59,57
C.O.U. (17 años)			
	42,87	38,82	47,14
F.P. (14 - 18 años)			
Pr. Grado (14 - 15)	23,23	24,92	21,44
Sg. Grado (16 - 18)	33,31	36,04	30,42
	16,97	17,42	15,44

8. EL COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS EN LA EDAD ESCOLAR.

Aunque sabemos que una gran parte del maltrato son consecuencias más graves para el niño se da por debajo de los 3 años, tenemos constancia más reciente de que al menos la mitad de los casos de Maltrato Infantil ocurren en la edad escolar. Si bien los episodios de maltrato han podido suceder durante los años anteriores, es ahora al comenzar los niños a asistir a la escuela, cuando van a ser detectados.

En esta edad sus vidas corren menos riesgo a causa de las lesiones físicas, ya que sus cuerpos son menos vulnerables y pueden huir o pedir ayuda. Sin embargo, no es frecuente que el niño pida ayuda en la escuela puesto que procurará no delatar a sus padres, tiene miedo a perder a su familia, la cual constituye el único punto de referencia del niño. Este acepta los exagerados castigos que le aplican sus padres como algo perfectamente natural y justificado.

Con respecto a las manifestaciones externas de estos niños, suelen ser solitarios y carecen de signos de alegría. Con mucha frecuencia exhiben dificultades comportamentales. Los resultados escolares son siempre inferiores a sus capacidades reales, cuando no muestran un fracaso escolar total. Sus resultados en capacidades comunicativas (leer y escribir) son con frecuencia malos, debido al condicionamiento responsivo distorsionante al que han sido sometidos.

Existen variados estudios que abordan la conexión entre el maltrato recibido en la infancia y el posterior comportamiento antisocial. Durante los pasados quince años, un importante cuerpo de la investigación ha mostrado

a los niños maltratados exhibiendo comportamientos inadaptados o socialmente indeseables en grupos de pares de interacción.

Durante las observaciones naturales en centros de preescolares, se ha constatado que los niños maltratados muestran más conductas agresivas y menos comportamientos prosociales que los niños control. En un estudio con niños más mayores (6 a 8 años), los sujetos maltratados fueron evaluados por sus profesores como más agresivos que sus pares no maltratados.

En general, los preescolares maltratados han demostrado ser más agresivos mientras los niños maltratados más mayores han manifestado más comportamientos de evitación que sus compañeros no maltratados (pares). Además, los niños físicamente maltratados han demostrado ser más agresivos a menudo que los niños abandonados. En cualquier caso, existen indicadores evidentes de que los niños maltratados no manifiestan inevitablemente agresión en todas las situaciones de juego en interacción.

Howes, en estudios que muestran cómo los niños preescolares maltratados son capaces de una competente interacción social bajo algunas circunstancias, sugiere varios factores que pueden fomentar la aparición de competencia social: la participación en un programa de tratamiento, la familiaridad con las parejas de interacción y un espacio de juego que proporcione otras opciones que la competición ante un recurso limitado. Independientemente del estado de maltrato, los niños responden más positivamente a los intentos menos coercitivos de sus compañeros.

9. EL PAPEL DE LA ESCUELA EN LA DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL.

La escuela es la institución social que atiende a la infancia por excelencia. Con nuestro nuevo ordenamiento educativo, los niños y las niñas han de permanecer en ella, al menos, por espacio de 10 años. El Estado garantiza la cobertura de esta obligatoriedad. La organización escolar permite:

- 1) Ver a los niños/as todos los días durante un largo período de tiempo cada año.
- 2) Compartir el espacio vital de ellos con el que le corresponde al grupo familiar, de modo que, casi la mitad útil del día es ocupada por la escuela.
- 3) Observar los comportamientos de un grupo de iguales juntos interactuando en una misma clase o en espacios lúdicos (recreo, deporte). Esta observación proporciona a los adultos que allí trabajan un gran conocimiento sobre las diversas manifestaciones infantiles.
- 4) El profesorado conoce las diversas etapas evolutivas de los niños y está capacitado para detectar anomalías en las mismas que puedan indicar la existencia de trastornos específicos.
- 5) La continuidad presencial en los primeros años de un mismo maestro/a con el mismo grupo de clase, lo que posibilita un mayor conocimiento y seguimiento estrecho del mismo.
- 6) El contacto que, especialmente en la etapa de Educación Infantil y en los primeros cursos de Primaria, tiene este maestro/a con la propia familia de cada niño/a.

- 7) El estudio individual y especializado de algunos niños a través de los Equipos Psicopedagógicos y de Orientación.
- 8) Contactar con otros agentes sociales de protección.

Por todas estas razones, la escuela es un lugar importante para el control de la calidad de vida infantil, mediante:

- a) La detección de anomalías en el desarrollo o de trastornos emocionales.
- b) El reconocimiento de dificultades del aprendizaje.
- c) La investigación de las causas que pueden motivar estos hechos.
- d) La adopción de medidas que conlleven una verdadera protección de la infancia.

Para que la escuela sea capaz de abordar esta temática será preciso que los profesionales de la educación reúnan varias condiciones:

- 1.- Que estén sensibilizados con el tema del maltrato infantil.
- 2.- Que posean una adecuada capacidad de observación.
- 3.- Que manejen los instrumentos apropiados para la recogida de la información.
- 4.- Que sepan claramente a dónde recurrir y cuál será el proceso social que acompañará su denuncia.
- 5.- Que tengan el respaldo institucional pertinente.

10. INSTRUMENTOS QUE ORIENTAN LA DETECCIÓN.

Para ayudar en las tareas de detección de casos de posible maltrato resulta útil emplear cuestionarios y/o registros elaborados especialmente para ello. Existen diversos instrumentos ya formalizados y que han sido utilizados previamente por otros colectivos, así, podemos reseñar:

- El Child Behavior Checklist (C.B.C.L.) en su versión para maestros. (Achenbach & Edelbrock, 1983).
- El "E-10". Cuestionario para la detección de niños en situación de riesgo social.
Comunidad de Madrid
Consejería de Educación
Dirección General de Educación.

Sin embargo, podemos también fabricar nuestros propios cuestionarios para la recogida precisa de la información, esto en caso de que no existan modelos centralizados comunes en uso vigente.

A continuación mostramos uno elaborado en Murcia por un grupo de maestros que trabajaron formándose en el tema de los malos tratos a la infancia.

	Nunca	A veces	Siempre
Manifestaciones de timidez			
Niños tristes			
Niños solitarios			
Niños temerosos			
Ausencia de relación			
Es rechazado por el grupo			
Se relaciona con niños de edades diferentes a la suya			
Inhibición en los juegos			
Conducta de liderazgo			

Con los adultos

Actitudes de provocación
 Niños sumisos
 Niños con mirada huidiza
 Temor ante la figura del adulto
 Provoca rechazo en el adulto

5.- MANIFESTACIONES EMOCIONALES.

LLanto sin motivo aparente
 Niño/a triste
 Depende excesivamente del adulto
 Signos de ansiedad
 Responde a las demandas del educador
 Responde a las demandas de los niños
 Carácter demasiado variable
 Cambios bruscos de humor
 Habla de sus padres
 Habla de su familia cercana
 Alteraciones en el sueño
 Presenta signos de baja autoestima
 Acepta el afecto del adulto
 Miedo ante adultos desconocidos
 Alta agresividad
 Enuresis
 Agresivo consigo mismo
 Miedo sin causa justificada
 Tímido, retraído
 Demanda continua de afectividad
 Llamadas de atención hacia el adulto
 No expresa respuestas emocionales
 Ausencia de miedo

6.- ASPECTOS FAMILIARES.

Problemas sociales: drogas, alcohol

	Nunca	A veces	Siempre
Conductas inadaptadas: delincuencia			
Ignoran las necesidades del niño			
Dejan al niño solo algunos ratos			
Problemas maritales			
Viudedad			
Padres autoritarios			
Padres permisivos			
Alto stress familiar			
Desinterés general por el niño			
Inmadurez de los padres			
Dependencia de la familia extensa			

Persona que más frecuentemente acompaña al niño al Centro: _____
 Persona con la que el niño pasa más tiempo en su propia casa: _____
 Condiciones de habitabilidad del hogar: _____
 Nivel cultural de los padres: _____

7.- AMBITO ESCOLAR

	Nunca	A veces	Siempre
Excesiva permanencia en la escuela			
No asiste regularmente			
Poca motivación en las actividades			
Mala o ninguna relación con otros			
Llora al salir de la escuela			
No quiere participar en actividades			
Ausencia de hábitos			
Es desordenado/a			
Sucio/a en la realización de tareas			
Inhibición en el uso de materiales.			
Pulcritud excesiva			
Conductas destructivas			

OBSERVACIONES:

11.- BIBLIOGRAFIA.

- "Anuario de la Educación 1989-1990". El Magisterio Español. Edita Siena, S.A. Madrid, 1990
 - "Child Abuse and Neglect. The International Journal". Official

Publication of the International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.

* Volume 16, number 2, 1992

* Volume 17, number 4, July/Aug 1993.

- F. Elkin: "El niño y la sociedad". Editorial Paidós, Educador Contemporáneo. Buenos Aires, 1980.

- R. S. Kempe y C.H. Kempe: "Niños maltratados". Ediciones Morata, Serie Bruner. Madrid 1985.

- J. de Paúl y Equipo: "Maltrato y abandono infantil; Identificación de factores de riesgo". Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 1988.

- A. Ponce: "Educación y lucha de clases". Akal Editor. Madrid, 1981.

EDUCACION SOCIAL. SISTEMAS DE BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA

DOMINGO VALENCIANO MORENO

INTRODUCCION.

Esta ponencia debe leerse en el contexto de las dos que le anteceden (Educación Formal y Educación Social: Sistemas de bienestar y calidad de vida), por lo cual no desarrollaré aspectos que se encuentran en ellas.

Mi trabajo se centrará en mostrar las posibilidades de la Educación Social en relación a la protección de los menores en el ámbito de la cultura. Para ello he considerado necesario reflexionar acerca del papel que ciertos elementos culturales relacionados con el maltrato juegan en nuestra sociedad.

Planteo la necesidad de ampliar el marco conceptual de la Protección encuadrándolo en la Teoría del Desarrollo. Esto nos facilitará la emergencia de lo educativo sin caer en posiciones reduccionistas que, entiendo, limitarían sus posibilidades.

CULTURA Y MALTRATO.

La afirmación de que los impulsos agresivos forman parte de la naturaleza humana y están presentes en la civilización no es nueva (Freud 1930). Precisamente es un logro cultural la transformación y creación de formas superiores de relación que regulan y mitigan la emergencia y los efectos de estas conductas.

Todas las sociedades "cuidan" las condiciones de desarrollo de las nuevas generaciones tranzando desde los aspectos biológicos un orden simbólico (Harris 1990) manifestado en sistemas de creencias, tabúes, instituciones, etc. Estas redes de significados (Znanfecki 1947) con diferente grado de formalización tratan de garantizar un proceso en el que se sabe de partida que habrá dificultades.

Observando las sociedades primitivas percibimos la eficacia de estos constructos con relativa claridad: sin embargo, la progresiva complejidad que los sistemas de producción tecnológicos relacionales, etc., hace necesaria la función de instancias reguladoras (Segalen 1992).

No expondré una trayectoria suficientemente conocida en nuestra sociedad, que concluye con la intervención del Estado no sólo como regulador sino también como sustituyente.

Hablamos de Estado del Bienestar pensando en la cobertura de necesidades fundamentales al tiempo que reconocemos efectos paradójicos en el medio social: la violencia es uno de ellos.

Efectivamente, nuestra sociedad genera un "plus de violencia" con múltiples formas expresivas en la familia, las instituciones, la calle, los medios de comunicación (Rojas-Marcos 1992). Por otro lado, se constata que la capacidad cultural para contrarrestar estos fenómenos está debilitada. No nos faltan conocimientos pero "parece que cuanto más aprendemos sobre las condiciones que subyacen y producen el desarrollo del carácter y la habilidad humana, tanto más se erosionan y destruyen estas mismas condiciones en las sociedades contemporáneas" (Bronfenbrenner 1987).

Esta situación afecta sobremanera a los niños, adolescentes y jóvenes. Del mismo modo que desaparecen las especies o los biotopos, los instrumentos culturales para la vida comunitaria están desapareciendo o perdiendo su potencial constructivo (UNESCO 1982).

Un ejemplo: el juego infantil de grupo que comporta elementos de regulación de la conducta agresiva, el establecimiento de la cooperación para la resolución de dificultades, desarrollado en un espacio/tiempo propio, al margen de los adultos y nutrido de una lúcida recreación de las relaciones sociales, está en vías de desaparición. Ninguna objeción al respecto si esto supusiera un desplazamiento a fórmulas de relación superiores, pero la realidad no es ésta.

¿Hasta qué punto la falta de elementos materiales y simbólicos en los contextos de desarrollo de los niños no están provocando un debilitamiento interno de su capacidad de autoprotección?; ¿en qué medida la ausencia de "El lobo y los siete cabritos" coarta la elaboración de pulsiones destructivas (Freud 1919, Bettelheim 1988) que impedirán que un niño tenga que matar a otro como parte del juego? ¿Acaso la escasez de responsabilidades auténticas en la vida de los adolescentes y jóvenes no se relaciona con los episodios de agresiones, vandalismo o sectas? Y aún así, responsables de entes públicos de televisión se permiten afirmar, ante las protestas de los padres que el programa Bola de Dragón es menos agresivo que Caperucita Roja.

A pesar de hechos como éste, la sensibilidad ante el maltrato parece que aumenta. Su "construcción social" en España se manifiesta en iniciativas legales, de investigación y formación, en los movimientos asociativos, etc. Quizás sea necesario recordar que bastantes de ellas se centran en los aspectos más individualizados y cuantitativos del fenómeno: detección de familias y/o menores en riesgo, diagnóstico, programas de tratamiento, etc. Sin embargo otros menos visibles y más difusos pero no menos importantes, no están suficientemente reconocidos.

Junto al maltrato individualizado, el que ejercen adultos o menores sobre otros menores a causa de situaciones de pobreza (abandono, negligencia, explotación...) o características psíquicas (abusos, maltrato emocional...), o el que se produce en las prácticas institucionales; existe otro que afecta a niños que aparentemente disfrutaban de mejores posibilidades. Por ejemplo, las condiciones laborales de muchas familias de clase media reducen al mínimo las interacciones familiares (Bronfenbrenner 1991), dedican-

dose el ocio infantil a la T.V. y los videojuegos, muchos de ellos de contenido destructivo. Los niños españoles entre 6 y 12 años emplean el 90% de su tiempo libre en jugar con héroes electrónicos (El País 23/9/1993). Otros factores importantes tienen que ver con los hábitats urbanos, con el tiempo empleado en desplazamientos, con la ausencia de lugares de encuentro, con el ritmo escolar, etc. Hoy se nos muestran algunas de las posibles consecuencias, pero como afirma Bronfenbrenner (1991), otras no han mostrado aún su potencial destructivo.

EDUCACION SOCIAL Y SISTEMAS DE PROTECCION.

Antes de avanzar en las relaciones maltrato-educación social considero necesario esclarecer algunas cuestiones conceptuales acerca de los mismos. Partimos de la premisa de que la acción educativa "en" o "como" sistema de protección, ha de ser necesariamente una intervención en el espacio de la cultura, en palabras de V. Núñez (1990) sería "la práctica social que vehiculiza el ordenamiento cultural que, en tanto tal, preexiste al sujeto". En su especificidad pedagógica se nos presenta premeditada, selectiva, axiológica, con instituciones específicas o no, en procesos formales, no formales o informales (Trilla 1986).

Aquí nos referiremos al territorio localizado entre la Educación no formal y la informal.

Considerado que toda tarea educativa es formalizadora, nos surge una primera duda respecto a las características que ésta debería tener para poder operar manteniendo como rasgos propios la apertura y la flexibilidad, para que pueda ofrecer respuestas diferentes. Trilla (1986) lo plantea de la siguiente manera: "hay que resistirse si tal formalización quiere decir uniformación, burocratización, despersonalización de las instancias educativas, censura de las iniciativas de la sociedad civil". Está claro que se nos previene de las acciones de "aparatos estatales" de los cuales conocemos suficientemente su potencial maltratante. Pero, ¿es ineludible la burocratización? En gran medida sí, al menos en nuestro orden social, sin embargo, la educación, intervención estatal=burocracia y estado=instituciones no es perfecta y el cambio es posible... pero no por esta dirección:

"El se acordó de aquella época en que el gran debate sobre educación había agitado al país entero, excitando a la población como ningún otro asunto antes o después. El gobierno había presentado dos proyectos de ley íntimamente relacionados entre sí: por una parte, una prohibición general de los libros infantiles y las tiras cómicas que contuvieran la menor alusión a la violencia, el culto al individualismo o que se desarrollaran en países lejanos o exóticos en perjuicio de lo familiar o cotidiano. Por otra, vinculada a la anterior, una propuesta más radical de someter a pruebas obligatorias los que desearan tener hijos, lo que significaba cuestionarios sobre nociones elementales de psicología evolutiva, pruebas prácticas de trato y convivencia con niños (bajo vigilancia de sociopedagogos, psicólogos y médicos), así como prueba del estado mental y físico de los solicitantes. Sólo los que consiguieran salir bien de estas pruebas, con notas por encima de la media, tendrían derecho a un certificado de aptitud familiar (a los que

ya fuesen padres se les evitaría automáticamente), pero las autoridades podían retirar el certificado en cualquier momento a una pareja y poner la educación de sus hijos en manos de alguna institución pública o de padres adoptivos mentalmente equilibrados. Estos dos proyectos de ley estaban a punto de ser aprobados cuando la población se levantó inesperadamente en pleno, y paralizó el país con manifestaciones y huelgas de protesta durante varios meses. La ira de la población culminó en una manifestación masiva ante el Chistianborg, sede del Parlamento. El y Edith participaron en primera fila.

En un determinado momento, Edith llegó incluso a subirse a una tarima y lanzar un inflamado discurso: la televisión la transmitió y, no se sabe bien por qué, fue la gota que colmó el vaso: al día siguiente el gobierno anunció su intención de retirar los mencionados proyectos de ley. Pero, al cabo de un año, fueron presentados cauta y astutamente de nuevo, y esta vez se aprobaron sin que nadie apenas rechistase, gracias a meses de concienzudo bombardeo a la opinión pública a través de los medios de comunicación. Era el bien de los niños lo que inducía al gobierno a presentar aquellas leyes. ¿Acaso no era un deseo de todos que los niños se sintieran contenidos y seguros? ¿Acaso no querían todos que los futuros ciudadanos fuesen criaturas armónicas, socialmente despiertas, libres de las obsesiones a que les expondrían indudablemente las lecturas peligrosas o la educación de padres mentalmente inestables? También se insistía oportunamente en que sólo uno por mil de la población no estaría a la altura de esas pruebas. Este uno por mil bajó en seguida a un uno por ciento, porcentaje que no tardó en convertirse en un diez, y luego en un veinte, y ahora ya andaba alrededor de un veinticinco. Sospechosamente, los que recibían el certificado de aptitud familiar, sin la menor dificultad eran los intelectuales, aún a sabiendas de que éste era el sector social con mayor número de desequilibrios mentales, divorcios y suicidios, y con más alto consumo de alcohol, tranquilizantes y drogas.

Pero las facilidades que este grupo encontraba para conseguir esos certificados tenía su explicación: como los intelectuales eran precisamente los que traían nuevas ideas al mundo, la mejor manera de neutralizarlos era darles certificados, y, con ellos, la constante inquietud de que el gobierno se los retirase en cualquier momento" (Strangerup 1991).

Otra cuestión necesaria a plantear es la base metodológica sobre la que hemos de construir las alternativas.

La Educación Social no debe sustentarse sobre unos postulados parciales o restrictivos, en nuestro caso el maltrato, so pena de deformar y ocultar parte de la realidad. Curiosamente, cuando esto se hace suelen aparecer formas totalizadoras que bajo una denominación contundente (v.g. Pedagogía del maltrato), ocultan pobreza científica e intereses espurios.

Propongo que esta base se encuentran en la teoría del desarrollo, en el conocimiento sobre las necesidades y las condiciones que hacen crecer a los individuos; y también en la Antropología, que nos permite distanciarnos de nuestra subjetividad para acceder a los significados culturales de los

otros (Harris 1990). A partir de aquí la tarea consiste en "desentrañar lo educativo y planear intervenciones para orientarlo, hallar el orden en lo educativo que parece caótico y señalar la mejor forma de ordenarlo, descubrir y eliminar ruidos en el universo de la educación, favorecer la autoconsciencia y el autocontrol de la sociedad en cuanto a sus mecanismos de transmisión cultural" (Trilla 1986).

Algunos ejemplos.

Los ejemplos que a continuación se exponen están clasificados siguiendo la propuesta de Bronfenbrenner para la intervención en los contextos de desarrollo microsistema, mesosistema y exosistema.

Ejemplo 1 (microsistema): Investigación-acción en el juego infantil.

L. Rodero ha centrado el objeto de su estudio en el juego infantil cooperativo. Reconoce que la creación de nuevos habitats urbanos (especialmente los conocidos adosados), están abriendo de nuevo la calle como lugar de encuentro para los niños.

Su observación participante le ha llevado a constatar ciertas características en la creación de grupos como la horizontalidad y verticalidad en cuanto a edades y sexo. Sin embargo, el contenido de los juegos resulta estereotipado e inestable: pareciendo difícil que permanezcan propiciando la repetición. Se dan cambios muy rápidos en los intereses y como cabía esperar, es frecuente la imitación de situaciones y personajes de los programas de TV. Existe pues una notable diferencia con la organización y contenidos de los juegos del folklore infantil tradicional.

El aspecto más novedoso, y a la vez la hipótesis pedagógica, se centra en descubrir las posibilidades de intervención adulta en el seno de estos grupos espontáneos. Su finalidad trataría de caracterizar una estructuración que les lleve a etapas más complejas y ricas, algo así como la fijación del "orden del juego". El adulto desaparecería una vez cumplida su función mediadora.

Ejemplo 2. (mesosistema): Creación de parques educativos.

"Robert Leathers es un hombre de 47 años en quien se advierte una atrayente mezcla de dinamismo, carisma, inconformismos y sentido común. Sin duda estas características le han sido muy útiles en su insólita especialidad profesional, que consiste en construir parques para comunidades urbanas con ayuda de los vecinos.

En los años sesenta, cuenta Leathers, yo no ejercía como arquitecto, ni mucho menos; vivía en California y lo que me interesaba entonces era salvar a la humanidad por medio del activismo y del teatro, pero entonces me trasladé a Ithaca, en el estado de Nueva York, donde surgió la posibilidad de hacer una zona de juegos en la escuela donde iban mis hijos y me pidieron a mí que supervisara las obras, en las que participaban todos los esco-

lares y sus padres; el campo de juegos tuvo un gran éxito, así que continué haciendo parques.

Así nació una dedicación que hasta ahora he generado 400 parques infantiles y zonas de juego en todo el territorio de los EE.UU. El mecanismo de las obras de Leathers y su equipo es muy sencillo; una comunidad le pide que construya un parque o zona de juegos y lo primero que él hace es hablar con los jóvenes y niños, los futuros usuarios del parque, que manifiestan sus deseos y peticiones. Luego hay reuniones con las autoridades locales y con los padres. Entre todas las partes, siempre bajo la coordinación Leathers, se establecen los criterios de seguridad, los costes, y además características del parque.

Más que hablar con los usuarios, dice Leather, yo creo que hay que vivir con ellos; cuando construyo un parque de juegos para una comunidad, no voy nunca a un hotel, sino que vivo con una familia; por ejemplo, últimamente he estado en un suburbio pobre de N.Y., un barrio bastante opulento de California y en la reserva india de Wounded Knee: como es lógico los parques son distintos.

Tras las conversaciones o vivencias preliminares con cada comunidad, Leathers y sus asociados hacen los planos y buscan los materiales del campo de juego. Luego, los planos y métodos de ensamblaje se dividen en partes y se asignan a varios equipos. Finalmente llega el gran día del ensamblaje del parque, en el que participa la comunidad entera sobre una base de estricto voluntarismo. Es siempre muy emocionante porque no es sólo una fiesta, sino un ejercicio cívico y de constante intercambio; por ejemplo, nosotros supervisamos las obras, pero la comunidad y los jóvenes y niños también nos supervisan a nosotros; el resultado es un campo de juegos hecho a la medida, del que cada comunidad puede ufarse, que sufre menos actos de vandalismo que los parques oficiales y que además, suele costar un 75% menos que aquéllos.

Cuesta mucho destruir deliberadamente algo que uno mismo ha construido y es por eso que nuestros parques registran un nivel muy pequeño de vandalismo, aún en las zonas socialmente más deprimidas y con mayor índice de criminalidad..." (El País 23/3/1988)

Ejemplo 3. (mesosistema): Un curriculum para cuidar.

"En los EE.UU. una persona de 18 años, del sexo femenino o del masculino, puede completar su enseñanza media universitaria o un doctorado, sin haberse ocupado jamás de un bebé o sin haberlo tenido nunca en brazos, siquiera: sin haber cuidado jamás a una persona anciana, enferma o solitaria, o sin haber consolado o asistido nunca a otro ser humano que necesitase de verdad una ayuda.

Las consecuencias psicológicas de tal carencia de experiencia humana tampoco se conocen aún. Pero las posibles implicaciones sociales son evidentes, porque, más tarde o más temprano y en general es más temprano, todos sufrimos una enfermedad, o la soledad y todos experimentamos la necesidad de ayuda y consuelo y compañía. Ninguna sociedad puede mantenerse durante mucho tiempo si sus miembros no adquieren las sensibilida-

des, las motivaciones y las habilidades necesarias para ayudar a cuidar a otros seres humanos.

Durante varios años he defendido la introducción en las escuelas estadounidenses, de los primeros cursos en adelante, de lo que he dado en llamar un curriculum para cuidar. El objeto de este curriculum no sería aprender acerca de los cuidados, sino participar en ellos: se les pediría a los niños que asumieran la responsabilidad de dedicar parte de su tiempo a los demás (los ancianos, otros niños más pequeños, los enfermos, los que están solos) y de cuidarlos. Sería esencial que estas actividades se realizaran bajo una firme supervisión, que no podría estar a cargo de los profesores, que ya tienen demasiado trabajo. Por el contrario los supervisores podrían escogerse entre las personas de la comunidad que tengan experiencia en cuidar.

Evidentemente, estas actividades de proporcionar cuidados no puede limitarse a la escuela: tendrán que llevarse a cabo en la comunidad exterior. Sería conveniente establecer instituciones que cuiden, como por ejemplo guardería, junto o aun dentro mismo de la escuela. Pero sería todavía más importante que los jóvenes cuidadores llegaran a conocer las circunstancias que rodean a sus protegidos, y las personas que hay en sus vidas. Por ejemplo, un niño mayor que se responsabiliza de uno más pequeño podría llegar a conocer a la familia de éste, y familiarizarse con su barrio, si lo acompaña desde la escuela hasta su casa. De este modo, los niños de más edad, al igual que los adultos que participan en el programa, conocerían de primera mano las condiciones en que viven los miembros de su comunidad." (Bronfenbrenner 1987).

Ejemplo 4. (exosistema): Creación de una Concejalía de la Infancia en el Ayuntamiento de Coslada.

Se trata de una iniciativa que desde el orden político pretende modificar y aumentar la capacidad de respuesta hacia los menores en el marco global de la ciudad.

Las acciones son de distinta índole y toman como eje la participación de los propios niños generando propuestas de cambio y mejoran las condiciones de vida. Desde el diseño de la política social municipal se trataría de "tener en cuenta" a los niños como ciudadanos a la hora de tomar decisiones en todos los aspectos de la cuestión municipal, directos o indirectos.

La propuesta de una "ciudad vividera" que se propone entroncar con la formulación de "ciudad educativa" de ya larga trayectoria en la pedagogía.

BIBLIOGRAFIA:

- ARANGUREN, J. L. y otros. (1983). Infancia y sociedad en España. Esperia. Madrid.
- AUSTER P. (1990). La invención de la soledad (novela) Edhasa. Barcelona.
- AYUTAMIENTO DE COSLADA (1992). Manifiesto de la infancia.

- BETTELHEIM, B. (1977). Psicoanálisis de los cuentos de hadas. Crítica. Barcelona.
- BRONFENBRENNER, U. (1987). La ecología del desarrollo humano. Paidós. Madrid.
- BRONFENBRENNER, U. (1991). Las ciudades son para las familias. Documento fotocopiado.
- COLOM, A. J. (1987). Modelos de intervención socio educativa. Narcea, Madrid.
- COLOMBO, F. (1976). Televisión: la realidad como espectáculo. Gustavo Gili. Barcelona.
- DAHRENDORF, R. (1983). Oportunidades vitales. Espasa Calpe. Madrid.
- DONATI, P. Y LUCAS A. (1987). La política social en el estado de bienestar: el desafío de los sistemas complejos. Revista Española de investigaciones sociológicas. nº 37. Madrid.
- DONZELOT, J. (1979). La policía de las familias. Pre-textos, Valencia.
- ELKONIN, D. (1985). Psicología del juego. Visor. Madrid.
- ENZENSBERGER, H. M. (1991). Mediocridad y delirio. Anagrama. Barcelona.
- FREUD, S. (1919). Obras completas: Pegan a un niño. Biblioteca Nueva. Madrid. 1973.
- FREUD S. (1930). El malestar en la cultura. Alianza. Madrid, 1970.
- GARCIA BENITEZ, A. (1988). El folclore infantil andaluz. Biblioteca de la Cultura andaluza. Sevilla.
- GOFEMAN E. (1961). Estigma. Amorrortu. Buenos Aires.
- HARRIS, M. (1990). Antropología cultural. Alianza. Madrid.
- LEWIS, O. (1961). Antropología de la pobreza. F.C.E. México D.F.
- MILLER, A. (1985). El drama del niño dotado. Tusquets editores. Barcelona.
- NUÑEZ PEREZ, V. (1990). Modelos de educación social en la época contemporánea. PPU. Barcelona.
- QUINTANA CABAÑAS, J. M. (1986). La profesionalización de la pedagogía social. En Revista de pedagogía social nº1. (1986) Edit. Universidad de Murcia.
- RICO L. (1992). Antropología histórica de la familia. Taurus. Madrid.
- ROJAS-MARCOS L. (1992). La ciudad y sus desafíos: Héroes y víctimas. Espasa. Madrid.
- SEGALEN, M. (1992). Antropología histórica de la familia. Taurus. Madrid.
- STANGERUP, H. (1991). El hombre que quería ser culpable. (novela). Tusquets. Barcelona.
- TRILLA, J. (1986). La educación informal. PPU. Barcelona.
- WINNICOTT, D. W. (1972). Realidad y juego. Granica Editor. Buenos Aires.
- ANANIECKI, F. (1934). Principios para la selección de datos culturales. En Revista Española de investigaciones sociológicas. Madrid. 1993.

FILMOGRAFIA.

- LAUZON J. C. (1992). Léolo.
- WEIR P. (1989). El club de los poetas muertos.

LA EDUCACION SOCIAL: SISTEMAS DE PROTECCION

OSKAR IGNACIO EKAI PAGOTO

I.- INTRODUCCION.

Es mi deseo fundamentar esta exposición en mi experiencia como Educador Social. En las bases teóricas que me sirven de apoyo en el trabajo que desarrollo con menores, sus familias y la comunidad, en los aportes que la gestalt hace a la intervención social, como un enfoque novedoso, global y holístico del trabajo educativo.

Es mi intención aportar la reflexión y análisis que he realizado en mis espacios de supervisión con otros profesionales de los diferentes procesos con los que nos encontramos (vacíos, necesidades, dificultades, etc...), para llevar a cabo día a día el trabajo con menores en los diferentes niveles de prevención y sistemas de protección, ya que, nosotros los Educadores Sociales, que estamos trabajando en los diferentes sistemas de protección, estamos llevando a cabo una labor educativa con niños que están en situación de conflicto, con ellos y con el entorno, fundamentalmente porque las necesidades más básicas, las que estructuran la personalidad del individuo, no las tienen cubiertas.

La clave de los menores con problemas está principalmente en la sociedad, que tiene hoy unas características que resultan negativas, en muchos casos de modo grave:

- 1) Es una sociedad del consumo por el consumo, que todo lo mide por un precio material y convierte incluso a las personas en un objeto.
- 2) Una sociedad que sólo valora la cantidad y el número, olvidando la calidad.
- 3) Es una sociedad de lucha competitiva inhumana;
- 4) Es una sociedad que desarrolla un prosaísmo horizontal que no satisface los diversos niveles humanos del hombre (Maslow). En esta sociedad no hay sitio para los menores. No sabe dónde ubicarlos, sobre todo a los adolescentes, cuya edad, por otra parte, prolonga hasta límites insospechados.

Un reciente estudio sobre el Maltrato infantil realizado en Alemania calcula que 300.000 niños sufren maltrato. De esos 1.000 pueden ir a granjas o jardines de infancia, no hay recursos para los demás.

En el Estado español 40.000 menores salen de casa al año por abuso



físico y psíquico, ¿cuántos de estos niños tienen contacto con los Servicios existentes?

Ante este panorama quiero poner como base de mi reflexión y como elemento principal al menor. Al niño/a entendido como una persona, como un ser global e íntegro, que tiene un desarrollo en el cual influyen muy diversos y muy complejos factores (individuales, familiares, sociales, psicológicos, etc...), que hay que tener presente, para llevar a cabo el trabajo socio-educativo.

Mi interés, en esta comunicación, es profundizar en cómo desarrolla el Educador Social ese trabajo, cuáles son sus funciones principales y cómo lleva a cabo su intervención socio-educativa y bajo qué techos teóricos se ampara.

II.- LA INTERVENCION CON MENORES: FILOSOFIAS Y SISTEMAS.

* 2.1.- El trabajo con el menor desde una perspectiva holística.

Plantear el trabajo con el menor desde una perspectiva holística, nos debe llevar a pensar, decidir y ver a éste como la persona que es. Sabemos, y somos conscientes, que los adultos, la mayoría de las veces, por no decir la totalidad, tratamos a los menores como menores, como faltos de responsabilidad de derechos y de deberes y nos olvidamos, casi siempre, de cuál es nuestra tarea, como personas adultas: ubicar las responsabilidades, los derechos y los deberes al grado que le corresponde a un menor, no minimizarlos ni anularlos.

La realidad actual en el panorama MENORES nos sitúa en dos grandes "clasificaciones" de éstos: primero, los que tienen una estructuración de vida que les permite asumir la graduación de derechos y deberes anteriormente citada y segundo, los que tienen falta de esa estructuración de vida por hallarse ésta en constantes situaciones de conflicto. Es con estos segundos con los que hay que intervenir prioritariamente, sin olvidarse de los primeros, mediante una tarea que englobe todos los aspectos configurativos del desarrollo de la personalidad (sociales, afectivos, familiares, relacionales, biológicos, psicológicos, educacionales...). Dicha tarea, dada la complejidad desde la que hablamos -la estructuración de la vida de una persona- no ha de ser menos compleja y por ello ha de estar planteada desde la implementación de diferentes disciplinas, desde la interdisciplinariedad que configuran los distintos aspectos mencionados anteriormente.

Con ello quiero plantear que en ningún momento ha de existir una actuación profesional aislada si no forma parte del complejo bloque de la interdisciplinariedad, ya que si es así, lo único que lograremos será focalizar el síntoma y no la causa de esa realidad integral que envuelve a ese menor en ese momento de su vida.

* 2.2.- La Gestalt como marco teórico.

La intervención social es aquella acción profesional, en este caso la del Educador Social, que apoyándose en un proceso metodológico y una refle-

xión teórica sobre la persona y la realidad social, incide en individuos, grupos y comunidades a través de técnicas y procedimientos adecuados con la finalidad de facilitarles la toma de conciencia sobre su propia realidad y aportarles las herramientas necesarias para que puedan transformarlas de manera que cubra sus necesidades.

Desde mi formación como Educador Social y como Terapeuta Gestáltico y Bioenergético siempre he enfocado, desarrollado y experimentado el trabajo Social y educativo desde una perspectiva Gestáltica.

La gestalt, para aquella persona que no la conozca, nos habla del individuo como un organismo que se manifiesta a tres niveles: corporal, emocional y mental. El individuo es coherente en la medida en que estos tres niveles están integrados. De esta forma es capaz de vivenciar, tomar conciencia y pasar a la acción. Así es como puede cubrir sus necesidades. Esta integración da paso a un cuarto nivel más complejo la creatividad.

Podríamos decir así mismo, apoyándonos en la doctrina holística que la comunidad es una totalidad que se manifiesta en los cuatro niveles citados en el párrafo anterior.

En este sentido, formulamos una tipología de necesidades que engloban a dichos niveles.

1.- Necesidades estructurales o físicas. Serían las necesidades fisiológicas y las necesidades de seguridad.

2.- Necesidades afectivas o emocionales. Incluirán las necesidades de amor, afecto, pertenencia.

3.- Necesidades intelectuales. Serían las que Maslow llamó "necesidades de autoestima o estima de otros".

4.- Necesidades culturales y de creación. Se darían aquí las necesidades de expresar creativamente y actuar sobre el entorno modificándolo de forma innovadora. Las necesidades de auto realización.

Así mismo de esta tipología de necesidades extraemos sus aspectos básicos:

A.- El primero lo forman aquellas necesidades que emergen de los diferentes niveles del individuo, grupo o comunidad. El afrontarlas conduce a la maduración, al crecimiento y el saber manejarse para darles respuesta, es lo que llamó Perls autosoporte.

B.- El segundo lo constituyen aquellas "necesidades" producto del sistema económico en el que estamos inmersos y tendrían que ver con los aspectos más inmaduros del individuo, grupo o comunidad. No sólo no ayudan al desarrollo del proceso de maduración, sino que alejan al que lo intenta del contacto con sus necesidades "reales".

Dos sentidos tiene la intervención en los aspectos que hemos mencionado del grupo y la comunidad.

1.- Intervención desde sus aspectos internos: Dicha intervención consistiría básicamente en facilitar al grupo y comunidad la integración de sus

polaridades, es decir, la aceptación e integración de los diferentes individuos o grupos que representen esas polaridades.

2.- Intervención desde la interrelación con el exterior: Desde este aspecto, la intervención debería ir dirigida a establecer la "homeostasis" de la comunidad. Esto incluiría tanto la capacidad de transformación del equilibrio interno y la creación de un nuevo equilibrio, como la capacidad de manipular el ambiente para obtener recursos que proporciona. Es necesario una actitud de apertura que posibilite la interrelación.

La gran herramienta que disponemos, es, por supuesto el "ciclo gestáltico" o "ciclo de satisfacción de necesidades", que expongo los puntos que siguen:

1.- PERCEPCION: Sensibilizar al individuo, grupo o comunidad (I/G/C) sobre su situación aquí y ahora.

2.- CONCIENCIA: Facilitar la toma de conciencia del I/G/C de su realidad interna, de la forma que se relaciona con el exterior y de sus necesidades.

3.- ENERGETIZACION: Ver dónde se genera la energía necesaria para potenciarla de forma que se extienda a la realidad del I/G/C.

4.- ACCION: Fase básica del acompañamiento, y de contención.

5.- CONTACTO: El individuo, el grupo o la comunidad son los únicos protagonistas de su proceso de cambio, sólo de lo que haga de forma autónoma depende su maduración.

6.- CONSUMACION: No permitir que el I/G/C, se retire antes de tiempo o se quede "pegado" en la cobertura de la necesidad.

7.- RETIRADA: Es el cierre de la acción, la despedida, que permite el paso a una nueva necesidad.

El "perfil profesional", del Educador Social, deberá tener en cuenta su papel de espejo amplificador del I/G/C. No puede "descubrirles" nada, solo puede facilitar el proceso, acompañar.

Es importante estar "vacío", despojarse de los prejuicios, abandonar las ideas preconcebidas, sin pretender "saber lo que pasa" a cada paso.

Otra condición, es tener una completa información del I/G/C desde sus cuatro niveles, a través de una observación sistematizada o la penetración intuitiva (hemisferio izquierdo y derecho).

El conocer profundamente el sistema social en el que estamos inmersos, sus resortes y mecanismos, sus recursos y sus limitaciones, sus "reglas del juego" van a favorecer las informaciones para que el I/G/C llegue a conocer su realidad más amplia y a satisfacer sus necesidades.

Es indispensable que el profesional haya alcanzado un cierto grado de madurez tanto de sus aspectos personales como sociales, es decir, ser consciente de sus introyectos culturales de manera que pueda distanciarse y trabajar objetivamente.

La creatividad, sustenta toda intervención socio-educativa. La apertura a la experiencia y la capacidad de dar respuesta creativa a lo que sucede y no a lo que se sabe nos posibilitará la intervención en una realidad sobre la cual tenemos tan escasos conocimientos.



* 2.3.- Sistemas de Protección en los diferentes niveles de prevención.

Si entendemos como sistemas de protección aquéllos cuyo objetivo y función fundamental es la de proteger a los menores, entendemos que su interés tendrá que centrarse siempre en el menor y a partir de él.

Para organizar bien los diferentes sistemas de protección del menor tenemos en primer lugar que comprender bien su realidad: en su barrio, en su entorno y en su ambiente; y en sus problemas íntimos de carácter psíquico.

Por eso se hace preciso vivir la problemática de ese ambiente en el que vive y ha vivido; y considerarle como una persona concreta, sin caer en el error de una clasificación abstracta que hace olvidar muchas veces ese núcleo que constituye la persona íntima del menor.

Creo que en esta sociedad individualista, en la que se han perdido muchos de los valores solidarios, colectivos y comunitarios, no conocemos y no nos interesa conocer los intereses, las inquietudes del menor, no nos paramos a hablar con él, perdón, a escucharle, a sentir con él, a emocionarnos con él, a conocer sus opiniones, sus necesidades, sus anhelos, a tratarlo como persona que es; es difícil así, tener unos sistemas de protección adecuados, que no estén estructurados desde arriba, que no respondan más a intereses profesionales o de otro tipo (generalmente económicos), que a los intereses del menor, que necesita más el fomento de programas educativos, de potenciar de valores más humanos, de prevención en la comunidad, sin escuchar a los profesionales que allí trabajan con el menor,

partiendo de una estructura jerárquica horizontal donde realmente predominen las necesidades del menor y los profesionales de base.

Quiero exponer a modo de pequeños apartados algunos de los puntos o cuestiones donde creo que puede estar el debate, haciendo un análisis general de los problemas, conflictos y vacíos con que nos encontramos los Educadores Sociales y otros profesionales en la realidad en la que se enmarca la tarea educativa con los menores en los sistemas de protección.

- El trato hacia el menor como irresponsable, excluyendo de éste toda marca de respeto hacia su persona.

- La administración no da respuesta a las necesidades de todos los menores y la que da, a veces, no es la adecuada.

- Los casos de maltrato que se detectan en los servicios sociales han sido detectados, años antes en los centros educativos y en los centros de atención primaria de salud, existiendo una pasividad o miedo a intervenir, con la cual ésta se hace tarde.

- Otro hecho es el proceso que siguen algunos menores que de instituciones asistenciales (adopción, acogimiento familiar, centros...), pasan a las instituciones de justicia.

- Similar proceso puede observarse en menores que de la Justicia de Menores o de las Instancias de Protección en gran medida, reciben el "billete" de acceso a las Instancias Judiciales.

- Actualmente no existen recursos suficientes para la atención social y educativa de los menores que llegan a los Juzgados de Menores. Incluso las medidas que contemplan las disposiciones legales no se pueden aplicar, teniendo que sentenciar intervenciones a sabiendas de que no es bueno para el menor. Recursos escasos, utilización no racional y nula coordinación entre ambos. Estos son más escasos aún, cuando se trata de mujeres menores.

- La sociedad mantiene una falta de responsabilidad y de información ante la realidad del menor, ello conlleva a las actitudes de control y represión ("más policía", "encerrarlos"...).

- Los profesionales que trabajan en el sector manifiestan su insatisfacción por la insuficiencia, inadecuación y descoordinación de los recursos de prevención y tratamiento existentes. De manera especial viven algunos la inexistencia de apoyo al menor, en la red de servicios públicos, a su salida de la institución. No siendo conscientes, en su mayoría, de su propia inactividad para lograr el cambio de la situación que denuncian.

Concretando un poco este análisis desde cada uno de los servicios y en cada una de los niveles de prevención podemos decir que:¹

NIVELES SIST. PROTC.	PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCIARIA
BIENESTAR SOCIAL	* SS. BB.	* SS. BB. * Administración de menores * Juzgados de menores	* SS. BB. * Adopciones * Centros de acogida * Residencias * Libertad vigilada * Familias de acogimiento
EDUCACION	Enseñanza obligatoria	* Granjas Escuelas F. P. compensatoria	* Granjas Escuelas
SALUD	Atención Primaria	Atención primaria Médicos de familia Urgencias * Centros de salud mental	

* 2.4.- Programa Geroa: una filosofía de trabajo, inmersa en diferentes sistemas de protección.

2.4.1.- Introducción y filosofía.

GEROA-94 es un PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN que trata de evitar la aparición de patologías emocionales y conductuales de muy difícil solución una vez ya implantadas, o de corregirlas en sus inicios, detectando sus primeras señales.

Para ello, propone intervenciones integrales y globales sobre la población infantil y puberal de una comarca.

Está auspiciado por los propios profesionales de los campos de la Salud, Servicios Sociales, y Educación, muchos de ellos integrados en los Servicios Públicos, que intervienen en dicha población, en razón de lograr una mayor eficacia y eficiencia de sus tareas.

Sus principios básicos son:

- La utilización optimizada de todos los recursos existentes en la comunidad.
- La coordinación de acciones y esfuerzos, e integración de los mismos.
- La formulación de objetivos globales comunes.
- La evaluación del trabajo realizado y de sus resultados.

El Programa GEROA nace en el año 1990 como respuesta a las necesidades observadas por los profesionales de Servicios Sociales, Educación, Salud y Salud Mental de Burlada Villava y Huarte.

Definimos la filosofía de Geroa como:

" Un grupo de profesionales motivados por un estilo de trabajo diferente, basado en un trabajo multidisciplinar e interdisciplinar de diferentes servicios coordinado, con un planteamiento técnico y metodológico específico"

El trabajo está dirigido a familias que tienen niños entre 0 y 18 años, con un doble objetivo:

- 1.- Actuar sobre la población desde el momento mismo de su nacimiento para lograr niveles de salud y bienestar y evitar la aparición de patologías, especialmente de tipo emocional y conductual con todas las derivaciones escolares, familiares y sociales.
- 2.- Coordinar y utilizar de manera eficiente y eficaz todos los recursos ya existentes en la comunidad.

Desde una visión integradora, global, supone estimular a los profesionales de intervención para que sirvan de referencia global, que asuman inicialmente los problemas que les plantean las personas que les llegan y que después si es necesario, se pongan en contacto con otros profesionales, pidan ayuda, apoyo, supervisión, recursos para entre todos poder dar una respuesta específica y a la vez global, basada en el derecho de todos los ciudadanos a existir dignamente.

2.4.2.- Delimitación.

- 1.- Ambito comarcal, mancomunado: poblaciones de Burlada, Villava, Huarte-Pamplona y valles de Ezcabarte y Egüés.
- 2.- Población infantil y puberal desde el nacimiento hasta los 18 años y, preferencialmente desde los 0 a los 12 años, y dentro de ellos, "casos" problemáticos.
- 3.- Implicación de todos los profesionales que intervienen en dicha área con la población diana, en colaboración con las administraciones locales y otras entidades de la zona.

2.4.3.- Casuística.

Hasta el momento, y como resultado de las reuniones mantenidas con todos los profesionales de los centros y entidades de la zona, se han CENSADO CIENTO SESENTA Y CINCO CASOS. (100 de Burlada; 41 en Villava, y 24 en Huarte-Pamplona).

En la evaluación de los casos realizada en este mes se han observado que de los 65 casos trabajados (41 %), no ha empeorado ninguna situación conflictiva o problemática, 12 (18,4 %) no han tenido variación por diversas

dificultades, 14 (21,5 %) han tenido alguna mejoría, 14 (21,5 %) bastante mejoría, 17 (26,3 %) mucha mejoría y 8 (12,3 %) han salido del programa.

La experiencia acumulada hasta el momento, de acuerdo con las opiniones expresadas por los profesionales de los diversos servicios en las reuniones mantenidas al efecto, es positiva y los frutos (parciales) obtenidos hasta ahora se explicitan en los siguientes puntos:

- Facilitación de la labor de los distintos profesionales intervinientes.
- Conocimiento más global e integral de cada caso y de sus derivaciones a otras áreas por parte de cada uno de los profesionales que colaboran en el mismo.
- Mayor agilidad y eficacia en la gestión de ayudas complementarias (educadores familiares, para casos concretos).
- Mayor coordinación y uniformidad de criterios y objetivos.
- Aumento del índice de retención de los casos.
- Seguimiento de los casos unívocos, sin visiones parcializadas de los mismos.

Fruto de ello, ha surgido una actividad secundaria del Programa Geroa que los profesionales asumen como propia: el estudio de necesidades en el campo y búsqueda de posibles soluciones a las mismas.

El Programa Geroa no pretende incorporar la resolución de estas necesidades a sus fines, sino que se reserva la tarea cívica y voluntaria, de elaborar informes y propuestas acerca de los temas que puedan aparecer y hacerlos llegar a las autoridades e instituciones competentes para que éstas actúen como mejor juzguen, siempre en el ánimo de contribuir a una mejor atención a los grupos de riesgo.

III.- EL EDUCADOR SOCIAL: Su tarea educativa.

* 3.1.- Reflexión sobre mi práctica como Educador Social.

Me pongo delante de esta hoja de papel con la intención de expresar algunas de las ideas y sentimientos que fluyen de mi interior y que me gustaría compartir con todos vosotros, en torno a mi experiencia personal en el Trabajo como Educador Social, en el área de menores, en los sistemas de protección existentes para ellos.

La verdad es que cuando se me brinda la oportunidad de escribir sobre mi profesión me resulta, todavía, una tarea ardua, complicada y difícil.

Creo que somos todavía pocos los Educadores Sociales que nos hemos parado a buscar espacios, de supervisión, donde poder reflexionar sobre la práctica educativa que estamos realizando y después escribirla para que otros la conozcan, espero que la puesta en marcha de la Diplomatura en estos últimos años favorezca este proceso.

Siento que mi crecimiento como Educador Social y como persona ha sido un proceso pequeño, en el tiempo, pero intenso y enriquecedor que ahora empieza a dar algún resultado, en estos momentos, siento cómo

estoy superando un obstáculo más, me siento un alpinista introduciendo las primeras clavijas vacilantes y sudorosas para poder ascender un paso más en la montaña.

Desde que en 1984 entré en la Escuela de Educadores Especializados de la Fundación Bartolomé de Carranza en Pamplona hasta la actualidad, llevo oyendo que los Educadores tenemos que escribir, que es necesario que digamos cómo trabajamos, cuáles son nuestras herramientas de trabajo, cuáles nuestros espacios de reflexión donde se dan nuestros procesos de crecimiento como personas y como profesionales que van a favorecer los propios procesos de las personas con las que trabajamos y más en concreto en el terreno de los menores. Estas y otras frases resonaban en mi interior, produciéndome escalofríos y algún que otro movimiento de tripas.

Desde hace nueve años estoy trabajando en diferentes programas como Educador Especializado/Social en contacto con niños, sus familias y en/con los diferentes sistemas de protección que existen para atender, en sus diferentes niveles, las situaciones problema de los menores.

Es un nuevo reto para mí el poner por escrito las reflexiones y análisis que hago de mi praxis como Educador Social, en los espacios de supervisión y exponerla en este foro de debate, aportando lo que para mí es el trabajo del Educador Social, que enriquece y como estructura el trabajo educativo a los menores en los diferentes Sistemas de Protección y por extensión a las personas con las que desarrolla su tarea educativa.

3.2.- Definición del educador.

En estos momentos en los que diferentes profesiones como la del Educador especializado, Animador Socio-cultural, Educación de Adultos han confluído en una sola la del EDUCADOR SOCIAL, habrá que tener presente la variedad de referentes teóricos que se pueden aportar para definir e investigar el campo de acción, las funciones, etc..., del Educador Social.

Tendremos que tener en cuenta errores cometidas por otras profesiones, aprender de ellos y no ser los defensores de la educación social, ni creernos con el poder de que ser los únicos capaces de hacer Educación Social. Sería un lamentable error.

Hoy, ahora, los Educadores Sociales, teniendo presente la actual estructura de nuestra sociedad, la complejidad de sus problemas y las dificultades que existen para solucionarlos o minimizarlos; tendremos que ser un profesional más del Trabajo Social, que desarrolle su tarea educativa en el contacto directo con las personas, grupos y comunidad y que favorezca su crecimiento y desarrollo.

Quiero utilizar la definición que la Federación Estatal de Asociaciones Profesionales de Educadores Especializados, próximamente Educadores Sociales, realizó en el año 1988, que es la más cercana para mí.

"El Educador Social es el profesional de la educación, de atención directa que trabaja en el marco de la vida cotidiana, con sujetos grupos y comunidad, que por diversas causas: físicas, psíquicas y sociales, se encuentran en situaciones de riesgo y dificultad consigo mismo y con el

entorno inmediato. El trabajo del Educador Especializado es el de potenciar el desarrollo de los recursos del sujeto que faciliten su inserción social activa y facilitar su circulación en un entorno comunitario cada vez más amplio".²

3.3.- Perfil Profesional.

Generalmente debemos enmarcar la acción del Educador Social dentro de un equipo interdisciplinar, de una institución, etc., por tanto no podemos hablar con propiedad de que determinadas funciones u objetivos sean patrimonio del Educador Social, pero adoptando una perspectiva amplia, debemos destacar una característica de sus funciones y que es la cercanía a los sujetos y grupos; de tal forma que en muchos momentos es el instrumento de intervención más próximo a la vida cotidiana de los sujetos.

Por tanto, aunque es un profesional del Trabajo Social, la especificidad de sus funciones implican que se maneje adecuadamente en la relación próxima con los sujetos y grupos, y en el desempeño de tareas educativas con ellos.

3.4.- Funciones generales del educador.

* FUNCION DE CONOCIMIENTO

- Contacto con la realidad.

* FUNCION DE PODER

- Maniobra respecto a la realidad.

* FUNCION DE SELECCION

- Opción respecto de la realidad.

* FUNCION DE SINTESIS

- Integración de la realidad.

Creo en todos los ámbitos de trabajo del educador social éste debe tener en cuenta para el desarrollo de sus funciones estos puntos básicos:

- 1.- Trabajar a partir del conflicto. Elaboración de la frustración.
- 2.- Mantener una actitud constante de observación y de escucha.
- 3.- Cualificar la convivencia a través de la distancia óptima.
- 4.- Llevar la dirección de la relación educativa manteniendo la actitud de escucha hacia el otro. Inicio de un proceso educativo.
- 5.- Partir siempre de los aspectos positivos de la persona.
- 6.- Constancia en la tarea educativa.
- 7.- Diferenciación del:
 - Tiempo institucional.
 - Tiempo del/la profesional.
 - Tiempo del/la menor, grupo, etc...
- 8.- Elaboración de las separaciones.



IV.- BIBLIOGRAFIA.

- Aguinaga, J. y Comas, D.: "Estereotipos Sociales ante la Victimación, el Delito y el Delincuente Juvenil". En Menores N.11-12. Dirección General de Protección Jurídica del Menor. Madrid. Septiembre-Diciembre 1988.
- Alvira, F. y Canteras, A.: Delincuencia y Marginación Juvenil. Ministerio de Cultura. Madrid. 1985.
- Cobo Medina, C.: "Algunas consideraciones sobre la Protección a la Infancia en España". En Menores. Año 1. Nº 2. Dirección General de Protección Jurídica del menor. Madrid. Marzo-Abril 1984.
- Funes Artiaga, J.; González Zorrilla, C.: "Delincuencia Juvenil, Justicia e Intervención Comunitaria". En Papers destudis i Formació N.2. Departament de Justicia - Generalitat de Catalunya. Barcelona. Julio 1987.
- Movilla Alvarez, C.: "Jurisdicción de Menores y Constitución". En Los Problemas del Menor Inadaptado y Marginado Socialmente. Consejo Superior de Protección de Menores. Madrid. 1983.
- Prieto Sanchis, L.: "Los Derechos Fundamentales y el Menor de Edad". Varios autores: Los problemas del Menor Inadaptado y Marginado Socialmente. Consejo Superior de Protección de Menores. Madrid. 1983.
- Paul Watzlawick: Teoría de la comunicación. Cambio. El Lenguaje del Cambio. Ed. Herder.
- Perls F. (1982): "Sueños y existencia", "El enfoque gestaltico", "Testimonios de terapia" Cuatro Vientos, Santiago de Chile 1969 y 1973.
- Zinker, J. (1977): "El proceso creativo en la terapia gestáltica", Paidós, Buenos aires.
- Carmen Vázquez Fernández (1989): La intervención Social. Un enfoque gestáltico, Boletín 9 y 10 de la AETG.
- Pioneros, educación en libertad: Un modelo de intervención en medio abierto. Ed. Popular, Madrid 1989.
- Vicente Rubio Larrosa: Estudio de carencias afectivas y la posible influencia negativa futura. Dirección General de Protección Jurídica del Menor. Ministerio de Justicia 1985.
- Violeta M. Núñez Pérez: Modelos de Educación Social en la época contemporánea. PPU, Barcelona 1990.
- Faustino Guerau de Arellano: La vida pedagógica. Roselló Impressions, Barcelona, 1985.

¹ Sistemas de Protección de menores donde trabajan Educadores Sociales.

² En la actualidad esta definición, se está adecuando en el ámbito profesional y formativo.

A.P. 4

LA PRACTICA DE LA PSICOLOGIA Y EL MALTRATO INFANTIL

INTRODUCCION: ILDEFONSO PEROJO PEREZ

La problemática del maltrato infantil se puede abordar desde diversas perspectivas: medida, psicológica, jurídica, etc.; pero básicamente es competencia de las redes de protección a la infancia y más concretamente es desde la red de servicios sociales desde donde se trata de prestar atención al niño/a que sufre malos tratos.

El Psicólogo poco a poco se ha ido ubicando dentro de la red de servicios sociales, pasando a desempeñar un papel ceñido al marco clínico, siendo utilizados como consultantes o derivación, a participar en el diseño y ejecución de programas de diversa índole, entre ellos los destinados a la infancia.

Entre los dispositivos en que el Psicólogo realiza su práctica profesional destacan los de segundo nivel o servicios sociales especializados, formando parte de equipos interdisciplinarios que básicamente diagnostican e intervienen sobre la problemática de los niños/as que se encuentran en riesgo social o alto riesgo social, entre ellos niños/as que sufren o han sufrido malos tratos (físico o psicológicos). Es en este contexto donde el Psicólogo realiza su práctica profesional en el abordaje de la problemática infantil y más concretamente del maltrato infantil.

Pero el psicólogo no ciñe su actuación sobre la problemática del maltrato infantil en ámbitos de los servicios sociales especializados ya que su intervención se extiende hacia otros servicios en instituciones de protección a la infancia: Centros de acogida, internados, juzgados de menores, etc., así como en el ámbito de la investigación y la formación sobre esta problemática.

A nivel teórico la Psicología ofrece una explicación de por qué se producen y se mantienen los malos tratos a la infancia, en base a estas explicaciones es desde donde se tratan de diseñar técnicas y procedimientos de intervención en las familias en las cuales se produce el maltrato, así como el tratamiento sobre los niños/as maltratados. Pero no hay que olvidar que la erradicación del maltrato infantil en nuestra sociedad pasa por otras intervenciones de carácter más general como son las de carácter preventivo, sensibilización para el cambio de actitudes sociales ante el problema, investigación y formación sobre el tema... etc.; en estos otros niveles de intervención también la Psicología y la práctica profesional del Psicólogo juegan un papel primordial junto al de otros profesionales.

La práctica de la Psicología ante el maltrato infantil encuentra un escollo importante en las escasas ofertas formativas que palien la necesidad de información y formación sobre este tema, requisitos indispensables para una adecuada actuación profesional y que en cierta medida contribuye a la actual situación carencial de recursos especializados en la atención a los niños/as que sufren o han sufrido malos tratos y que en la mayoría de los casos tienen que ser separados de su medio familiar como casi la única respuesta derivada de la actuación del dispositivo tutelar.

A lo anteriormente señalado habría que añadir todas las dificultades que el entramado de la red de protección interpone entre la problemática del niño y su posible solución y que tiene que ver con las dificultades que los técnicos encuentran en la "toma de decisiones", en la coordinación entre distintos servicios, escasa planificación de los recursos..., etc.

Señalar por último que el Psicólogo y su práctica profesional han tomado un papel casi estelar en el abordaje de las intervenciones ante el problema del maltrato infantil, creando unas expectativas que en muchas ocasiones no se corresponden con un desarrollo de métodos y técnicas eficaces para dar respuesta a la compleja problemática del mismo.

LA FORMACION DE LOS PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS DE PROTECCION DEL MENOR: CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGIA

ENRIQUE GRACIA FUSTER

INTRODUCCION.

Los profesionales que trabajan en el ámbito de la protección del menor se encuentran, sin duda, en una posición de extraordinaria responsabilidad. Estos profesionales trabajan cotidianamente con una problemática que encierra una gran complejidad y conlleva un fuerte componente emocional, asumiendo la responsabilidad de tomar decisiones que afectarán la seguridad y el bienestar, actual y futuro, del menor. Determinar la conveniencia de que el menor permanezca en el hogar familiar y, paralelamente, decidir qué tratamiento-intervención puede modificar la dinámica familiar que crea y mantiene los malos tratos o, por el contrario, aconsejar la separación temporal o definitiva del menor de su entorno natural, valorando y anticipando los beneficios y costos asociados con cualquiera de esas y otras decisiones, son ejemplos que ponen de manifiesto las exigencias y responsabilidades asociadas a este rol profesional.

La complejidad del trabajo con niños y sus familias en situaciones de malos tratos, y la importancia e impacto de las decisiones que se toman en este ámbito, exige que los profesionales dispongan de un amplio y sólido cuerpo de conocimientos y habilidades, así como de oportunidades para su actualización periódica. Si los niños maltratados necesitan de la ayuda de profesionales cualificados, los profesionales requieren de una preparación y formación efectiva para optimizar sus recursos y habilidades necesarias para proporcionar ayuda a esos niños.

Un programa de formación, dirigido a profesionales cuyo trabajo se desarrolla en el ámbito de la identificación, intervención y prevención de los malos tratos, debe asumir este planteamiento y responder a esa necesidad de formación, mejora y actualización de conocimientos teóricos y aplicados.

La Psicología puede contribuir a este proceso de formación en tres ámbitos fundamentales:

1. Proporcionando conocimientos acerca de los malos tratos en la infancia (definiciones, teorías, factores de riesgo, indicadores, evaluación, estrategias de intervención y prevención).

2. Mejorando las habilidades en el proceso de identificación, investigación y toma de decisiones.

3. Capacitando para responder con mayor sensibilidad, autoconfianza y de forma más informada ante situaciones de malos trato.

Desde la Psicología, y más en concreto desde una perspectiva psicosocial, este trabajo presenta una propuesta de programa de formación para profesionales en el ámbito de la protección del menor. Este programa consta de cuatro unidades temáticas, las cuales, a su vez, se articulan alrededor de modelos temáticos específicos. Estas unidades temáticas, cuya estructura y contenidos se describirán de forma más detallada posteriormente, son los siguientes:

1. Los malos tratos en la infancia: aspectos conceptuales y teóricos.
2. La identificación de los malos tratos.
3. El proceso de investigación.
4. La intervención psicosocial en casos de malos tratos: tratamiento y prevención.

La estructura del programa, obedece al objetivo de cubrir en su totalidad el proceso de intervención psicosocial en casos de malos tratos, analizando en profundidad sus componentes principales, componentes que corresponden a cada una de las unidades temáticas.

Estas unidades temáticas pueden considerarse, aisladamente, como piezas complementarias e interdependientes, cada una de ellas construyéndose a partir de la unidad precedente, que deben ser conectadas e integradas unas con otras en una secuencia lógica que configura el recorrido a lo largo del cual transcurre el proceso de la protección e intervención en situaciones de malos tratos.

UNIDAD 1. LOS MALOS TRATOS EN LA INFANCIA: ASPECTOS CONCEPTUALES Y TEORICOS.

La unidad temática que abre el programa tiene como propósito proporcionar una introducción teórica y conceptual a fenómeno de los malos tratos en la infancia. A lo largo de esta unidad se examinan aspectos y cuestiones básicas tales como ¿qué es el maltrato infantil? ¿Cómo se definen los malos tratos? ¿Por qué ocurren los malos tratos? ¿Es una consecuencia de psicopatologías individuales, son el resultado de una disfunción familiar o, por el contrario, son el efecto de problemas sociales y factores culturales? No se trata de dar respuestas únicas o respuestas "correctas" a cada uno de estos interrogantes sino, más bien, poner de manifiesto la complejidad y la naturaleza multidimensional de la problemática de los malos tratos en la infancia, así como destacar los puntos alrededor de los cuales se suscita una mayor controversia.

Esta unidad introductoria tiene como objetivo general establecer un marco teórico de comprensión del maltrato infantil cuyo sentido no se agote en los límites de la unidad que lo contiene, sino que, por el contrario,

adquiera relevancia como herramienta conceptual y marco de referencia en el contexto de las posteriores unidades temáticas.

Por otra parte, la realidad de los malos tratos en la infancia no se confronta, tanto profesionalmente como no profesionalmente, desde la neutralidad emocional. Por el contrario, asumir esa realidad, y más aún, el contacto cotidiano con niños maltratados y sus familias, despierta intensas y profundas emociones. La importancia de ser consciente de esos sentimientos y emociones y de reconocer su impacto en la práctica profesional, son, desde nuestra perspectiva, aspectos fundamentales que también merecen ser objeto de análisis y reflexión.

El examen y análisis de los aspectos anteriores configuran cuatro modelos alrededor de los cuales se articula esta unidad.

Módulo 1. La definición del maltrato infantil.

Un problema básico en el ámbito del maltrato infantil, que todavía se plantea en la actualidad, es la ausencia de definiciones ampliamente aceptadas que tengan el potencial suficiente para permitir la comunicación, comparación y generalización de observaciones, acciones y resultados entre los distintos ámbitos y perspectivas desde los que se presta atención a esta problemática.

Los problemas que plantea la definición del maltrato infantil tienen, además, importantes implicaciones prácticas. La forma en que se defina el maltrato infantil puede afectar, por ejemplo, la clasificación de los casos y de su severidad, la toma de decisiones respecto a las acciones, legales y sociales, que deben ser emprendidas (por quién, cómo y en qué momento) e, incluso, la percepción de quién maltrata y de quién es maltratado, por ellos mismos y por los demás.

Este módulo trata de clarificar los principales problemas que plantea la conceptualización del maltrato infantil, con el objetivo último de establecer definiciones operativas de los distintos tipos de malos tratos.

Módulo 2. Los malos tratos en la infancia: explicaciones teóricas.

El objetivo de este módulo es examinar un amplio rango de perspectivas teóricas que han tratado de explicar el fenómeno del maltrato infantil. Se trata de analizar las divergencias y puntos de compatibilidad entre los diversos acercamientos teóricos, su relevancia para la comprensión de distintas formas de malos tratos y los puntos en los que estas teorías entran ideológicamente en conflicto. Las perspectivas teóricas que se han seleccionado se han ordenado a lo largo de una escala que comprende diferentes niveles de análisis:

1. Nivel de análisis individual.
 - El modelo Psicológico-Psiquiátrico.
 - El psicoanálisis (teoría de la seducción y teoría de la fantasía).
 - La teoría del aprendizaje.

2. Nivel de análisis familiar.
 - La teoría de la disfunción familiar.
 - El modelo socio-interaccional.
3. Nivel de análisis sociocultural.
 - El modelo sociológico.
 - La teoría sociocultural.
 - Teorías feministas.
4. Modelos ecológicos (Belsky, Garbarino, Finkelhor).

Módulo 3. Factores de riesgo asociados con los malos tratos en la infancia.

Aunque un factor de riesgo no es una "causa", el conocimiento de los factores, circunstancias o sucesos que pueden precipitar los malos tratos o que hagan su ocurrencia más probable, proporciona una herramienta conceptual útil en el ámbito aplicado. La abundante investigación desarrollada durante casi tres décadas en el ámbito del maltrato infantil ha permitido identificar numerosos correlatos y factores que, al igual que las perspectivas teóricas analizadas en el módulo anterior, pueden ordenarse en diferentes niveles de análisis:

1. Factores individuales.
 - 1.1. Historia de malos tratos en la infancia.
 - 1.2. Características psicológicas de los padres.
 - 1.3. Expectativas y percepciones acerca de los hijos.
 - 1.4. El niño vulnerable.
2. Factores del contexto familiar.
 - 2.1. El maltrato infantil en el contexto de la interacción familiar.
 - 2.2. Conflicto marital.
 - 2.3. Configuración familiar.
3. Factores sociales.
 - 3.1. Estatus socioeconómico.
 - 3.2. Estrés (factores precipitantes).
 - 3.3. Aislamiento social.
4. Factores culturales.
 - 4.1. Aprobación cultural del castigo corporal.
 - 4.2. Actitud hacia la infancia.
 - 4.3. La construcción social del concepto de paternidad.

Módulo 4. El trabajo con casos de malos tratos: la dimensión emocional.

El trabajo con casos de malos tratos requiere no sólo de herramientas

conceptuales o técnicas. El trabajo con niños maltratados y sus familias, independientemente del nivel en que se confronte esta problemática (identificación, investigación, toma de decisiones, intervención...), involucra intensas y profundas emociones y sentimientos e implica, además ideas, actitudes y creencias personales. El objetivo del presente módulo es reflexionar acerca de la importancia de identificar esos sentimientos y emociones y de reconocer su impacto potencial en la práctica profesional.

UNIDAD 2. LA IDENTIFICACION DE LOS MALOS TRATOS.

El eje central alrededor del cual se estructura esta segunda unidad temática es el proceso de detección e identificación de los malos tratos. Si en la Unidad 1 se definían los distintos tipos de malos tratos y se analizaban los factores individuales y la dinámica familiar y social asociada con esta problemática, el objetivo de esta unidad es traducir esas definiciones y conocimientos en habilidades y estrategias prácticas que faciliten la identificación de aquellos signos o indicadores que alerten sobre la posibilidad de que un niño esté siendo objeto de malos tratos, identificación o sospecha que, a su vez, constituye el punto de partida para el proceso de investigación e intervención, aspectos que serán objeto de atención de las posteriores unidades temáticas.

El conocimiento de los principales indicadores físicos, conductuales y emocionales de los distintos tipos de malos tratos es, sin duda, un recurso con un importante valor práctico. No es, sin embargo, un mecanismo simple o libre de errores y, en consecuencia, es necesario tomar en consideración algunos elementos adicionales. Un niño con lesiones o trastornos conductuales o emocionales comúnmente asociados con los malos tratos puede no haber sido maltratado.

Por el contrario, un niño que esté siendo objeto de malos tratos puede no mostrar los signos indicadores "habituales". Esto resulta más probable en casos de maltrato emocional o de abuso sexual donde no siempre pueden encontrarse signos obvios o inequívocos. No se trata pues de elaborar un sistema de diagnóstico configurado a partir de una relación o listado de signos o síntomas, sino de analizar el potencial de estos indicadores como información útil que sugiere o indica la posibilidad de que un niño esté siendo objeto de malos tratos.

Las personas que están en contacto frecuente con el niño se encuentran en una situación privilegiada para identificar los primeros signos o indicios que señalan la eventualidad de que un niño esté siendo maltratado. Esta unidad concluye, así, con el análisis del rol que pueden desempeñar los profesionales, que por las características de su trabajo se encuentran próximos al niño y a su realidad familiar, en la identificación y detección precoz de los malos tratos. El análisis del proceso de identificación precoz de los malos tratos.

El análisis del proceso de identificación de los malos tratos se ha estructurado en tres módulos.

Módulo 1. Características de los distintos estadios de desarrollo evolutivo.

Para una adecuada comprensión del impacto de los malos tratos en la infancia es importante considerar al niño y a su familia desde la perspectiva de lo que es "normal" en el crecimiento y desarrollo infantil. Un conocimiento básico de las características más importantes de los distintos estadios del desarrollo evolutivo del niño es particularmente relevante para interpretar adecuadamente los indicadores físicos, conductuales y emocionales del maltrato infantil, así como para reconocer patrones anormales en el desarrollo. El objetivo de este módulo es proporcionar información básica acerca de los aspectos fundamentales que caracterizan los distintos ámbitos del desarrollo (físico, psicomotor, lenguaje, competencia social) en diferentes periodos de edad:

Módulo 2. Indicadores físicos, conductuales y emocionales de los distintos tipos de malos tratos.

El objetivo de este segundo módulo es analizar los principales indicadores (físicos, conductuales y emocionales) que pueden advertir o alertar sobre la posibilidad de que un niño esté siendo objeto de malos tratos.

Dos aspectos reciben una especial atención en el desarrollo de este módulo. En primer lugar, las particularidades y problemas asociados con la identificación de las distintas formas de maltrato. Si bien en el maltrato físico los daños son a menudo visibles incluso para un observador no entrenado, los indicadores de la negligencia pueden pasar más fácilmente desapercibidos. Por otra parte, los indicadores conductuales y emocionales son los principales indicadores externos de los malos tratos emocionales y, con frecuencia, también de los abusos sexuales, puesto que los indicadores físicos no siempre se encuentran presentes o pueden ser difíciles de observar en condiciones normales. En este sentido, es importante prestar atención a combinaciones, regularidades o patrones de indicadores, así como a otras informaciones acerca del niño y de las circunstancias familiares. Y, en segundo lugar, la importancia de tomar en consideración los elementos que diferencian los daños que pueden ser accidentales de aquellos que pueden ser no accidentales, así como las posibles explicaciones alternativas.

Módulo 3. La detección precoz del maltrato infantil: el rol de los profesionales.

El maltrato infantil, sin que necesariamente alcance formas severas o dramáticas, e incluso en sus formas menos evidentes (maltrato emocional), es un suceso "visible" que puede ser identificado por persona que se encuentran en contacto frecuente con el niño (profesores, vecinos, amigos u otros familiares). Este hecho tiene importantes implicaciones para la prevención y detección precoz del maltrato infantil. Una mayor educación y trabajo se encuentran próximos al niño y a su realidad familiar (profesores, trabajadores sociales, médicos, puericultores, psicólogos, educadores...), así

como una mayor coordinación entre ellos y los distintos estamentos responsables de la protección del menor, puede permitir la identificación de casos de maltrato antes de que su gravedad alcance niveles extremos o intolerables, lo que dificultaría o imposibilitaría casi por completo mantener la unidad familiar. De esta forma se abriría la posibilidad de intervenir y proporcionar el apoyo necesario al niño y a la familia en un estadio en que la situación familiar puede llegar a modificarse.

UNIDAD 3. EL PROCESO DE INVESTIGACION.

La investigación, que se inicia con el descubrimiento, sospecha o denuncia de los malos tratos, puede definirse como un proceso de búsqueda de hechos, recogida de información y toma de decisiones, cuya meta final es asegurar la protección del niño. Determinar la evidencia y severidad de los malos tratos y establecer el estatus de riesgo actual del niño, así como la probabilidad de que sea objeto de malos tratos en el futuro, son los objetivos fundamentales del proceso de investigación, cuya consecución proporcionará las bases actuales que guiarán el proceso de toma de decisiones acerca de las medidas, acciones o intervenciones que mejor garanticen la protección, seguridad y bienestar de niño.

Tomar decisiones que afecten la vida, la salud y el bienestar de un niño es, sin duda, una labor difícil y estresante, incluso en las mejores circunstancias y condiciones.

Dada la naturaleza crítica y las limitaciones temporales de la investigación en casos de maltrato infantil, con frecuencia es necesario tomar importantes decisiones en periodos breves de tiempo y basándose en una información muchas veces imperfecta o incompleta. No obstante, la calidad de las decisiones se encuentra relacionada directamente con la calidad de la información sobre las que éstas se basan. Por consiguiente, es necesario adoptar, en el proceso de investigación y toma de decisiones, un acercamiento sistemático y estructurado que posibilite reunir suficiente información, que asegure su fiabilidad y relevancia y que, por tanto, permita tomar decisiones sólidas y bien fundadas.

Las decisiones correctas son el resultado de la convergencia de técnicas de investigación apropiadas, una adecuada documentación, una correcta valoración de la evidencia y una evaluación afectiva de las condiciones de riesgo. El objetivo de la presente unidad temática es analizar esos elementos y proporcionar un marco sistemático y estructurado que oriente la investigación y toma de decisiones en casos de maltrato infantil. Esta unidad se articula alrededor de cuatro módulos temáticos:

Módulo 1. Técnicas de Investigación.

Dada la naturaleza de los dos objetivos fundamentales del proceso de investigación, es decir, la investigación de una sospecha o denuncia de malos tratos (módulo 2) y la evaluación del riesgo actual o futuro en el que se encuentra el niño (módulo 3), la obtención de información fiable y relevante se convierte en un elemento crítico del proceso. Esto requiere la

aplicación de una diversidad de técnicas de investigación, entre las cuales, la entrevista y las técnicas de observación ocupan un lugar destacado.

Módulo 2. Investigación inicial. La confirmación de los malos tratos.

El objetivo inicial del proceso de investigación es determinar si los malos tratos han tenido lugar y establecer su grado de severidad. Con el propósito de evitar interpretaciones subjetivas es importante que en este proceso las observaciones se justifiquen con información y hechos específicos que constituyan una evidencia verosímil. Para ello es importante adoptar un acercamiento sistemático en la identificación y obtención de la información que será necesaria, posteriormente, para tomar las decisiones apropiadas. Este acercamiento permite, además, evitar el examen tentativo de datos irrelevantes y resulta útil para formular un plan de investigación eficiente y sensible a las características particulares de un caso. La severidad de los malos tratos, la prioridad y urgencia de respuesta que éstos requieren, los límites temporales, la voluntad de cooperación o la fiabilidad de la información, son factores que definirán las características de la investigación inicial.

Módulo 3. La evaluación del nivel de riesgo.

Una vez determinada la existencia de los malos tratos, el siguiente paso en el proceso de investigación es responder a dos cuestiones fundamentales: ¿qué probabilidad existe de que los malos tratos continúen o se produzcan de nuevo? y ¿qué probabilidad existe de que los malos tratos escalen en su severidad? La evaluación del nivel de riesgo es un proceso estructurado que, mediante el uso de entrevistas, observaciones y evidencia disponible, permite establecer de forma razonablemente fiable el estatus de riesgo actual o futuro en el que se encuentra el niño. Este proceso implica realizar juicios acerca de la severidad y el riesgo, dos continuos diferentes aunque relacionados. La severidad hace referencia a la seriedad o gravedad de los daños experimentados en el pasado, que están siendo experimentados en el presente o que es probable que sean experimentados en el futuro inmediato. El riesgo hace referencia a la predicción de eventos futuros. El proceso de evaluación del estatus de riesgo del niño y su familia permite identificar problemas, así como puntos fuertes y es, por tanto, una ayuda y guía de gran valor para la toma de decisiones, tanto en lo que respecta a las medidas de protección como a los objetivos del tratamiento o intervención.

El análisis de los siguientes aspectos componen el proceso de evaluación del nivel de riesgo:

1. Severidad de los malos tratos.
2. Factores de vulnerabilidad del niño.
3. Factores parentales/perpetrador.
4. Funcionamiento familiar y relaciones con el entorno social.

Módulo 4. La toma de decisiones.

Una descripción precisa del estatus de riesgo de un niño y su familia constituye el punto de partida óptimo para determinar, en el proceso de toma de decisiones, las medidas, acciones o intervenciones que mejor garanticen la protección seguridad y bienestar de niño. Es también importante adoptar en el proceso de toma de decisiones un acercamiento sistemático y estructurado. Un modelo estructurado de toma de decisiones permite organizar y categorizar la información obtenida durante el proceso de investigación de forma sistemática y lógica, y posibilita la valoración del peso relativo de las distintas unidades de información de un contexto más amplio. En este proceso, los puntos fuertes y débiles identificados, la motivación y colaboración de la familia, los antecedentes y la severidad de los malos tratos y el estatus de riesgo actual del niño, son factores que convergen en una decisión final que orientará la intervención. El proceso de toma de decisiones tiene como objetivo fundamental determinar si la seguridad del niño puede ser protegida en el hogar familiar o si, por el contrario, es necesaria la separación del niño de su entorno familiar, de forma temporal, transitoria o definitiva. El mantenimiento de la unidad familiar es siempre un objetivo prioritario y, en este sentido, un aspecto central del proceso de toma de decisiones es determinar, siempre que sea posible, qué tipo de intervenciones pueden proporcionarse a las familias con el objetivo de resolver los problemas que puedan dar lugar a los malos tratos, evitar la separación de los niños del entorno familiar, mejorar la capacidad parental para proporcionar el cuidado adecuado a los hijos y restaurar la unidad familiar cuando se haya producido una separación temporal.

UNIDAD 4. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN CASOS DE MALOS TRATOS: TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN.

La intervención psicosocial en el ámbito de la protección del menor tiene como objetivo general tanto el tratamiento como la prevención de los malos tratos en la infancia. Este objetivo general se desdobra, a su vez, en necesidades concretas que dependen de los factores, condiciones y circunstancias particulares de cada caso, así como de la naturaleza reactiva o preventiva de la intervención. Así, no podemos desplazar desde objetivos más amplios o globales como la promoción comunitaria del bienestar de los niños o la prevención o reducción de los problemas que pueden dar lugar a los malos tratos, a objetivos más concretos tales como intervenir para alterar las dinámicas familiares que crean y mantienen una situación de malos tratos, restaurar la unidad familiar cuando se haya producido una separación temporal o asegurar el cuidado adecuado y el bienestar de los niños cuando la separación del entorno familiar es la medida definitiva aconsejada. Esta diversidad de acciones y necesidades pone de manifiesto los niveles en los que puede tener lugar la intervención y prevención de los malos tratos, cada uno de ellos con métodos y objetivos diferentes. La prevención terciaria es el primero de estos niveles y su objetivo es la interrupción de situaciones actuales de malos tratos, así como proporcionar asistencia y

tratamientos que traten de modificar las circunstancias y dinámicas familiares que crean y mantienen esos patrones de interacción disruptivos, evitando así su repetición. El siguiente nivel, la prevención secundaria, tiene como objetivo identificar y proporcionar asistencia a padres o familias cuyas características personales y sociales les sitúa en una condición de alto riesgo, con el objetivo de prevenir malos tratos futuros. Finalmente, la prevención primaria, el nivel con un rango más amplio, tiene como objetivo la mejora del bienestar general de los niños y sus familias a través de la educación y la transformación social, y está dirigida no sólo a familias en condiciones de alto riesgo sino al conjunto de la población.

Un acercamiento afectivo a la intervención en casos de malos tratos requiere de un paquete amplio y comprensivo de servicios y programas que sea sensible a la diversidad y complejidad de necesidades y objetivos que conlleva la protección del menor. Esta última unidad temática tiene como objetivo reflejar esa diversidad y complejidad mediante el examen de un amplio rango de estrategias y programas de intervención, análisis que realizaremos en el contexto de cada uno de los niveles de prevención que hemos definido anteriormente. Los siguientes módulos articulan el desarrollo de esta unidad temática.

Módulo 1. Prevención terciaria. Tratamiento y rehabilitación.

La adecuación y éxito de la intervención con niños y sus familias en situaciones de malos tratos depende de la capacidad de las estrategias de tratamiento para dirigirse y ser sensibles a las necesidades y problemas únicos de una familia particular. En este sentido, cuanto mayor sea el rango de servicios y estrategias de intervención disponibles, mayor será la probabilidad de establecer un ajuste óptimo intervención-cliente. De acuerdo con la naturaleza completa y multidimensional del maltrato infantil, los sistemas o contextos individual, familiar y social implicados son objetivos potenciales de cualquier intervención dirigida a alterar y modificar las dinámicas que generan y mantienen los malos tratos. La intervención puede, por tanto, centrarse en cualquiera de estos tres niveles: individual, familiar y social o comunitario. El conocimiento de la fuerza y debilidad de cada sistema implicado en el maltrato infantil, así como la contribución relativa de cada uno de ellos, determinada en el proceso de evaluación, puede permitir centrar la intervención en un sistema determinado (en función del nivel de riesgo evaluado) o en la combinación de cualquiera de ellos (en función de la multiplicidad de los contextos involucrados en la determinación de los problemas y, en consecuencia, de las limitaciones de una intervención centrada exclusivamente en uno de ellos). En este sentido, las intervenciones de carácter integrador o comprensivo, adquieren un elevado potencial para generar cambios positivos y establecer un clima que favorezca la rehabilitación de la familia.

Módulo 2. Prevención secundaria. Familias de alto riesgo.

Madres adolescentes o solteras, padres con antecedentes previos de

malos tratos a los hijos o de violencia conyugal, o el nacimiento de hijos no deseados, son algunas de las principales situaciones que pueden definirse como de alto riesgo. La prevención secundaria engloba aquellos servicios e intervenciones diseñadas para identificar y proporcionar asistencia a familias de alto riesgo con el objetivo de prevenir malos tratos futuros. Las características personales y socio-familiares de estos padres, que pueden situar a los hijos en situación de alto riesgo, se hacen con frecuencia evidentes antes del nacimiento o poco después de que éste se produzca. Por tanto, un objetivo general de la intervención en estos casos es establecer un clima favorable en el embarazo y primeros meses de vida del recién nacido. Aunque, desde el punto de vista de la intervención actual, los acercamientos terciario y secundario a la prevención son con frecuencia los mismos, pueden identificarse tres estrategias fundamentales de prevención en familias de alto riesgo: la educación de padres (desarrollo del feto y del niño, cuidado del niño, competencia parental, planificación familiar, satisfacción con el rol parental...), el desarrollo de apoyos informales entre miembros de la familia y amigos y la vinculación de los padres con servicios sociales y de la salud de la comunidad.

Módulo 3. Prevención primaria. La responsabilidad social e institucional.

Desde la perspectiva de la prevención terciaria y secundaria, las familias son objeto de atención únicamente cuando presentan problemas, orientándose los programas de intervención, fundamentalmente, a las situaciones de crisis y a la solución de deficiencias.

Por el contrario, la prevención primaria no tiene como meta la solución de situaciones de crisis o la reducción del nivel de riesgo de individuos o familias particulares.

Su objetivo es la reducción de la incidencia global de los malos tratos y, en ese sentido, los programas de prevención primaria tratan de reducir el nivel de riesgo en el conjunto de la población, lo que conlleva asociado la mejora del bienestar infantil y de las familias.

Pueden identificarse dos estrategias principales de prevención primaria del maltrato infantil: programas de mejora de la competencia parental dirigidos a amplios segmentos de la población y en diferentes contextos (comunidad, hospitales, escuelas, televisión), y programas cuyo objetivo es incrementar la comprensión y sensibilidad pública hacia el tema de los malos tratos en la infancia, y que incluirían campañas en medios de comunicación, información, servicios de crisis, así como potenciar la capacidad de las redes sociales comunitarias para proporcionar apoyo y feedback a las familias.

Este trabajo ha sido realizado durante una estancia del autor en la Universidad de Oxford como becario del Programa Capital Humano y Movilidad de la Comunidad Europea (ERB4001GT921422).

BIBLIOGRAFIA.

- DE PAUL, M. (Dir) 1988. Maltrato y abandono infantil: identificación de factores de riesgo. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- GRACIA, E. Y MUSITU, G. (1993). El maltrato infantil: un análisis ecológico de las factores de riesgo. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- MUSITU, G, ROMAN, J. M. Y GRACIA, E. (1988). Familia y Educación: prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos. Barcelona. Labor.

AREAS DE INTERVENCION: EL PSICOLOGO EN LAS RESIDENCIAS DE MENORES

MARTIN MARRON ZAPARDIEL

Es mi intención ofrecer algunas reflexiones acerca del papel que podemos o debemos jugar los psicólogos en el ámbito del trabajo dedicado a la intervención con niños que sufren o han sufrido malos tratos o abusos. Mi experiencia personal y profesional me llevan a centrarme, de un modo más específico, en el papel de los psicólogos dentro de las instituciones dedicadas a la protección de la infancia, aunque al hilo de mi intervención pueda realizar algún comentario acerca de otras cuestiones que tienen relación con nuestra profesión y el tema de la protección a la infancia, ello siempre con un carácter puramente reflexivo y con ánimo de provocar el posterior debate.

Es pues sobre la relación entre la práctica de la psicología y el papel de la institución de lo que hablaré en mayor medida.

Me gustaría, primero de todo y aunque sea brevemente, hacer algunas consideraciones sobre las características genéricas de las actuales instituciones en el ámbito que me es conocido de la Comunidad de Madrid.

En la actualidad la Comunidad de Madrid tiene unas noventa instituciones dedicadas al cuidado y atención de la infancia. Todos los niños que están en estas instituciones han sido derivados por la Comisión de Tutela del Menor, quien toma la decisión sobre su ingreso y su salida del Centro. Todas esas instituciones a las que me refiero sólo recientemente han sido articuladas en un único ente administrativo que las coordina, el Instituto Madrileño de Atención a la Infancia. Históricamente la Comunidad fue recibiendo transferencias de distintas administraciones de grandes Centros que después ha ido reconvirtiendo. En estas instituciones residen alrededor de unos dos mil niños y niñas entre cero y dieciocho años.

Entre todas estas Instituciones existen, como es lógico comprender, unas marcadas diferencias, que se refieren, básicamente a dos tipos de cuestiones:

- a) El tamaño, respecto a este aspecto propongo que diferenciamos entre los habitualmente denominados hogares o pequeñas unidades de convivencia (pisos, mini-residencias, etc.), en las cuales la intervención se individualiza claramente, y las Residencias de mayor tamaño, cuya organización básica son los grupos de niños, cada uno de ellos responsabilidad directa de un educador.

b) Algunos de los objetivos que tienen. Me refiero lógicamente a la diferenciación de objetivos que viene determinada por cuestiones tales como la edad de la población, el periodo o duración del internamiento, particularmente cuando habiendo agotado todos los recursos previos existe constancia de su irreversibilidad, o cuestiones más problemáticas de resolver como la posible existencia de Centros dedicados a la atención de problemas específicos muy graves (salud mental, deficiencias profundas, etc.)

Aceptadas estas diferencias, creo que básicamente la demanda principal que se les pide se concreta en dos aspectos:

1.- Que protejan, cuiden y eduquen a los niños (que respeten sus derechos)

2.- Que les preparen para su incorporación social, entendiendo que ésta puede producirse, en primer lugar, trabajando con la propia familia biológica del niño la reincorporación, proponiendo otras alternativas en familias sustituidas o, por último, preparando la salida autónoma, situación esta especialmente frecuente en el caso de los adolescentes.

Respecto a esta segunda función debemos aceptar el principio de que cualquier institución debe ser transitoria. Sea en el caso de intervenciones breves o en el de estancias muy prolongadas (situación difícil de admitir en teoría pero que se produce en la práctica) existirá el día que el niño deba abandonar la institución y ella deberá haberle provisto de los recursos adecuados para hacer frente a esa autonomía. Lógicamente la intervención será distinta en función del tiempo de estancia. Por ejemplo, los educadores de un piso de adolescentes deberán trabajar en función de un periodo razonable de tiempo durante el cual los objetivos prioritarios serán la implementación de habilidades personales en los chicos/as para su inminente autonomía; por el contrario los educadores de un piso tutelado donde convivan los cinco hermanos que van desde los seis hasta los dieciséis años, deberán trabajar de igual modo la futura salida de los niños del piso, pero en ese trabajo intervendrán otras variables importantes, entre ellas la de disponibilidad de un mayor tiempo para organizar la propia salida.

El carácter transitorio de la Institución obliga a ésta a plantearse su trabajo con la familia biológica de los niños que acoge. Dado que en la actualidad, en el ámbito que conozco de la Comunidad de Madrid, las instituciones no territorializan su actuación, el trabajo coordinado con las zonas de procedencia es más difícil para los Centros. Es decir se separa al niño de su familia como medida protectora pero no están bien organizados los canales de coordinación del trabajo posterior sobre ambos. Esta coordinación es difícil por dos razones: primero, porque la familia está físicamente lejos y ello es una contingencia que si bien en algunos casos puede ser conveniente no está planificada y segundo, la obligación de que el Centro se coordine con muchas zonas (o una zona con muchos centros) no favorece la eficacia.

Al margen de esta pequeña digresión que deja abierto un tema realmente importante, cómo interviene la Institución con la familia biológica?

De un modo general y para establecer posteriormente el papel del psicólogo en este marco, creo que esta intervención es el resultado de la actuación coherente de todo el equipo técnico que se plasma, para cada niño de los que la institución acoge, en un proyecto individualizado de actuación, donde la intervención estará organizada en función del momento en que se encuentre la información y experiencia de trabajo ya realizado con esa familia y también organizará el papel que se asigna a cada uno de los miembros del equipo en cada momento de la intervención.

Esta breve reflexión sobre las instituciones quisiera cerrarla diciendo que por tanto, todos los profesionales de la institución trabajan en función de estos objetivos o dicho de un modo más radical su razón de ser no es la existencia de la institución en el vacío, sino la existencia de la institución en la medida que cumple esos objetivos.

La institución, por tanto, tiene distintas figuras profesionales que trabajan coordinadamente, entre ellas se encuentra la del psicólogo. Pero ¿qué lugar debe ocupar el psicólogo en el ámbito de una institución? Posiblemente responder a esta pregunta no sea fácil. Básicamente su posición en la institución vendrá dada por los objetivos de la misma, a los que antes nos hemos referido. Seguramente lo primero que nos debemos plantear es la conveniencia o no de su pertenencia al sistema institucional para contribuir de la mejor forma a que éste cumpla sus objetivos.

Me refiero, lógicamente, a si el psicólogo debe formar parte de la institución o puede contribuir mejor con los objetivos desde una intervención externa, aunque forme parte de la red general de atención en la que esa institución se encuadre. De este modo seguramente una pequeña institución, situada en un barrio, que tenga acceso y utilice los recursos públicos generales (servicios generales de salud y servicios de salud infantil, etc.) probablemente no necesitaría la presencia, entre su equipo técnico de un psicólogo, así como quizá tampoco necesitaría la presencia de un pediatra en su plantilla o de otros profesionales cuyos servicios estarían cubiertos por la red pública. Sin embargo, desde mi punto de vista, las funciones de un psicólogo en este ámbito no se limitan a las meras labores clínicas. Existe por parte de las instituciones (sean de pequeño o mediano tamaño) la necesidad de que analicen sus propios procesos de funcionamiento. Esta tarea existe de un especialista, formado y orientado hacia su realización.

Tomando esta reflexión como punto de partida quisiera dejarla en este punto para poder retomarla más tarde. Antes quisiera hablar sobre las funciones principales que, desde mi punto de vista, debe cumplir un psicólogo en una institución de menores.

De un modo general la intervención del psicólogo en la institución se mueve en el eje que une al Equipo Técnico y al niño. Su actuación se centra en los dos ámbitos por igual. La no consideración de uno y otro resta eficacia a su actuación y merma sus posibilidades de intervención.

Respecto al equipo, es indudable que la primera consigna que dirige el trabajo de todos los profesionales en una institución es la coherencia. Esa coherencia supone coordinación y puesta en común de los principios, criterios y conocimientos de cada uno de ellos para llegar a actuaciones efectivas y positivas con los niños. Las instituciones que conozco poseen los

mecanismos internos para esta coordinación. El resultado de la misma es la existencia de un Proyecto individualizado para cada niño, pero también la existencia de un Proyecto Común sobre el propio centro que recoja los canales y organización internos del mismo.

En la medida de la importancia que tiene la coordinación para que la institución cumpla su objetivo de coherencia, al psicólogo, como miembro del equipo, le cabe un papel específico, en parte semejante pero en parte diferente al del resto de los profesionales que lo componen.

Este papel diferenciado le viene dado, como al resto de los profesionales, por los propios objetivos de su formación. Respecto a la institución estos objetivos podrían resumirse, si me lo permiten, en uno fundamental: la promoción de niveles dignos de salud en la propia institución. Ello equivale a decir que debe intervenir en la institución para que ésta genere mecanismos que le acerquen al cumplimiento de sus objetivos. Lógicamente la responsabilidad de que la institución cumpla sus objetivos es del director, no es este el papel del psicólogo. Pero sí puede ofrecer al equipo su punto de vista profesional para provocar la reflexión común sobre la salud de la institución.

No quiero otorgar al psicólogo el papel de analista institucional, externo a la organización, que interviene de un modo neutro sobre procesos. Este papel que se ha desarrollado en algunas instituciones que conozco es distinto al que aquí estoy planteando y cumplirá otros objetivos (de hecho estas intervenciones se realizan en instituciones que, entre su equipo, cuentan con un psicólogo).

El psicólogo, desde este papel que creo le corresponde es, de algún modo, juez y parte, participante que puede observar y se implica en las decisiones. Ello, lógicamente, exige disciplina personal, buena formación y experiencia. Forma parte de su contribución profesional y con ello pretende crear mejores condiciones de comunicación, contextualizando los problemas, analizando las situaciones que provocan conflicto, midiendo sus intervenciones, organizando las demandas o formalizándolas, etc...

Hay además un segundo aspecto esencial de esta dimensión de su intervención respecto al equipo, me refiero a su trabajo con los mediadores. En las instituciones de menores son los educadores los directa y cotidianamente implicados en el trabajo con los niños, por ello necesitan depositar sus experiencias en el seno del equipo para que su intervención se vea contrastada, reforzada y organizada. Es precisamente en el marco del proyecto individual de cada niño, por un lado, y en el de la programación de del grupo de niños con el que trabaja cada educador, por otro, donde se asienta la relación entre psicólogo y educador.

El papel que compete al psicólogo en esta relación es la de transmitir al educador el sentido del internamiento del niño: la significación que ha tenido para él su historia personal anterior (figuras significativas, hechos vivencialmente importantes) para que el niño pueda elaborar lo que ocurre y construir una perspectiva de futuro. Le puede ofrecer, además, las estrategias más adecuadas de intervención, planificarlas conjuntamente, todo ello dentro de la vida cotidiana del niño (que es el marco de actuación del edu-

cador). Lo mismo puede decirse de la relación de ambos profesionales respecto al grupo (en el caso de educadores que trabajan en instituciones organizadas en grupos) analizando y manejando ambos esta contingencia para que favorezca también la educación de cada niño. En el contexto de esta relación el psicólogo también recibe o constata las demandas de intervención más puramente psicológicas (necesidad de intervenciones terapéuticas, por ejemplo) que el psicólogo organiza buscando las mejores soluciones posibles.

Además de esta intervención de tipo institucional y para poder llevarla a cabo el psicólogo debe trabajar directamente con los niños. Es éste el segundo ámbito general de su intervención institucional.

Su relación con ellos dentro de la institución está claramente diferenciada a la del educador. Los niños pueden sentir rechazo ("yo no estoy loco") o atracción ("este tiempo es sólo para mí") hacia la relación de entrevista con el psicólogo, pero, respetándola, es necesario que el psicólogo conozca de una manera directa a los niños que viven en la institución para la que trabaja. Con ello quiero decir que no son sólo fuentes de información los informes remitidos por otros servicios o las pruebas, existen mecanismos distintos, que el propio trabajo en equipo facilita, para acceder a un niño. Por ejemplo, una fuente de información importante sobre un niño es su familia.

Como ya se dijo antes, a cada profesional del equipo le compete una parte de este trabajo. También el psicólogo tiene su parte de intervención, siempre teniendo presente que sólo puede intervenir desde la institución y teniendo presentes los propios límites de la institución. En este aspecto su actuación estará vinculada al análisis de la calidad de los vínculos y relaciones que atañen al niño en el entorno familiar, a la coordinación y dinamización del trabajo que hacen los Centros de Salud con las familias de los menores cuando se han propuesto las derivaciones de las mismas. etc.

Toda esta información que el psicólogo obtiene del niño se pone en común en el equipo para a partir de ahí elaborar los objetivos comunes de intervención.

La intervención del psicólogo (o el resto de profesionales de la institución) con el niño se decide en el seno del equipo. Es allí donde debe organizarse el cómo y el cuándo de la intervención. Quién va a realizar qué tareas y con qué objetivos. Las intervenciones específicas del psicólogo pueden ser de tipo grupal directo o indirecto (a través del educador) o intervenciones individuales de apoyo. Las intervenciones individuales del psicólogo en el contexto de la institución deben estar muy bien valoradas respecto hasta donde puede llegar su intervención a los límites que tiene.

Hay procesos problemáticos que no pueden solucionarse por la institución ni dentro de la institución. Hay razones de peso para que un proceso terapéutico, clínico, debe realizarse fuera de la institución. Como ejemplo se me ocurren dos: la terapia compromete la vida privada del niño y se debe respetar su derecho a dar o no a conocer esta circunstancia; por otro lado, la práctica clínica exige una formación técnica específica (desde cualquier orientación teórica) que el psicólogo institucional no se le puede obligar que también posea.

Desde este punto de vista cobra especial relevancia nuevamente la coordinación de recursos públicos (Servicios de S. Mental de la zona de referencia del niño / S.S. Mental de la zona de residencia) y, cómo no, recordar la escasez de recursos públicos de que disponemos en el área de salud mental infantil.

Para terminar el punto referido a la intervención del psicólogo en las instituciones quisiera recoger el hecho de que existen instituciones que requieren modelos de intervención más específicos. Así, por ejemplo, los centros de acogida tienen unos objetivos de diagnóstico y derivación desplazan la intervención de todos los profesionales hacia la observación y la realización de propuestas ajustadas a la información obtenida o, en otro sentido, las posibles funciones que tendría un psicólogo en un centro de día dedicado a intervenciones de tipo más preventivo en situaciones de niños que necesiten la protección de los poderes públicos pero en cuyos casos no exista la perentoriedad de la separación sino la intervención en el medio natural del niño. Situaciones también específicas serían las de aquellos centros de niños protegidos dedicados al abordaje de casos (con mayor o menor estancia, pero siempre con un objetivo transitorio) de problemas de salud mental graves, etc.

Para finalizar mi intervención, quisiera retomar la cuestión que dejé planteada anteriormente y que se refería a la conveniencia o no de que un psicólogo formara parte como miembro formal de la institución o si sería de mayor eficacia la intervención en ella desde fuera.

He intentado dejar claro en mi exposición que, desde mi experiencia profesional, las labores de un psicólogo que trabaja con instituciones de menores no deben limitarse a las que se le han atribuido históricamente de un modo tópico, basadas sobre todo en las demandas de diagnóstico y tratamiento clínico clásico. Propongo, por tanto, que la intervención de un psicólogo en una institución debe tener todos los componentes de intervención sobre los niños, pero también de trabajo con el equipo.

Así, seguramente, existen instituciones que, en la medida que sus procesos son más complejos (debido fundamentalmente a su tamaño) necesitan, en tanto se transforman, de la presencia de un psicólogo que desde dentro, si entiende bien su función, sera coimpulsor de esa propia transformación.

Existen, por otro lado instituciones cuyos objetivos requieren de la presencia de psicólogos que formen parte directa en los planteamientos del trabajo, así, por ejemplo las instituciones dedicadas al abordaje de problemas específicos en el área de la salud mental. En otras, cuya finalidad es la atención a pequeños grupos la intervención del psicólogo, en el esquema que he planteado, podrá tener algunas variaciones, pero su presencia en la toma de decisiones sobre los niños y la dinámica institucional será beneficiosa para el cumplimiento de los objetivos de la institución porque garantizará tener presentes los principios que la psicología, como disciplina científica, ha aportado en el tema de la educación y desarrollo de la infancia y en particular, en el área de los procesos de desvinculación afectiva.

No quisiera dejar pasar la ocasión de decir que esta modesta exposición, que he intentado organizar del mejor modo posible, es fruto de la refle-

xión conjunta y del intercambio de experiencias con muchas personas próximas a mí que trabajan o han trabajado muy duramente a lo largo de mucho tiempo en este campo. Sin el contraste de sus ideas yo no hubiera sido capaz de realizarla.

EL MEJOR INTERES DEL MENOR

JAVIER URRRA PORTILLO

I. Caso Real.

*Y*a está aquí este hijo de puta fue la salutación de una madre a su hijo, el cual había pasado tres años sin recibir ninguna comunicación en el Centro Piloto Nacional de Reforma de Cuenca. Nos encaminamos al mejor "pub" de la localidad que el menor conocía pues deseaba invitarme como despedida y tras haber viajado unos 400 km., me ausenté un momento al servicio, al volver vi a un hombre que le amenazaba gravemente, al interrogarle por su actitud, nos presentamos, él era guardia civil, yo psicólogo del centro mencionado.

Conversamos, mi interlocutor expuso su motivación para mantener la tranquilidad en el pueblo y lo perverso de las conductas del muchacho que teníamos delante que había llegado a robar su propio coche, retrotrayéndose en el tiempo expuso que las primeras veces que se le detuvo fue por sustraer leche para su hermano pequeño en el supermercado, posteriormente siguió robando leche pero añadiendo alguna botella de whisky, para terminar "haciéndose" la caja.

Volví al centro desolado, a los pocos días vino a vernos el menor, no deseaba seguir en su pueblo ni en su casa, nosotros no podíamos admitirlo en el centro, robó, lo visité en la cárcel.

Algo había fallado, quizás todo, quienes hemos conocido a este muchacho sabemos de su corazón, de su simpatía, ha sido de verdad un buen chico, su adaptación a las normas del centro, el esfuerzo de los educadores, la inversión de medios no sirvieron para nada, es otro menor perdido, otro adulto truncado, otro miembro social disgregado.

Una compañera que trabaja en los Juzgados de Menores dijo: estos chicos son unos "pobrecitos cabrones" y creo que así es. Nosotros no abandonaremos un proteccionismo bobalicón de los jóvenes, ni les percibimos como unos niños en actitud beatífica, ni culpamos genérica y demagógicamente al inabarcable cuerpo social.

Partimos de que los niños y jóvenes son personas de derechos y deberes, por ello les exigimos una responsabilidad y voluntad, en evolución.

Al tiempo denunciemos una realidad cotidiana, muchos jóvenes infractores son víctimas, pues han sido niños maltratados y serán adultos delincuentes.

Por ende estimamos que TANTO EL MENOR EN RIESGO, COMO EN CONFLICTO SOCIAL, SON SUJETOS DE PROTECCION.



II. CARACTERISTICAS DE LOS MENORES QUE PASAN POR EL JUZGADO.

Esta aseveración viene avalada por los estudios de las características de la población atendida en los Juzgados de Menores de Madrid y que se encuentran recogidos tanto en la publicación del 1º Congreso Internacional Infancia y Sociedad del Mº de Asuntos Sociales, como en el nº 48 de la revista "Papeles" del Colegio Oficial de Psicólogos. En síntesis se concluye: "El proceso delincencial es multifactorial, con una interacción de causas que potencian y conducen el agravamiento de los hechos y a la asunción por parte del menor de su papel delincencial, no se aprecian características endógenas significativas en los menores, sino unos contextos de vida predictores de actividades delincuenciales, dándose una adaptación de éstos a los mismos. Se refieren a la estructura del núcleo familiar y sus patologías, a la inadaptación escolar y socioambiental, a la adscripción de grupos de referencia de las mismas características y a la inclusión en el mundo de la droga, que van imprimiendo un modelo de vida cada vez menos normalizado, más reincidente y con menos expectativas".

III. EFECTOS DE MALTRATO.

Se aprecian los efectos del maltrato: Desarrollo físico menor que el esperado, escaso cuidado del propio cuerpo y de la conservación de la salud y la higiene (caries dentarias, neumonías mal curadas, etc.). Múltiples marcas de heridas en manos, brazos y piernas; tatuajes, etc.

Desarrollo cognitivo-intelectual insuficiente, déficits significativos en el rendimiento académico, menores expectativas de futuro y todo ello englobado en problemas motivacionales. Maduración emocional inadecuada con interferencias en el funcionamiento adaptativo, respondiendo pobremente en medidas de role-taking afectivo, con desconfianza en las relaciones con los iguales, evitación de la amistad. Escasa competencia y sensibilidad social. Sesgo en la percepción de las relaciones, etc.

Aparición y afianzamiento de conductas inadecuadas.

Los niños maltratados pueden desarrollar umbrales del dolor diferentes a los de otros niños y evaluar acciones que causan daño como menos serias y más permisivas. Riesgo de transmisión intergeneracional.

En síntesis y como dijo Garbarino en 1986, "las consecuencias psicológicas son el factor unificado de las distintas formas de malos tratos, independientemente de los daños y traumas físicos, los malos tratos en la infancia ejercen un dramático impacto en áreas críticas del desarrollo infantil, con consecuentes perjuicios presentes y futuros, en el funcionamiento social, emocional y cognitivo.

IV. CONEXION ENTRE MALOS TRATOS RECIBIDOS Y COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL.

Por ende clamamos contra el posicionamiento fariseo que responsabiliza únicamente al joven de sus conductas, cuando antes no se han adopta-

do medidas preventivas y culpamos a las instituciones que no intervienen cuando el niño está en peligro, sino cuando es un peligro.

Resulta tristemente frecuente el paso de protección a reforma, nos llegan a los JJ. MM. niños que están incursos en procesos delictivos y que previamente a iniciar esas actividades han sido acogidos o tutelados por la instancia administrativa, encontrándose por tanto bajo un supuesto de protección especial.

Es un hecho que ocasionalmente un niño es etiquetado como delincuente, cuando está luchando por satisfacer sus necesidades físicas básicas o las de un hermano menor (como en el ejemplo expuesto al principio) estos son "la punta de iceberg" de una mucho más amplia tipología de negligencia de que son objeto. Es por ello que en muchas ocasiones el trasvase es en sentido contrario, es decir, el menor llega por un hecho a reforma, pero apreciamos que resulta ser un sujeto de protección, por lo que se remite a esta instancia.

West y Farrington, en un conocido estudio longitudinal de 411 niños, con un seguimiento desde los 8 años (West 1969; West y Farrington 1973, Farrington 1978), observaron que, a la edad de 18 años, 27 habían sido condenados por delitos violentos y 98 por delitos no violentos. De los niños violentos, el 62% habían recibido una disciplina parental extremadamente severa, en comparación con el 33% de los delincuentes no violentos.

Establecida la conexión etiológica entre los malos tratos recibidos en la infancia y el comportamiento antisocial y delincencial, durante la adolescencia y la edad adulta, hemos de abordar la problemática interrelacionando las partes de un todo, "ecologizándolo" en la comunidad, pues es claro que la capacidad de los padres de cuidar y educar con éxito a sus hijos depende en gran parte del contexto social en que la familia vive.

V. DERECHOS DE NIÑOS Y PADRES: PRIORIDADES.

En todo caso hemos de: **PRIORIZAR LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS SOBRE LOS DE LOS PADRES.**

Pues en la recomendación de 28 de febrero de 1984, del Comité de Ministros del Consejo de Europa, no se habla de "la autoridad de los padres", sino de "las responsabilidades de los padres" y esta última expresión es la única que se utiliza en el Convenio Internacional de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño.

Las responsabilidades de los padres han sido definidas como "el conjunto de los poderes y deberes que tienen por objeto, en general, garantizar el bienestar moral y material del hijo y en particular, velar por su persona, mantener relaciones personales con él, ocuparse con solicitud de su educación y su sustento, ejercer su representación legal y administrar sus bienes".

Sabemos que la educación parental se rige por dos coordenadas: cariño versus hostilidad y permisividad en oposición a rigidez; que vienen determinadas por las características tanto de los padres, como de los hijos.

Las razones (si así se pueden llamar), por las que los padres maltratan

a los hijos son: la transmisión intergeneracional de la violencia. El estatus socioeconómico, pues como advirtió Pelton (1978) "probablemente la super-representación de las familias con estatus socioeconómico más bajo en los estudios y estadísticas del maltrato infantil no es únicamente resultado de sesgos en el muestreo, sino que el maltrato infantil tiene lugar realmente con mucha mayor frecuencia en los estratos sociales más desfavorecidos".

El estrés provocado por los hijos, el desempleo, problemas económicos o ser padre único. La falta de habilidades y recursos personales para ejercer su rol. Incapacidad para canalizar la frustración. Planteamiento de expectativas y metas relativas a los hijos no adaptados a la realidad. El aislamiento de los sistemas de apoyo social a las que Caplan llamaba "provisiones psicosociales" necesarias para mantener su salud psicológica y emocional. La dependencia de sustancias y situaciones. El egoísmo y la ausencia de amor.

Compartimos con Solnit (1980) que "Nos gustaría prevenir todo el maltrato infantil que sea posible prevenir en una sociedad relativamente libre donde se respete la "privacidad de la familia" y el "pluralismo de diferentes estilos de vida".

Si bien y como dijo Belsky (1980), "A pesar de que se han realizado importantes avances en la lucha por los derechos de los niños, es dudoso que pueda eliminarse el maltrato infantil en la medida en que los padres eduquen a sus hijos en una sociedad donde la violencia alcanza niveles con frecuencia desproporcionados, donde el castigo corporal se acepta como técnica de disciplina y donde el concepto de paternidad se construye en términos de posesión".

O dicho en Román Paladino: QUIEN BIEN TE QUIERE TE HARA LLORAR, la pregunta es ¿por qué?

VI. PROCESOS DE SEPARACION Y/O DIVORCIO.

Si bien la separación conyugal puede resultar la mejor solución para una familia en desorganización, es cierto que generará en los menores trastornos de diferente intensidad.

Los hijos pueden padecer pasivamente situaciones en las que los padres los implican en un proceso de hostilidades, denigraciones y recriminaciones por lo que se encuentran en un conflicto de lealtades, si esta situación se cronifica dañará su estado emocional y su desarrollo.

La utilización del menor por uno y por otro padre como aliado conlleva una profunda disensión, presentando un alto nivel de culpabilidad y rechazo.

La ruptura matrimonial provoca en los menores bastantes síntomas, uno de los efectos negativos cursa en la autoestima, Rosehberg (1973).

Hagamos en este punto un receso respecto a los menores que exploramos en los Juzgados de Menores y de Familia, para desde una perspectiva más genérica ver.

VII. TIPOS DE MALTRATO.

Partiendo de que maltrato son todas las situaciones objetivas que repercuten en la infancia, ya sea físico o emocional y en ambos casos activo o pasivo.

Algunos de los múltiples y sutiles tipos son:

- Delitos contra la vida, lesiones. Maltrato habitual.
- Abandono de familia.
- Privación de cuidado, de afecto, desatención. Transmisión rechazo.
- Sometimiento o abuso sexual. Prostitución y pornografía.
- Socio-económico. El dinero como diferenciador.
- Pautas de educación incoherentes o distorsionadas. Privación estimular.
- La presión publicitaria y de los medios de comunicación social.
- Por características personales (minusválidas). Por situaciones especiales (niños que nacen en la cárcel).
- Maltrato institucional.
- Exploración laboral (horarios o actividades inapropiadas, niños artistas). Mendicidad
- "Inyectar" creencias y normas (sectas).
- Imposición de "refuerzos negativos" para conseguir niños superdotados.
- Promoción de sustancias que crean dependencia. Utilización como "camellos" en el tráfico de drogas.
- Uso en las guerras.
- Aprovechamiento para que se "coman el marrón", cuando se da un "palo".
- Venta de menores.

En conclusión, se maltrata a un niño, cuando se atenta contra su desarrollo.

VIII. REPRESENTACION SOCIAL DEL MALTRATO.

El Gabinet d'Estudis Socials (G.E.S.) de Barcelona, realizó un estudio para la Dirección General de Protección Jurídica del menor (M^o AA.SS.) del 4 al 23 de Marzo de 1991 del que destacamos:

- El 80,9% de la población, no conoce ningún tipo de Institución de atención a la infancia maltratada.
- La disposición de los entrevistados respecto a los niños es:
 - Castigo corporal moderado 48,6%.
 - Gritos 52,4%.
 - Encerrarlos en su habitación 30,2%.
- "Ranking" de malos tratos graves:
 - Físicos.

- Abuso sexual.
- Maltrato psíquico.
- Negligencia.
- Respecto a las "bofetadas", sólo al 32,2% le resulta maltrato grave.

Cabría en este punto preguntar con cierta "sorna" a los encuestados si entienden que la bofetada es pedagógica para quien la recibe, terapéutica para quien la propina o simplemente es el electroshock del pobre.

Existen representaciones sociales sobre el maltrato infantil claramente distorsionadas:

- a) Identificarlo con maltrato físico.
- b) Categorizarlo con una alteración psicopatológica individual o familiar.
- c) Entender el problema como de dimensión privada.
- d) Convicción de que sólo afecta a clases marginales.
- e) Creencias respecto a los abusos sexuales (fenómeno poco frecuente, y aislado; el agresor suele ser un desconocido y brutal; los niños se inventan historias de abusos sexuales).

Dado todo lo anterior, parece consecuente fomentar una actitud de denuncia en defensa del menor, de sus derechos y de sus condiciones de vida. Por lo que se ha de instar una mayor intervención del fiscal, dado que el mismo ocupa una posición privilegiada al estar presente en los distintos ámbitos del ordenamiento jurídico, que desde una u otra perspectiva contemplan la situación de menores desprotegidos o en situación de riesgo, correspondiéndole la defensa de sus derechos, la observancia de sus garantías y el cuidado de su integridad física y moral.

Y ello, porque la respuesta que se da a la protección de los menores es dispersa, tanto desde los distintos organismos públicos con competencias en esa materia como desde la legislación referente.

IX. LEGISLACION.

Hito histórico fue el año 1978 con el reconocimiento en nuestra Constitución del menor como persona sujeto de derechos y deberes. Protegiendo: la dignidad de su persona y el libre desarrollo de su personalidad (art. 10.1), la igualdad (art. 14), el pluralismo ideológico (art. 16), su libertad (art. 17), las garantías y seguridad jurídica (art. 9.3) (art. 24), su derecho a la defensa y a la asistencia de un letrado y a un proceso público (art. 25), su derecho a la educación (art. 27), el amparo en las normas de rango internacional (art. 10.2) y la consideración de su protección como miembro de una familia (art. 35 y 36) y asumiendo su condición específica de menor, con la defensa de sus estadios evolutivos (art. 20.4) y promoviendo su participación (art. 48).

Diferentes cuerpos legislativos: Código Civil, Código Penal, Estatuto de los Trabajadores, etc. contienen normas relativas a la minoría de edad,

todas ellas de carácter protector y acordes con la Convención de los Derechos del Niño, de Naciones Unidas de 20 de Noviembre de 1989 ratificada por España en fecha 16 de Enero de 1990.

Ciñéndose al Derecho de la Familia, vemos que la Ley 30/81 de 7 de Julio define que las medidas que se adopten sobre los hijos como consecuencia de los procesos de separación conyugal, divorcio o nulidad deberán ser acordadas siempre en beneficio de los mismos. Sustentándose las decisiones ya no en la calificación conyugal de los progenitores sino en la valoración de las necesidades e interés de los niños, lo que se concreta en el mantenimiento de tanto apego y cohesión como sea posible entre el hijo y ambos padres.

Asimismo, la Ley 21/87 del 11 de Noviembre por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción regula la guarda y acogimiento, atribuyendo competencias protectoras ante supuestos de menores desamparados, atribuyendo competencias protectoras ante supuestos de menores desamparados, a la Administración y a los Juzgados de Primera Instancia o de Familia allá donde los hubiere. El Juez Civil puede actuar decidiendo medidas de protección a instancia del propio menor, de determinadas personas allegadas y siempre del M^o Fiscal.

Respecto al Derecho Penal de Menores, la Ley Orgánica del Poder Judicial 6/85 de 1 de Julio, sustituyó los antiguos Tribunales Tutelares de Menores por los Juzgados de Menores, incluyéndolos dentro de la organización judicial, como un orden jurisdiccional más y especializado, con competencia para con los menores que hubieran incurrido en conductas tipificadas por la Ley como delito o falta.

La Ley Orgánica 4/92 de 5 de Junio, sobre reforma de la Ley Reguladora de la Competencia y el procedimiento de los Juzgados de Menores, en su Exposición de motivos afirma: La presente ley establece un marco flexible para que los Juzgados de Menores puedan determinar las medidas aplicables a los menores que hayan realizado hechos susceptibles de ser tipificados como infracciones penales pero SIEMPRE SOBRE LA BASE DE VALORAR ESPECIALMENTE EL INTERES DEL MENOR.

Por ello, son sus Principios Sustantivos -Evitación del riesgo- atención a la familia. Desjudicialización. Responsabilización. Intervención inmediata. Asesoría al juez y fiscal por expertos en ciencias humanas y sociales. Socialización. Mediación. Adecuación de la medida al delito y necesidades y circunstancias del menor. Individualización. Abordaje interdisciplinar. Desarrollo de los recursos sociales. Da cabida a la restitución a la víctima y a la reparación en beneficio de la comunidad.

Y sus principios procesales. Específico. Garantista. De oportunidad. De proporcionalidad. De intervención mínima. Acusatorio. De subsidiariedad del derecho penal. De tipificación penal. De seguridad jurídica. De publicidad. De contradicción.

Resulta paradigmático, que la actuación judicial logrará la eficacia educativa y protectora deseada, siempre que sea garantizadora de un proceso evolutivo correcto y responsabilizante desde el punto de vista social.

Para ello, ha de arbitrar posibilidades como: vigilancia protectora, centro tutelar, tratamiento en medio abierto, acogimiento familiar e institucional.

X. El maltrato infantil no es patrimonio de niños. Adolescentes y jóvenes también los sufren.

Como dice el Dr. Baño, A. del Hospital de niño Jesús "Los malos tratos son una enfermedad de los padres que padecen los hijos"

Y ello no entiende de edades, es más los adolescentes sufren en mayor medida que el resto de la población el rechazo y/o el fracaso de los dos medios socializadores primarios: la familia y la escuela, que les conduce a contestar cuando se les pregunta ¿qué haces durante las 24 horas del día?, "dar vueltas". Haremos bien por preocuparnos por su futuro desde el presente.

La intervención, con adolescentes y jóvenes, demanda una mayor coordinación entre los diferentes ámbitos institucionales y un elenco de recursos específicos que posibiliten la intervención optimizadora de los profesionales.

La demanda física que realiza el niño deja paso con los años a una solicitud más social pero no por ello menos necesaria.

Aparecen en la adolescencia signos y síntomas que hemos de atender desde el mismo instante en que afloran, de otra forma existirán detonantes que provocarán la fuga del hogar, la agresión, la conducta disocial.

Un aspecto que ensombrece el pronóstico es el fracaso y abandono escolar con la consecuente frustración y riesgo social en que queda el menor. Hemos de señalar que en contraposición a impulsos integradores estamos apreciando posturas marcadamente marginadoras y exclusivistas por parte de algunas A. P. A. S. (Asociación de padres de alumnos).

Otras realidades nos aproximan posturas "kafkianas", como cuando a un joven de 15 años dependiente de la droga se le exige ser mayor de 16 años y asistir voluntariamente a un centro de desintoxicación.

Qué decir de la dificultad de acceso al mundo laboral, más cuando la falta de formación especializada coloca al joven en una posición de extrema desventaja.

Pero hay más, muchos más, se maltrata a nuestros jóvenes cuando no se transmiten ni pautas educativas que permitan la autoconfianza, ni valores solidarios y a cambio se les bombardea con mensajes de violencia o se les induce a adoptar posturas racistas. Se les maltrata cuando se les acerca la posibilidad de ser profundamente felices y enteramente personas.

XI. ROL DEL PSICOLOGO QUE TRABAJA COMO ASESOR EN LA ADMINISTRACION DE JUSTICIA.

Consideramos que su función es la de puente entre la persona, la sociedad y la ley. Y en lo que aquí interesa, le compete detectar, evaluar y denunciar los casos de malos tratos al M^o Fiscal, remitiéndolos a los servicios sociales para que efectúen la intervención y el seguimiento, oportuno, pues cada caso manifiesta un alto grado de complejidad que requiere para

su resolución el aporte de distintas instancias y la implicación de diferentes profesionales y disciplinas.

Conviene recordar que el art. 576 L.S. Cr. establece responsabilidad penal a los facultativos cuando apreciaron señales de delito en la persona a la que asistieron y no dieran parte inmediatamente a la autoridad.

Para llevar a efecto, esta labor de "screening", hemos de contar con distintos instrumentos de detección tales como: Hojas de Registro. Entrevistas semi-estructuradas para los niños y los padres. Criterios de gravedad del caso y/o peligrosidad del pronóstico. Cuestionario de evaluación objetiva de la vinculación afectiva con los hijos, etc. Junto a un alto grado de sensibilización y una actitud de alerta ante la manifestación de los siguientes indicadores.

De maltrato emocional:

*Desórdenes conductuales (Intento de suicidio, fobias, hipocondría, conducta adulta o excesivamente infantil, conducta antisocial, fugas de casa, movimientos rítmicos y repetitivos, compulsividad, rigidez.).

*Desórdenes emocionales (Retraimiento, conformismo, depresión, recelos, ansiedad, ausencia de comunicación verbal o física, incapacidad de mantener relaciones duraderas, falta de confianza, excesiva preocupación por complacer a las figuras de autoridad, sentirse "mala persona", de ser rechazado, de culpa, que el maltrato es merecido).

*Desórdenes físicos (enuresis, del sueño del apetito.).

De Abuso sexual:

*Conductas: Autodestructivas, agresivas, regresivas, sexual prematura.

*Emociones: Falta de control, miedo, fobias, fantasías.

*Relaciones: Pobres, seducción inapropiada.

De maltrato físico:

Junto a algunos de los reseñados, mirada huidiza, gestos defensivos, marcas y señales en la piel, etc.

Respecto a la valoración del riesgo, nos basaremos en las siguientes variables:

- Niño. Edad y características (cognitivas, deficiencias)

- Situación. Gravedad de las consecuencias reales y potenciales. Cronicidad.

Padres o tutores. Características. Fuente de stress. Posibilidades de que dañen al menor. Red de apoyo pausable.

Por todo ello en nuestra evaluación, hemos de marcarnos los siguientes objetivos:

- Valorar las causas del incidente.
- Identificar áreas de intervención.
- Determinar el pronóstico del caso. (Hacemos hincapié en optar, por el pronóstico, no por el diagnóstico, lo que se explica con sencillez desde el símil de la actitud ante la "media botella" ¿llena o vacía?).

Algunos de los factores a evaluar serán:

La ilusión; normalización social; flexibilidad cognitiva; conceptualización; desarrollo moral; habilidades interactivas; capacidad de análisis; empatía; competencia aprendida; desarrollo del pensamiento y percepción social; habilidad de toma de perspectiva; autoestima y locus de control interno.

Ha de primar la búsqueda de los aspectos positivos con los que cuenta el menor que permita ulteriormente instrumentar el aprendizaje e interiorización de los no existentes.

Durante la exploración y ratificación hemos de ser extremadamente cautos y exquisitamente delicados a fin de erradicar el riesgo de una segunda victimización derivada de la maquinaria judicial proclive a mantener desinformada a la víctima, acrecentando su sentimiento de indefensión.

Siguiente la recomendación R. (85) 11 del Comité de Ministros a los Estados Miembros del consejo de Europa sobre la posición de la víctima en el marco del Derecho y Procedimiento Penales, hemos de arbitrar los mecanismos para que cuando el menor declare sobre los hechos puntuales del maltrato lo realice en un ambiente de interés y confianza, eludiendo en lo posible que esta rememoración dolorosa haya de ser repetida en distintas ocasiones.

Asimismo efectuaremos una entrevista de devolución, en la misma se hará comprensible al menor el informe elevado, y las medidas acordadas.

Aproximándole los aspectos que fueron valorados (situación psicológica, educativa y familiar, del menor, así como sobre su entorno social y en general sobre cualquier otra circunstancia que le influya) y los que motivaron su resolución (ya sea cuatellar para su protección, la remisión a las Instituciones administrativas correspondientes para la adopción de medidas educativas y formativas o incluso de reparación, cuando los hechos lo motiven y el sentido pedagógico lo aconseje). Pero siempre valorando exclusivamente el interés del menor.

Es por ello que en nuestra labor como psicólogos de la Administración de Justicia hemos de asumir los riesgos y amenazas inherentes a la denuncia que deja al descubierto al causante de malos tratos, ya sea un padre desequilibrado o que se conduzca bajos los efectos del alcohol, o que obligue al hijo a entrar en la trama de la droga.

Nuestro posicionamiento de "alerta receptiva" facilitará la denuncia de la víctima y ello propiciará la intervención y desarrollo de los medios necesarios, profesionales, voluntarios, instituciones, etc. (tales como la policía especializada en menores G.R.U.M.E.).

Para terminar, compartir con ustedes un deseo. Que el viento de espe-

ranza y libertad que representan nuestros menores sea impulsado por nuestro esfuerzo.

BIBLIOGRAFIA.

- BOUCAUD, P. "El Consejo de Europa y los derechos del niño". I^o Congreso Internacional Infancia y Sociedad. Publicado por el M^o de Asuntos Sociales. Madrid. 1991.
- CORONADO, MARIA J. "Maltrato Infantil y Legislación: Situación actual y perspectivas". Actas del I^o Congreso estatal de maltrato infantil. 1991.
- DE PAUL, J. et. al. "Los malos tratos; cuestiones básicas para una intervención eficaz". I^o Congreso internacional infancia y sociedad. Publicado por el M^o de Asuntos Sociales. Madrid. 1991.
- FRANCO J. F. y miembros de los equipos técnicos. "Estudio de las variables más significativas de los menores de los que entienden los juzgados de Madrid". I^o Congreso internacional infancia y sociedad. Publicado por el M^o de Asuntos Sociales. Madrid. 1991.
- GRACIA, E. Y MUSITU, G. "El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo". M^o de Asuntos Sociales. n^o 17. Madrid. 1993.
- MARTIN, S. et. al. "Protección psicológica del menor en los procesos de separación y/o divorcio". I^o Congreso internacional infancia y sociedad. Publicado por el M^o de Asuntos Sociales. Madrid. 1991.
- MAYOR, MARIA D. Y URRRA, J. "Juzgados de menores. La figura del psicólogo" Rev. papeles del Psicólogo n^o 48. Edit. Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid. 1991.
- RUEDA, J. M. "Aproximaciones a la problemática de la infancia maltratada". Rev. menores n^o 6. M^o de Justicia. Madrid. 1987.
- SOLNIT, A. J. "Too much reporting, too little service :Rotts and prevention of child abuse" In. G. Gerbner, C. KJ. Ross and E. Zigler (Eds.) Child Abuse: An agenda for action. New York: Osford University Press. 1980.
- URRRA J. "Justicia juvenil: visión de los psicólogos de los equipos técnicos". Rev. papeles del psicólogo. n^o 54. Edit. Colegio oficial de Psicólogos. Madrid. 1992.
- URRRA J. Y VAZQUEZ, B. "Manual de psicología forense". Edit. siglo XXI. Madrid. 1993.

A.P. 5

ADMINISTRACION DE JUSTICIA

INTRODUCCION: MARIA JESUS CORONADO



La aproximación al maltrato infantil desde la perspectiva de la Administración de Justicia nos sitúa en un ámbito en el que el menor interviene en procedimientos judiciales como víctima o como sujeto activo.

En principio la justicia como marco de resolución de conflictos es algo completamente extraño a la vida del niño, que se desenvuelve en unos ámbitos de relación que son ajenos a aquella como son su familia, la escuela, sus amigos, su barrio.

Así cuando la justicia aparece en el mundo que rodea a un menor lo hace irrumpiendo siempre de forma sorprendente y algunas veces incluso de forma dramática, lo que puede producir una perturbación en su proceso evolutivo capaz de causar lesiones y secuelas de difícil curación.

El menor es un sujeto en un momento singular de su evolución, especialmente delicado, lo que comporta una particular forma de ser y de estar en el mundo. La existencia y presencia de un menor condiciona cualquier ambiente, y mucho más aquellos que son más extraños y ajenos a su mundo habitual de relación, como es el de la administración de Justicia.

Pero sin embargo a la Justicia, como marco de resolución de conflictos, el niño no le es ajeno, convirtiéndose legalmente en interés digno de especial y preferente consideración. Ejemplo de ello con las exposiciones de motivos de las leyes 30/81 de 7 de Julio y 21/87 de 11 de Noviembre que modifican el Código Civil, así como de la reciente Ley Orgánica 4/92 de 5 de Junio que ha modificado la antigua Ley de Tribunales Tutelares de Menores.

Ello obliga a las instancias judiciales en procedimiento y etapas previas a los mismos a adecuarse a la realidad del menor para evitar una acción perturbadora que podría encuadrarse en un maltrato institucional.

Así cualquier aproximación al menor inmerso en un procedimiento judicial debe hacerse teniendo en cuenta esta fragilidad natural de ser y estar en continua evolución, lo que obliga a desarrollar las tareas con un celoso cuidado de que la inferencia de la acción judicial no se convierta en un elemento perturbador de ese proceso de formación.

El daño se causará si ese proceso natural como consecuencia de la actuación judicial se ve entorpecido. Pero es que además, no sólo se debe evitar que la justicia se convierta en un elemento perturbador en el proceso de maduración, sino que para que sea verdaderamente eficaz y promotora

de crecimiento del niño deberá ser capaz en su actuación de transmitirse como valor que el menor no rechace alcanzar.

Una intervención sencilla, clara y sensible puede hacer comprender al menor el interés que se debate y la parte que a él mismo le corresponde en el conflicto, ello contribuirá no sólo a la resolución del mismo, ya que el menor se sentirá protagonista de su propia historia, comprobando que también interesa a otros, sino que facilitará que se alcancen objetivos educativos que toda actuación con menores debe perseguir, como puede ser en este ámbito el de transmisión de la idea de Justicia como valor superior digno de respeto y consideración.

La labor de abogados, miembros de la Policía, Juez, Fiscales y demás profesionales que intervienen en los procedimientos judiciales en los que forman parte menores ha de ser muy cuidadosa para que con su actuación no se perturbe el proceso de evolución del menor, comprometiendo en su crecimiento lo que constituye sin duda un maltrato para el menor.

EL ROL JUDICIAL EN RELACION CON EL NIÑO/A EN PROTECCION Y REFORMA

CARLOS SANTAMARIA BLANCO

Lejos de entrar en la polémica, a veces suscitada, sobre lo que se suele llamar "desjudicialización" de la protección de la infancia, me propongo someter a la consideración de todos algunas reflexiones sobre las funciones que a la justicia corresponde desempeñar en relación con los niños, el grado de eficacia con que se cumplen tales funciones y el acierto o desacierto en su actual formulación legal.

La impuesta brevedad de estas páginas no permite más que apuntar alguna de las cuestiones más trascendentes, que es de esperar se desarrollen con mayor intensidad a lo largo de los debates.

PROTECCION Y REFORMA.

En aras de una mejor comprensión, utilizaré los términos clásicos de protección y reforma, si bien con la salvedad de no considerarlos del todo adecuados ni a la realidad del derecho positivo vigente ni a lo que sería deseable. Ello no impide delimitarlos para evitar equívocos.

Es importante recordar, aunque sea algo ya conocido, que el principio fundamental y preferente que rige en todo lo que se refiere a la infancia es el del superior interés del niño; interés que tiene, según preceptúa la Convención de Naciones Unidas para los Derechos del Niño (CDN), la Constitución Española (CE) y el Código Civil (CC), como exigencia más inmediata, el derecho del niño a su desarrollo personal y social, y como medios esenciales para lograrlo, su formación y educación y su integración familiar.

Hablar de protección y reforma en la infancia exige tener en consideración, muy especialmente, las dificultades biológicas y legales que los niños tienen para valerse por sí mismos.

Es en este marco de necesaria dependencia de los adultos donde mejor se comprende la conveniencia de establecer mecanismos sociales protectores que, de un lado, eviten extralimitaciones y de otro lado, aseguren la atención que todo niño tiene derecho a recibir.

La protección se configura en general, cuando de infancia hablamos, como el conjunto de facultades y medidas que se atribuyen a personas o instituciones para asegurar que el niño recibe las atenciones que necesita hasta lograr una vida adulta independiente. Y en especial, cuando hablamos de protección judicial, nos referimos a las funciones que la

Administración de Justicia tiene para asegurar esas atenciones que el niño precisa.

Por el contrario, cuando se trata de reforma, y circunscrita al ámbito judicial, se hace referencia a las medidas correctoras que sobre los niños se imponen cuando estos cometen hechos sancionados penalmente. Esta cuestión es objeto de análisis pormenorizado en otra área de trabajo. Aquí me limitaré a plantear las dudas sobre el acierto y desacierto del tratamiento judicial que se da a esta cuestión.

FUNCIONES JUDICIALES.

Es sabido que la principal figura de protección del niño, tanto en ámbito legal como social, son los padres. Sin embargo, no es la única, por cuanto también se asignan funciones protectoras a otros parientes y allegados, al Ministerio Fiscal, al Juez y a la Administración.

Centrándonos en las funciones judiciales en relación con el niño, encontramos, inicialmente, dos tipos de funciones protectoras: De asistencia directa y de control.

Ejercita el Juez funciones de asistencia directa o inmediata en los casos en que su decisión es necesaria para que se lleve a cabo el acto, mientras que sus funciones son de control cuando interviene para asegurar el adecuado cumplimiento de las funciones protectoras que corresponden a otros. Mientras que en las funciones inmediatas el Juez toma la decisión directamente, en las de control lo que el Juez hace es elegir la persona o personas idóneas para tomar las decisiones.

Sus funciones judiciales de asistencia inmediata, por ejemplo, autorizar la disposición de terminados bienes del niño - arts. 166, 271 y 272 CC- o conceder permiso para el internamiento del tutelado en centro de educación o formación especial -art.171, 1º CC- y todas aquellas en que es precisa la aprobación judicial.

Más numerosas son las funciones de control, que veremos a continuación, cuya característica más común está en la facultad del Juez para decidir quien y cómo ha de ejercitar alguna o algunas de las funciones de asistencia. Más que asistir directamente al niño, lo que corresponde a la competencia judicial en estas funciones es determinar la persona o personas que tendrán las facultades de asistencia inmediata.

1º Vigilancia.

La función de velar por la infancia es común a todos cuantos tienen alguna relación con ella, entendiendo la doctrina jurídica que consiste en controlar el desempeño adecuado de las competencias que pueda tener quien sea con respecto al niño. Así tienen funciones de vigilancia los padres (arts. 110, 154, y 158 CC); los demás parientes (arts. 158, 160, 229 y 300 CC) y allegados (arts. 160, 230, y 300 CC); los tutores (art. 269 y 300 CC); los guardadores (art. 173.1º, 229 y 300 CC); el Ministerio Fiscal (arts. 232, 174.1º, 129, 137, 158, 174.2º, 228, 300 CC y 1828 LEC, entre otros muchos) y la Entidad Pública encargada de la protección de menores, en

los casos de desamparo (art. 172, 173.2º, 176.2º CC y 1828 LEC). A todos ellos, en medida distinta, les faculta y obliga la Ley a realizar determinados actos encaminados a asegurar que el niño recibe la asistencia y protección a que tiene derecho, ora denunciando cualquier tipo de maltrato o desatención, ora promoviendo la constitución de la tutela o el nombramiento de defensor judicial, ora reclamando relación con parientes.

En cuanto al Juez, también tiene funciones específicas de vigilancia respecto al niño, y en tal sentido cuando tenga conocimiento de carencias asistenciales, debe acordar de oficio el inicio de actuaciones (arts. 228, 300, 303 CC y 1911 LEC), sea para adoptar medidas provisionales urgentes, sea para medidas definitivas.

La función de vigilancia judicial, entendida tanto en el sentido de estar pendiente de la asistencia recibida por el niño, como en el de promover las medidas apropiadas para asegurar que tal asistencia es adecuada, recae fundamentalmente sobre el Ministerio Fiscal, correspondiente al Juez, otras funciones que veremos a continuación. Sin embargo, tal preferencia no impide que, aunque con menos intensidad, también tenga el Juez funciones de vigilancia, como hemos visto.

2º Dotación de cargos.

La relación de dependencia del niño respecto a los adultos, exige la determinación de las personas que deban hacerse cargo de sus necesidades asistenciales. Para atender de forma inmediata estas necesidades están previstas legalmente las figuras de la patria potestad, la tutela, la guarda en sus diversas modalidades, la curatela y el defensor judicial, cuyos contenidos y duración varían en función de las diferentes situaciones y circunstancias que concurren en cada caso.

En la determinación de estas personas el Juez cobra un importante protagonismo, porque, salvando las que vienen atribuidas legalmente en favor de los padres naturales (arts. 109, 110, 154, 162, 164, 223 y ss. y 275CC) y alguna otra en materia de administración de bienes (art. 227 CC), es el Juez el encargado de llevar a cabo la dotación de cargos para desempeñar esas funciones, unas veces con carácter necesario y otras con carácter dirimente, supliendo la falta de determinación por los cauces legales previstos.

Con carácter necesario interviene el Juez para constituir la filiación adoptiva (art. 176.1 CC); y para nombrar tutor, curador o defensor judicial (arts. 218, 231, 291 y 300 CC y concordantes). Y es necesario porque tales determinaciones no pueden realizarse sin su intervención.

Con carácter dirimente, interviene el Juez para determinar la filiación natural, cuando hay discrepancias (arts. 115 y ss. CC); constituir el acogimiento familiar, cuando no consientan los padres o tutores (art. 173.2 CC); distribuir las funciones de la patria potestad entre los padres (art. 156 y 90 y ss. CC); establecer el régimen de visitas de los hijos con los padres y parientes (arts. 92, 94, 103.1º, 160 y 161 CC); y determinar la persona o personas que vienen obligadas a prestarle alimentos (arts. 142 y ss. CC). En estos casos la intervención del Juez obedece a la falta de la necesaria

aceptación o acuerdo entre los interesados, sean niños, padres, tutores o parientes.

3º Determinación de facultades.

El contenido de las funciones, que corresponden a cada figura protectora, viene establecido por Ley, si bien en algunos supuestos el Juez es el único que puede, con alguna excepción, introducir modificaciones que limiten ese contenido. La trascendencia de esta función es grande en cuanto que goza el Juez de considerable discrecionalidad.

Así, puede y debe el Juez establecer las medidas de vigilancia y control que deben cumplirse en el ejercicio de la tutela (art. 233 CC); curatela (art. 291 CC) y guarda de hecho (art. 303 CC); determinar las funciones del defensor judicial (art. 302 CC); y en general, adoptar en beneficio del niño cuantas medidas sean convenientes para asegurarle alimentos, apartarle de peligros y evitarle perjuicios (art. 158 CC).

4º Privación y limitación de funciones.

Es de completa competencia del Juez limitar, privar y excusar de las funciones asistenciales a quienes son titulares de las mismas.

En el ejercicio de esta labor corresponde al Juez resolver las acciones de impugnación de la filiación (arts. 127 y ss. CC) y de extinción de la adopción (art. 180 C); hacer cesar el acogimiento familiar por él constituido (art. 173.3.1º CC); primar total o parcialmente de la patria potestad (art. 170 CC); remover del cargo al tutor (art. 247 CC), curador (art. 291 CC) y defensor judicial (art. 301) y resolver sobre las excusas de los mismos (art. 255 CC).

En el ámbito de las limitaciones dispone el Juez de amplias facultades para establecer cuantas medidas considere adecuadas para la protección del niño (art. 158 CC), contemplándose expresamente algunas referidas a convivencia y visitas (art. 160 y 179.1º CC y 1911 LEC) o de administración de bienes (arts. 167 CC).

5º Reforma de Menores.

Hasta aquí he descrito concisamente las funciones judiciales en ámbito de protección. Sin embargo, también se atribuye a la justicia la función de aplicar medidas "correctoras" a los niños que han cometido algún hecho tipificado como delito o falta en las Leyes Penales.

Esta materia está regulada por la Ley Orgánica sobre Competencia y Procedimiento de los Juzgados de Menores según nombre y redacción dada por la Ley Orgánica 4/92, en que se contempla un proceso penal, suavizado y matizado, pero penal, a aplicar a los menores, comprendidos entre los 12 y los 16 años, que hayan cometido algún hecho delictivo, y a los que el Juez puede aplicar medidas de amonestación, libertad vigilada, privación de licencia de conducir o internamiento en centro cerrado, entre otras. Siendo objeto de otra ponencia, me remito a aquélla y a lo que después objeto sobre su formulación legal actual.

Como resumen a lo expuesto en los apartados anteriores, podríamos decir que, salvo los casos de asistencia inmediata, antes citados, la intervención judicial en relación con la infancia está supeditada a la aparición de alguna carencia asistencial en el entorno del niño. En tal supuesto su intervención es necesaria cuando se trata de cambiar a las personas o limitar las facultades de las funciones protectoras, y dirimente, en cuanto sólo es precisa en caso de desacuerdo, cuando se trata de exigir el cumplimiento de obligaciones a quien se niega a hacerlo.

EFICACIA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES JUDICIALES.

Que las decisiones judiciales deben seguir cauces procesales que garanticen los derechos de todas las partes afectadas, es un principio aceptado y reiterado tanto en las Leyes como en la doctrina de nuestros Tribunales.

Estas necesarias reglas procesales son, sin embargo, deficientes en relación con la infancia, tanto por la variedad competencial, como por la provisionalidad y dispersión de las normas de procedimiento a aplicar.

1º Dispersión de competencias.

La estructura de competencias de los diferentes tribunales pueden conducir a hacer necesaria la intervención de varios Jueces de distintos lugares, para resolver las carencias asistenciales de un niño. Veamos la distribución actual.

a) Tribunales Penales.

En los casos en que los niños son víctimas de hechos delictivos cometidos por adultos, los tribunales competentes, tanto para sancionar al autor como para reparar el daño, son los del orden penal del lugar donde se cometieron los hechos (art. 8 y SS. LEC). Estos pueden establecer privaciones y limitaciones en el ejercicio de las potestades asistenciales de los adultos hacia los niños, pero no pueden designar a quienes deben sustituirlos, cuando sea preciso.

b) Juzgados de Menores.

Los Jueces de Menores tienen competencia únicamente para imponer al niño medidas correctoras por consecuencia de su conducta delictiva, pero no para establecer las medidas de protección que precise. Existen sólo en las capitales de provincia.

c) Juzgados de Familia y de Primera Instancia.

Son los competentes en las atribuciones judiciales de lo que hemos llamado protección. Sin embargo, los criterios legales de reparto territorial vigente son dignas de mejor causa, y evidencian el olvido del interés del niño como criterio preferente.

Así, el Juez competente cuando de conflictos matrimoniales se trata, puede ser distinto a aquel que debe resolver controversias en el ejercicio de la patria potestad (D. Adicionales Ley 30/81 y art. 62.2º LEC); y el de discernir los cargos de tutor y curador será distinto del que deba resolver las controversias durante su ejercicio (art. 63.19º LEC); como puede ser distinto el Juez encargado de establecer medidas de custodia provisional (art. 63.20º LEC), de aquél competente para establecer alimentos (art. 63.21º LEC); e incluso variará la competencia para establecer medidas de custodia o de alimentos, dependiendo que el niño esté o no en situación legal de desamparo (art. 63.16º LEC), y así sucesivamente.

En realidad, en todo este marasmo de competencias territoriales, en los únicos supuestos en que se atribuye competencia preferente al Juez del lugar donde resida el niño, es en los de nombramiento de defensor judicial, con alguna salvedad (art. 62.23º LEC), en los de autorizaciones judiciales (art. 63.23º LEC) y en los de medidas de custodia y visitas (art. 63.20º LEC) siempre que en estas últimas no intervenga la entidad pública.

En todas las demás, o sea, en la mayoría, los criterios preferentes para atribuir la competencia son otros, que si algo tienen que ver con el interés del niño será coyunturalmente. Los criterios son, por ejemplo, el lugar de celebración del matrimonio, el del domicilio de los padres, el del lugar de los bienes, el de la entidad pública, el del adoptante, entre otros.

Con todo esto es posible que para resolver las carencias asistenciales de un niño sean precisos diversos procedimientos, seguidos en distintos lugares y por distintos jueces, algunos lejanos al niño.

d) Tribunales Contencioso-Administrativos.

Salvando el ámbito de la tutela pública, cuya competencia se atribuye a los Juzgados de Primera Instancia, la protección del niño frente a posibles abusos o arbitrariedades de la Administración, viene atribuida, como para los adultos, a la Jurisdicción Contencioso-Administrativa. La protección judicial en este ámbito cobra especial importancia en cuestiones tan trascendentales para la infancia como la educación o la sanidad, aunque habitualmente se olvide.

2º Dispersión de procedimientos.

Algo similar a lo que sucede con las competencias, ocurre con los trámites judiciales que deben seguirse para adoptar la decisión protectora que corresponda en cada caso. El trámite a seguir depende no sólo de la medida que se vaya adoptar, sino de otros parámetros, cuales son, el grado de durabilidad de la misma, los demás intervinientes, aparte del niño y la situación de los padres. La situación actual de trámites procesales no es sino la consecuencia de una sucesiva acumulación de procedimientos provisionales, que se han ido creando para salir del paso, y que responden más a cubrir lagunas legales que a hacer eficaz la protección judicial al niño.

En lo que se refiere a protección, nos encontramos con dos grupos de procedimientos: los de jurisdicción voluntaria y los de jurisdicción contenciosa.

La Jurisdicción voluntaria se caracteriza por la mayor flexibilidad en los trámites a seguir y, por tanto, la mayor celeridad en la resolución judicial correspondiente. Estos procedimientos permiten, por regla general, que el Juez adopte la medida protectora que se estime necesaria, aunque sea con carácter provisional y revisable en trámite contencioso. Por esta vía, que poríamos considerar urgente, pueden adoptarse, provisionalmente, todas las medidas de asistencia que un niño precise (D.T. 10º Ley 11/81; D.A. 4º Ley 30/81; D.A. Unica Ley 13/83, arts. 1828 y SS LEC; arts. 1910 y ss. LEC; etc.)

La Jurisdicción contenciosa, en la que la existencia de posiciones contrapuestas exige unos trámites más rígidos, que permitan a todos los interesados exponer y alegar cuanto consideren en defensa de sus derechos, se contempla como medio de revisión de las medidas provisionales adoptadas por la vía urgente (arts. 1817, 1827, 1839, 1873, 1915 LEC, entre otros), y como medio para dar permanencia y estabilidad a las funciones asistenciales, cuando son precisos cambios o limitaciones. Así es ésta la vía adecuada para establecer la filiación natural discutida (art. 484 2º LEC); para privar o limitar las funciones de la patria potestad o la tutela (arts. 170 y 179 CC y 1879 LEC); para resolver la impugnación de la adopción (art. 1832 LEC); y para determinar la obligación económica de alimentos definitivos (art. 1617 LEC). Pero el problema, más que en esta estructura, cuyo mantenimiento puede estar justificado por diversas razones, se encuentra en la diversidad de trámites a seguir, según diferentes variables, menos justificables en algunos casos.

En Jurisdicción voluntaria, por ejemplo, los trámites a seguir están condicionados por el hecho de que los padres estén legalmente separados o divorciados (D.A. 6º Ley 30/81) o no lo estén (D.T. 10º Ley 11/81); en medida de guarda, además serán distintos los trámites si se trata de acogimiento familiar (art. 1828 LEC), que si se trata de otra medida de custodia provisional (arts. 1910 y ss. LEC); los trámites para establecer pensión de alimentos serán distintos si se establecen como medida complementaria de la guarda y custodia (art. 1916 LEC), que si han de determinarse por separado (art. 1609 y ss. LEC). Y es distinto el procedimiento para constituir la tutela o curatela (arts. 1840 y 1861 y ss. LEC) del previsto para nombrar defensor judicial (art. 1884 y ss. LEC).

En jurisdicción contenciosa, los trámites para privar o limitar la patria potestad (art. 484 2º y 4º LEC) son distintos de aquellos en que se discuta la tutela o curatela (art. 1839 y 741 LEC), y de aquellos otros en que se discuta el acogimiento familiar o la adopción (art. 1827 LEC).

En algunos supuestos, la oposición a la adopción de la medida protectora, que se solicite produce la conversión del procedimiento en contencioso (tutela, curatela, defensor judicial), mientras que en otros tal pretensión debe producirse en otro procedimiento (medidas de custodia provisional o controversias de patria potestad).

Existen, por último, algunos supuestos en los que los trámites a seguir son, cuando menos dudosos, y exigen una implementación y aplicación extensiva de normas que dificultan considerablemente la eficacia judicial. Tal es el caso de las medidas de protección para los niños que estén en

situación legal de desamparo (art. 174.2º CC), cuando no sean acogimiento o la adopción; o en las medidas a adoptar para apartarle de un peligro o evitarle perturbaciones o perjuicios (art. 158 CC), cuando sean distintas a la custodia provisional. La transitoriedad de muchas de las normas procesales, y la antigüedad de otras, conducen a un abigarrado y complejo sistema de distribución de competencias y trámites que exigen, en muchos casos, el seguimiento de varios procedimientos para lograr una efectiva y estable medida de protección judicial, cuando no producen la paralización ante las dudas del trámite adecuado.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA SITUACION ACTUAL.

Sin ánimo de ser exhaustivo, y dada la importancia que la intervención judicial tiene para la efectiva protección del niño, expondré algunas consideraciones sobre los inconvenientes prácticos que también se presentan.

Aspectos positivos.

- La especial protección y estabilidad que las normas legales, tanto internas como internacionales, conceden al entorno del niño, como medio más idóneo para propiciar su desarrollo personal y social, exigen la intervención judicial, en los aspectos de vigilancia, dotación y limitación de cargos asistenciales que antes se apuntaban. Y ello es así por las especiales funciones que en exclusiva concede la Constitución (art. 117 CE) al poder judicial para administrar justicia.

La creciente atribución de competencia judiciales en la protección de la infancia, que se ha experimentado en la legislación española con las reformas en las relaciones paterno-filiales, la tutela y la protección de menores, es valorada por la mayoría de la doctrina jurídica con carácter positivo, y como medio adecuado para salvaguardar y restablecer los derechos del niño, conjugándolos con los demás intereses en juego. Desde el punto de vista jurídico, que sea el Juez, y sólo el Juez, el que pueda limitar o privar de facultades de la patria potestad o la tutela, se considera tanto un medio adecuado de protección del niño frente a los abusos de quienes deben asistirlo, como una garantía de estabilidad en las funciones de dichas personas, cuando su desempeño es adecuado, frente a ingerencias extrañas que puedan perjudicar esas relaciones.

No es tan pacífico, sin embargo, otro aspecto de la función judicial en relación con la infancia, cual es el de separar protección y reforma, aplicando a esta última una concepción sancionadora y separando las competencias en una y otra materia. Si positivo es no mezclar niños que son objeto de protección institucional con los que las mismas instituciones guardan por motivos de reforma, no es menos cierto que la mayor parte de los niños sometidos a medidas de reforma necesitan también medidas de protección, y que unas y otras medidas deban ser tomadas por órganos diferentes dificultad su eficacia.

Aspectos negativos.

- Precisamente porque la intervención judicial es importante, y porque

la misma puede tener enorme trascendencia en el niño, es importante resaltar aquello susceptible de mejorar en dicha intervención.

De las cuestiones de aquí apuntaré, algunas exigirían, para su corrección, reformas legislativas, y otras simplemente cambiar los hábitos y sensibilidad hacia el niño, sus intereses y necesidades.

1º Cambio de las normas procesales.

La antigüedad de algunas de las normas, la provisionalidad de otras, y la falta de preferencia de casi todas por el principal interés del niño, nos sitúan ante unas normas procesales de aplicación en la protección de menores que, como antes he apuntado, las hacen muy poco eficaces para la misión que deben cumplir. Este panorama hace imprescindible y urgente la apobación de nuevas normas de procedimiento y distribución de competencias, en que se considere con carácter preferente a cualquier otro en juego, el interés del niño, lo cual debe tener reflejo tanto en la distribución de competencias, como en los trámites, como en la celeridad de las soluciones. Sin olvidar la atención a las necesidades, madurez y capacidades del propio niño.

La armonización de competencias para evitar lo que a veces se ha llamado "peregrinaje del justiciable por los Tribunales", en este caso del niño, e impedir dolorosas suspensiones por "cuestiones prejudiciales", que flaco favor hacen al niño, serían consideraciones importantes a tener en cuenta.

No deja de ser un eufemismo pensar que hoy día los niños están efectivamente protegidos contra posibles arbitrariedades de la Administración, por ejemplo, en materias tan sensibles como la enseñanza o la sanidad, si consideramos la distribución actual de los organismos y jurisdicción competentes y el tiempo, normalmente años, que suelen tardar en resolver las cuestiones.

Y lo mismo sucede en los casos en que los niños son víctimas de delitos, cuyos procedimientos producen "de hecho" la suspensión, de dudosa justificación, de medidas protectoras que podrían adoptarse en su preferentes interes, hasta la resolución de aquella cuestión penal previa.

2º Modificación de las normas de reforma.

Muchas y variadas son las críticas que se están haciendo al vigente sistema legal de reforma de menores, nacido con el carácter de urgencia, y con el fin decubrir el importante vacío legal detectado por el Tribunal Constitucional (STC 36/1991 de 14 de Febrero, Pleno) en la anterior legislación.

La cuestión fundamental que, a mi entender, es el nudo gordiano de esta materia, es que el legislador ha querido mantener el reproche social hacia el niño que ha cometido un hecho delictivo, en vez de seguir la recomendación que la CDN (art. 40.3.b) hace a los estados miembros para tratar a esos niños sin recurrir a procedimientos judiciales.

Aunque la Ley 4/92 hace circunloquios lingüísticos para llamar "medi-

da" a lo que vulgarmente entendemos por "castigo"; "alegaciones" a lo que, por el contenido, es una "acusación"; "audiencia" a lo que tiene todos los componentes de un "juicio"; y "resolución" a lo que en realidad es una "sentencia", es evidente que la misma Ley exige que al niño se le "acuse de un delito o falta" (se alegue de él que lo ha cometido), se le pruebe la comisión, y se le imponga, como consecuencia, una "sanción" (medida) o algo muy próximo a la sanción.

Desde luego no es imposible, aunque quizás si impopular, renunciar a ese reproche social, y sustituirlo por la adopción de medidas educativas y formativas que modifiquen las conductas antisociales del niño, aliviando la carga de ser "delincuente" que, querámoslo o no, ahora se le impone.

Lo que aquí planteo es, sin duda, difícil, porque se implican sensibilidades personales y sociales muy dispares junto a importantes carencias de medios para hacer algo distinto. Pero someterlo a la consideración de todos parece necesario, habida cuenta de la insatisfacción que el sistema actual ofrece.

3º Atención al niño como persona.

El derecho de menores ha experimentado en los últimos doce años cambios cualitativos y cuantitativos de suficiente importancia como para apreciarse cierto desfase entre los principios que lo inspiran y la aplicación práctica que de ellos se hace.

Exigencias legales tales como la atención a la madurez del niño, participación activa en cuanto le afecte, respeto a su capacidad de obrar o a expresar libremente sus ideas, atender a sus circunstancias personales, familiares y sociales, entre otras, son ignoradas con excesiva frecuencia en la práctica forense, a veces por simple desconocimiento y otras al socaire de argumentos, no por paternalistas, menor indefendibles.

Detallaré aquí algunas de las exigencias legales en la atención al niño que con frecuencia se incumplen, o se cumplen mal en la práctica social.

a) Celeridad en las soluciones:

Sin extenderme en la conocida polémica sobre el retraso judicial, entiendo que la tardanza en la solución de asuntos que, de un modo u otro, afectan a niños y en especial los referidos a asistencia personal y económica, son un verdadero maltrato institucional hacia ellos. Los parámetros de tiempo para los niños son muy diferentes a los de los adultos, y unos meses de precariedad asistencial por causa de una resolución judicial pueden suponerle graves carencias perdurables. En beneficio del niño entiendo necesario, incluso imprescindible, establecer criterios de absoluta prioridad y celeridad en la tramitación de tales asuntos, y en especial los referidos a custodia, tutela, visitas, patria potestad, y demás que afectan a su asistencia personal y económica.

b) Respeto a la capacidad del niño:

Es claro derecho del niño participar activamente y expresar su opinión y que ésta le sea respetada, en todos los asuntos que le afecten, desde que

tenga suficiente juicio para ello (arts. 12.1º CDN, 92 y 154 CC, entre otros muchos). Sin embargo son excesivos los casos en que se toman resoluciones judiciales a sus espaldas, sin que el Juez tenga constancia siquiera ni de su grado de madurez, ni de su opinión sobre la cuestión. El niño se ve condenado a sufrir la consecuencia, le guste o no, pero no ha podido participar ni influir, en modo alguno, en la decisión.

Procurar y facilitar la participación activa del niño en el procedimiento, en la medida de su madurez, es fomentar su desarrollo e integración social mediante la participación en su entorno, y es mostrarle el respeto que como persona merece. Es necesario encontrar las vías que faciliten esa participación y conviertan la experiencia en algo positivo y no traumático, en vez de excluirlo, sin más.

c) Audiencia judicial:

Oír al niño es el medio legal previsto para permitir su participación, antes citada. En unos casos para conocer su opinión, y en otros para recabar su consentimiento. Sin embargo, en la práctica, lo que supuestamente ha de ser un sano ejercicio de participación y autoestima se puede convertir en un mal rato, no tanto porque la previsión legal sea mala, como por el modo en que se realiza. Difícilmente va conseguirse que un niño de su opinión ante una persona desconocida y poderosa, en lugar aún más extraño, sobre el que poco o nada le han informado.

En vez de omitir el trámite, como a veces se hace, la exigencia sería arbitrar medios más adaptados al niño para expresar su opinión. La intervención de personas capaces para conectar con los niños, informarles de lo que van a encontrar, de las cuestiones que se debaten, de lo que se pretende de él y en fin la adaptación de los intervinientes a su madurez, no son objetivos imposibles y posibilitarían, en cambio, el derecho de audiencia judicial que el niño tiene.

4º Especialización y dotación técnica.

Tanto una como otra son dos verdaderas asignaturas pendientes de nuestra Administración de Justicia.

En materia de reforma existe especialización orgánica, en cuanto que los Juzgados de Menores se dedican exclusivamente a estas tareas, pero no siempre se produce la especialización personal, dado que no se exige que el Juez encargado del Juzgado sea especialista en derecho de menores. En cualquier caso, el número de jueces especializados es escaso.

En protección, ni siquiera la especialización orgánica es completa, en cuanto que ésta sólo existe en los lugares en que se han creado Juzgados de Familia. En los demás partidos judiciales, que son la mayoría, el Juez encargado de la protección debe compatibilizar esta función con la de otros asuntos civiles y mercantiles, cuando no penales, que nada tienen que ver con la infancia.

Esto produce que en excesivas ocasiones el derecho de menores sea el gran olvidado, y que en la inseguridad de lo que deba hacerse enquisten muchas situaciones carenciales que debieran resolverse.

En cuanto a asistencia técnica, entendiéndola por tal la de especialistas en niños que puedan informar al Juez sobre circunstancias que debería siempre conocer, cuales son el entorno personal, familiar y social del niño o su grado de madurez, así como facilitar la participación de éste, a que antes me refería, su precariedad es considerable.

Existen equipos en los Juzgados de Menores, encargados de emitir el obligado informe técnico al inicio del expediente y de asistir al Juez a lo largo del proceso. Y existen en algunos Juzgados de Familia, si bien su intervención no es formalmente obligada, y depende, en la práctica, de que sea expresamente pedida.

En el resto de los Juzgados no existe apoyo técnico alguno, y sólo en los casos de adopción se exige informe de la entidad pública que es la propuesta iniciadora del expediente. En los demás casos, se están decidiendo custodias, visitas, alimentos, tutelas, sin más apoyo o asesoramiento técnico del que el talante del Juez estime preciso que, por costumbre, suele ser escaso.

Esta situación de precariedad se ve abonada por la difícil comprensión que con frecuencia se produce entre los Jueces no especialistas y los técnicos de infancia. El desconocimiento mutuo de las materias de cada uno, impide una fluidez y colaboración que sería deseable para la atención del niño.

EL FISCAL COMO DEFENSOR DEL MENOR

FELIX PANTOJA GARCIA

Configura la legislación española al Ministerio Fiscal, como la Institución encargada de la defensa de la legalidad, de los derechos de los ciudadanos, y del interés público tutelado por la Ley (art. 124 de la C.E.).

En el art. 3 de la ley 50/81, concreta esta responsabilidad al encomendarle la representación y defensa, en juicio y fuera de él, de quienes por carecer de capacidad de obrar o de representación legal, no puedan actuar por sí mismos, así como, promover y formar parte de los organismos tutelares que tengan por objeto la protección y defensa de menores y desvalidos.

El desarrollo de las distintas leyes sustantivas y procesales, encomiendan al Fiscal, ya en concreto, la defensa de los derechos de los menores, en los distintos ámbitos procesales, pero fundamentalmente, en otros tres básicos para su actuación:

- 1.- En el ejercicio de la acción penal, en defensa de los menores víctimas de los delitos tipificados en las leyes penales, así como en el ejercicio de la correspondiente acción civil.
- 2.- En el ejercicio de las funciones expresamente tuteladas reguladas en el código y leyes de enjuiciamiento civiles, en los supuestos tanto de desprotección como de crisis familiares.
- 3.- En el ejercicio de las funciones encomendadas por la ley orgánica reguladora del procedimiento y competencia de los Juzgados de Menores determinados por el interés del menor.

Sobre este trípode, se asienta la función protectora que ejerce el Fiscal sobre los menores, y con objeto de que en estas Jornadas dedicadas genéricamente al estudio de la infancia maltratada, pueda comprenderse el alcance que en la defensa del menor pueda tener el Fiscal, parece preciso, desarrollar, aunque brevemente, cada una de esas funciones.

I.- Ejercicio de la acción penal.

EL Código Penal, a lo largo de sus tipos, establece aquellos mínimos éticos que la sociedad reprocha como intolerables su vulneración. Entre ellos, aparecen una serie de tipos penales, a través de los cuales, se esta-

blece la protección de los menores víctimas de delitos, y así, aparecen los tipos dedicados a la sustracción de menores (arts. 484 y ss), abandono de familia y niños (art. 487), impago de pensiones a favor también de los hijos menores (art. 487 bis), abandono de menores de 7 años (488), entrega de menor sin anuencia (art. 489), explicación y mendicidad de menores (489 bis), malos tratos regulado en los artículos de las lesiones, o los habituales (425), delitos contra la vida o la integridad física de los menores en los tipos generales como el homicidio y asesinato (406 y 407) parricidio del hijo menor (405), así como las diversas faltas por el déficit del ejercicio de sus obligaciones por parte de padres o tutores (584), sin olvidar el amplio catálogo de los tipos penales que protegen la libertad sexual, también de los menores, violación (429, 429.3), agresiones sexuales (430), exhibicionismo y provocación sexual (431 y ss), estupro y raptó (434 y ss.), relativos a la prostitución (452bis a y ss.), facultando el art. 443 al Ministerio Fiscal para proceder en muchos de estos delitos, al tratarse de menores víctimas, para el ejercicio de la acción punitiva.

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

Aparece pues el Fiscal configurado con un gran protagonismo en la defensa de estos derechos y deberes gravemente vulnerados, a ser los menores víctimas de las infracciones de estos tipos penales. No obstante, en el ejercicio de la acción penal y de la civil derivada del delito, no debe agotarse la actuación del fiscal. Además de instar las medidas de protección correspondiente, el Fiscal debe cuidar al menor como víctima, en todas las fases y actos del proceso, para que éste no se convierta en una nueva forma de agresión, cuidando de evitar la exposición innecesaria del menor a las vicisitudes procesales que no sean estrictamente necesarias a los fines del mismo.

Debemos pues concluir este aspecto, poniendo de relieve la responsabilidad, no sólo profesional, sino también humana del Ministerio Público y de sus funcionarios, pues el ejercicio de la acción penal a que nos venimos refiriendo, sin una gran dosis de humanismo tanto respecto al procesado y sobre todo para con la víctima, convierte al proceso penal en una nueva agresión, que en el caso de los menores víctimas, agrava su situación de forma intolerable para los principios de una sociedad democrática y para las Instituciones y funcionarios que la sirven.

II.- Ejercicio de las funciones tuitivas.

Tiene encomendada al Ministerio Fiscal, por imperativo del artículo 174 del Código Civil la superior vigilancia de la tutela, acogimiento, guarda de

los menores a que se refieren los Artículos 172 y 22 del mismo cuerpo legal.

Aparece la función encomendada al Fiscal, como el elemento necesario para articular jurídicamente las actuaciones protectoras de los menores.

En efecto, la Ley 21/87 de 11 de Noviembre vino a introducir el modelo constitucional en las relaciones de las distintas instituciones que contribuyen a la protección de los menores. Hasta ese momento, era el Tribunal Tutelar de Menores, las Juntas de Protección de Menores, etc., las encargadas de aplicar aquellas medidas que en protección de los mismos se hacía preciso establecer; de tal manera que era el Juez del Tribunal Tutelar el que venía a resolver sin contradicción y oídos, en su caso, los informes técnicos el que decidía sobre la conveniencia o no de la naturaleza de las medidas protectoras.

Esta situación planteaba diversos problemas tales como, que el Juez generalmente se encuentra alejado de la realidad de los menores, y que la decisión a adoptar no siempre era la rápida e inmediata que la situación requería, sin olvidar que en muchos casos los padres del menor o, en general aquellas personas interesadas en ellos, carecían de mecanismos efectivos para mostrar su oposición a la decisión judicial.

Como decía la Ley 21/87 viene a modificar, al menos en parte, estos problemas, y sobre todo, trata de establecer las relaciones entre los intervinientes de acuerdo con la Constitución.

En efecto, la Ley atribuye a la Administración a través de las Entidades Públicas con competencia en la protección de menores, la primera decisión en cuanto al alcance de las medidas a adoptar. Estas entidades públicas, hoy día dependientes en su totalidad, salvo los casos de Ceuta y Melilla, de las Comunidades Autónomas, son las encargadas de valorar la situación del menor y en concreto de valorar la situación de desamparo con incumplimiento, imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para los progenitores o tutores, o bien cuando el menor queda privado de la necesaria asistencia material o moral. Esta decisión es, evidentemente técnica, es decir ha de adoptarse con rapidez y eficacia según que los Asistentes Sociales, Educadores o Psicólogos, o incluso otros profesionales como los médicos, aprecien en el menor alguna circunstancia que responda a la definición legal aludida, o que en cualquier caso, haga precisa una intervención en favor del menor. La Ley faculta en estos casos a las Entidades Públicas a adoptar la llamada Tutela Automática, que supone de hecho un vaciamiento del contenido de la patria potestad, quedando el menor en guarda de una Institución dependiente de la Entidad Pública, en tanto se solucionan los problemas que originaron la decisión de la tutela o bien se arbitra alguna de las medidas previstas en la Ley como son el acogimiento o en su caso la adopción.

Pues bien, el contenido del Artículo 174 del Código Civil que encomienda al Fiscal la superior vigilancia, significa que la Entidad Pública tiene obligación de poner en conocimiento de esta Institución la decisión adoptada, y es el Fiscal, el que valorando la misma en el caso de discrepancia, lleva el conflicto ante el Juez de Familia (o de Primera Instancia en los lugares donde no haya aquéllos) para que tras el oportuno procedimiento el Juez

resuelva a la vista de las pruebas practicadas -generalmente los informes de los Equipos Técnicos de los Juzgados- dictando resolución de acuerdo o no con la medida adoptada con la Entidad Pública; vemos de este modo cómo se encomienda a la Entidad Pública precisamente el contacto directo con el menor y la actuación administrativa tendente a solucionar la situación de peligro en que este se puede encontrar, propiciando a través del Fiscal el control jurisdiccional de esta medida, que si quedara exclusivamente en manos de los padres, devendría ineficaz ya que en la mayoría de los casos los padres no se encuentran en situación de dar una respuesta a la actuación de la Administración, al no saber acudir al Juez, ni qué recursos jurídicos emplear para la defensa de sus intereses y de los que ellos entiendan que corresponden a sus hijos.

De lo expuesto vemos, que existe un marco jurídico adecuado, con las suficientes garantías procesales, para acudir en protección de los menores desamparados, pero a la sociedad no le debe bastar con el marco jurídico, pues nada de esto tiene validez si no va acompañada de los recursos sociales suficientes para posibilitar el desarrollo de los menores y sus familias, y en el caso de que esto ya no sea posible el desarrollo del menor en otro entorno familiar que le permita encontrar las circunstancias sociales y familiares adecuadas en su desarrollo personal.

Hemos visto, en protección de menores el modo en que el Fiscal lleva a cabo la superior vigilancia cuando se adopta la tutela automática de un menor, y sirven los argumentos ofrecidos básicamente para el resto de los supuestos contemplados en el Código Civil, es decir en el caso del acogimiento, la guarda voluntaria, y en la intervención del Fiscal en la adopción.

En ambos casos la Ley prevé el procedimiento para llevar a cabo las distintas figuras enunciadas, y así en el caso de acogimiento cuando no cabe la posibilidad de efectuarlo de modo administrativo, es decir, con consentimiento de todos los intervinientes -Entidad Pública, Padres y Acogedores-, la Ley establece que el fiscal será parte en el expediente de jurisdicción voluntaria en el que se va a resolver sobre la conveniencia o no del acogimiento propuesto en interés del menor. Igualmente cabe decir, de las discrepancias que pueden surgir en los acogimientos administrativos y en las guardas voluntarias en las que, una vez judicializada la cuestión, el Fiscal es parte, en interés del menor, proponiendo al juez la práctica de las pruebas que considere oportuna y en su caso instando el contenido de la resolución.

De todo ello, cabe deducir, una vez más la importancia que tiene el Ministerio Público en la estructura jurídica de la protección de menores, que entendemos no debe quedarse en su actuación ante los Tribunales, sino que siendo el fiscal el encargado de la protección de los derechos de los ciudadanos y del interés público tutelado por la Ley, debe proponer al resto de los poderes públicos una actuación efectivamente protectora, poniéndose asimismo al servicio de los ciudadanos, a través de las asociaciones públicas y privadas que trabajan en favor de los menores, y auxiliando a toda persona que tiene en su seno familiar alguna situación problemática

con respecto a sus hijos y en todo caso haciendo efectiva la orden legal de proteger a los menores acercándose a los mismos y a su realidad.

Por último y para terminar, el aspecto tuitivo de la actuación del Fiscal, no hay que olvidar la intervención del Ministerio Público en los procesos derivados de las crisis matrimoniales en las que el fiscal es parte en interés del menor y ante posibles intereses antagónicos de los padres actuando ante el Juzgado de Familia y proponiendo la prueba que permita determinar cuál es el interés del menor en el proceso.

III.- El fiscal en el proceso de reforma de menores. Otro aspecto de la función tuitiva.

La Ley Orgánica 4/92 reguladora de la competencia y el procedimiento de los Juzgados de Menores, otorga al Ministerio Fiscal una serie de competencias, que sin duda ninguna pueden calificarse como de protección de menores.

Si bien la Ley Orgánica referida tiene como objetivo, establecer un procedimiento para aquellos menores de 16 años y mayores de 12 que han infringido las Leyes Penales (Código Penal y Leyes Penales especiales), y en consecuencia expresar el reproche social de sus conductas, no cabe duda de que la pretensión procesal que se desprende de una interpretación sistemática de la Ley, es evidentemente educativa, por lo que la responsabilidad atribuida al fiscal en cuanto que postula ante el Juzgado la imposición de una medida, es necesariamente protectora.

Configura la Ley el esquema para la aplicación de las medidas educativas atribuyendo al Ministerio Fiscal la instrucción de la causa. Esta actividad instructora tiene como objeto, la determinación de los hechos en que ha participado el menor y que presuntamente vulneran lo establecido en las Leyes Penales; ahora bien, no sólo la actuación del Fiscal se refiere a la acreditación de los hechos imputados, sino que a lo largo del procedimiento, la Ley le permite, y en ocasiones le obliga, a valorar otros aspectos aparte de los fácticos, antes de adoptar alguna decisión con respecto al menor.

Asimismo, la que hemos llamado actividad protectora del Ministerio Fiscal en este procedimiento se expresa en la regla 2ª del Artículo 15 de la Ley cuando dice "corresponde al Ministerio Fiscal la defensa de los derechos, la observancia de sus garantías, el cuidado de la integridad física y moral del menor...", mandato éste imperativo de la Ley que se lleva a cabo a través de los diversos mecanismos que la misma pone a disposición del fiscal.

Elemento clave para la postulación del Fiscal de medida educativa es lo que la regla 4ª del citado Artículo prescribe obligatorio para el fiscal que deberá requerir al Equipo Técnico de Apoyo un informe sobre la situación psicológica, educativa y familiar del menor, así como sobre su entorno social y en general sobre cualquier otra circunstancia que pueda haber influido en el hecho que se le atribuye.

Es pues comprensible, a la vista del precepto legal, que el procedimiento gira, no solo, alrededor de los hechos imputados al menor cuya

acreditación compete al Fiscal, sino también sobre aquellas circunstancias psicosociales determinantes de su personalidad y de su posición ante los hechos. Más no queda aquí reducida la actuación del fiscal -a postular una medida educativa teniendo en cuenta el informe del Equipo- sino que es el propio fiscal quien tiene a lo largo del procedimiento, facultades dispositivas para concluir el mismo o incluso articular -con los correspondientes informes Técnicos y bajo control del Equipo- medidas reparadoras de contenido educativo.

Además de lo expuesto en la tramitación del procedimiento la Ley encomienda al Fiscal el seguimiento del cumplimiento y de la eficacia de la medida impuesta, es decir, del alcance efectivo que de la propuesta educativa hecha en su momento se lleve a cabo. Y así, el art. 23 de la Ley, permite al Juez, la modificación de la medida impuesta, a la vista de los informes que sobre su cumplimiento y eficacia se emitan, y ello a instancia del Fiscal, que ha de conocer, en consecuencia, los elementos técnicos de esta evolución, y sustentar su postulación de modificación, ante el Juzgado de Menores, siempre atendiendo al interés del menor, del que el Fiscal es en todo momento garante.

Así pues, el interés jurídicamente protegido por esta Ley, que la exposición de motivos de la misma define cuando dice que "la presente ley establece un marco flexible para que los Juzgados de Menores puedan determinar las medidas aplicables a los menores que hayan realizado hechos susceptibles de ser tipificados como infracciones penales, pero siempre sobre la base de valorar especialmente el interés del menor", es decir el interés del menor, se encomienda de manera preferente al Ministerio Fiscal, a través de sus decisiones en el proceso, de la postulación de medida y del control de la misma a los fines educativos.

Cabe decir para terminar, que el ejercicio de las funciones encomendadas por la ley al Ministerio Fiscal, suponen un ejercicio de aproximación a otras ciencias distintas de las jurídicas, sin las que no cabe salvaguardar el interés del menor, en cumplimiento del mandato legal.

IV.- Conclusión.

De las breves notas expuestas, cabe concluir, que la Institución del Ministerio Fiscal, sume una gran carga de competencias en la protección de los menores en nuestra legislación.

Ahora bien, no sólo con la legislación, es decir con el mundo del derecho se puede alcanzar una efectiva protección de los menores, ni la sociedad debe descansar pensando que tan eficaz Institución como el Ministerio Público va a resolver con la fuerza de las leyes los problemas de los menores. Estos problemas se resuelven, en primer lugar con rodear a los menores de un entorno afectivo sólido, pero también con la aportación de recursos sociales, para paliar las carencias que sufren los menores en nuestro mundo y en otros donde la desprotección es más acusada, y sobre todo con el compromiso ético y social en favor de este sector de la sociedad, que representa su futuro, como expresión de la solidaridad social.

MEDIACION FAMILIAR EN SITUACIONES DE CONFLICTO

TRINIDAD BERNAL SAMPER

INTRODUCCION

Esta ponencia pretende presentar una forma alternativa de resolver los conflictos familiares que van aparejados a la separación o divorcio de la pareja. El objetivo, relacionándolo con este Congreso, es prevenir posibles conductas negativas de los padres hacia sus hijos a consecuencia de sus diferencias como pareja. Estas conductas revisten una amplia gama que van desde el abandono físico, emocional o financiero hasta la disputa por la guarda y custodia de los hijos.

El conflicto interpersonal que ocurre en la ruptura de pareja, presenta como todo tipo de conflicto, un coste económico, elevándose conforme se alarga el procedimiento legal; y un coste psicológico porque todo conflicto exige que los sujetos pongan en acción sus energías para alcanzar la meta fijada (Touzard, 1981). El objetivo de las partes en litigio es ganar el procedimiento, lo que significa vencer al contrario, sin reparar en los medios utilizados y dejando un segundo término las necesidades de los hijos/as, amparándose en "la justicia legal". En los temas de familia, ganar el procedimiento no significa resolver el conflicto, ya que la lucha entre ambas partes continúa y el coste psicológico sigue produciendo daño a todo el núcleo familiar, y en especial a los hijos/as (Golberg et al, 1985), otra forma de resolver los conflictos menos dañina que el vencimiento del adversario es la mediación (Grossman 1985).

La mediación es una forma pacífica de resolver problemas, utilizando técnicas de negociación y la ayuda de una persona neutral. La mediación en materia familiar es una manera nueva de abordar la separación o divorcio. Enseña a las parejas a separarse y al mismo tiempo a seguir manteniendo su responsabilidad como padres después de la separación. Folberg (1983) le define como un proceso no terapéutico, por medio del cual las partes con la asistencia de una persona o personas neutrales intentan aislar de forma sistemática los puntos de acuerdo y desacuerdo, explorar alternativas y consideran compromisos, con el fin de alcanzar un acuerdo consensuado sobre los distintos aspectos de su divorcio o separación.

El objetivo principal del proceso de mediación es conseguir un acuerdo en cada uno de los puntos del convenio regulador y que trata temas como: reparto de bienes, pensiones, uso del domicilio, custodia de los hijos/as, etc... de tal manera que las partes puedan utilizar un mismo representante legal, agilizando el procedimiento y con un mínimo de antagonismo (Wishik

1984). Esto proporciona una disminución del coste económico y del coste emocional, al eliminar la figura del adversario y por tanto las disputas entre las partes que de forma tan negativa inciden sobre los menores. (Bernal, 1992).

VARIABLES QUE JUSTIFICAN EL USO DE LA MEDIACION

En los procesos de separación o divorcio es necesario tener en cuenta aspectos distintivos que explican la conveniencia de utilizar una técnica como la mediación:

a) Situación emocional de las partes en conflicto.

La ruptura de pareja se caracteriza por una situación de tensión y ansiedad que se produce al romperse las conexiones entrelazadas de ambos miembros de la pareja y que habían acomodado a lo largo de su vida de relación (Berscheis, 1982). El resultado es un alto tono emocional y el sujeto experimenta un desequilibrio que afecta a diversos aspectos de su vida: sentimientos, pensamientos, conductas, relaciones familiares y sociales, experimentando un sentimiento de desesperanza, interrupción de sus metas y dificultad para reaccionar adecuadamente ante los acontecimientos (Bernal, 1986).

La respuesta emocional de las personas que se separan no es la misma, depende de su interpretación cognitiva y de variables como la edad, el sexo, toma de decisión, existencia o no de alternativas, cantidad y calidad de la relación, etc... (Bernal 1992; 1993).

b) Respuesta de los niños ante la ruptura.

Los estudios realizados con distintos grupos de edad indican una serie de reacciones emocionales comunes en niños de igual edad (Wallerstein y Kelly, 1980). La opinión extendida en estos estudios es que los niños experimentan respuestas desfavorables antes, durante y después del divorcio. Existen también otros estudios (Rutter, 1987; Werner, 1989) que describen factores protectores que pueden disminuir las respuestas negativas de los niños después de la separación de sus padres.

Estos factores son de tres categorías:

- 1) Disposiciones positivas de personalidad (actividad, afectividad, respuesta social, flexibilidad, autoestima).
- 2) Ambiente familiar favorable.
- 3) Ambiente social favorable.

Aunque el momento evolutivo del niño modela el tiempo de respuesta a la ruptura, la conducta interpersonal de los padres y el mantenimiento de un contacto adecuado del niño con ambos padres después del divorcio, determina la intensidad y duración de tal respuesta (Mitchell, 1985; Bahr et al, 1987). Esto quiere decir que no es tanto la separación de sí misma lo que

les afecta, sino la forma de los padres de llevarla a cabo, que está en relación con la forma de interpretarla.

c) El procedimiento legal.

Las disputas familiares, en general, se resuelven legalmente siguiendo un procedimiento contencioso o de adversario, que si bien puede ser bueno para resolver conflictos referidos a las disputas sobre la propiedad u otro tipo de cuestiones, de ninguna forma es útil para aquellos que tienen que ver con las relaciones familiares, donde los componentes afectivos y emocionales son centrales (Duquette, 1978).

Este tipo de procedimiento agudiza el enfrentamiento entre las partes ya que conlleva la necesidad de contar con un abogado y procurador, representantes legales de cada parte, quienes inician una serie de intercambios, de demandas y contrademandas con el fin de sacar el máximo de ganancia para sus clientes sin tener en cuenta la repercusión de sus acciones en los demás miembros de la familia.

El procedimiento contencioso incita a una lucha entre ambas partes, que si bien ya estaba iniciada antes de emprender la vía legal, ahora se convierte en un duelo a muerte. La historia íntima de la pareja salen a la luz, se revelan secretos mantenidos ocultos durante mucho tiempo, adornados por la pluma del abogado que los utiliza para agredir a la otra parte. Esto provoca una réplica en los mismos tonos por parte de la representación legal del otro miembro de la pareja, agudizando las desavenencias existentes, elevando la intensidad emocional y contribuyendo a que uno o los dos miembros de la pareja exhiban comportamientos negativos no usuales que dañan al otro y a los hijos.

En realidad, las personas que inician este tipo de procedimiento no tienen una idea clara de en qué consiste, cuáles son sus pasos y qué consecuencias pueden tener sobre ellos y los niños.

Nadie les explica el largo tiempo de tramitación; los ataques y las agresiones que se van a intercambiar; el daño que esto le produce a los hijos, y que se añade al de la propia ruptura; las preguntas que deben contestar en el juzgado ante la otra parte; lo que tienen que escuchar del otro; la exploración del niño y de ellos mismos. Como tampoco se les explica que después de la larga batalla, el seguir en desacuerdo, será el juez el que decida con quién va a vivir el niño, cómo cuándo y dónde lo visitará el otro padre, quién se quedará en el domicilio conyugal y en resumen, cómo tienen que funcionar en el futuro.

Esta "solución" legal no consigue disminuir los problemas existentes, más bien consigue aumentarlos, ya que en general ninguno queda de acuerdo con un resultado en el que no han tomado parte, produciéndose los incumplimientos de la sentencia del juez y empezando otra vez los problemas.

Estos tres aspectos indican, por un lado, que los procesos de separación y divorcio no pueden ser considerados como algo exclusivamente legal, sino que la situación emocional de la pareja que va a separarse

ocupa un lugar principal, incidiendo directamente en la forma en que los hijos/as experimentan la ruptura. Por otro lado, la situación emocional experimentada por todo el núcleo familiar se agrava con el uso del procedimiento contencioso.

El procedimiento de mediación ayuda a toda la familia a realizar la ruptura de la manera menos traumática y hace posible el que los interesados intervengan en su procedimiento (Bernal y Martín, 1991; Bernal, 1992). Esta forma de trabajar incita a las partes a que decidan cómo quieren regular su vida futura y la de sus hijos. De esta manera se evita que estos temas, tan importantes para ellos, sean tratados por los abogados respectivos y luego los jueces decidan sobre dichos temas. La mediación es un método para resolver las disputas planteadas en la separación y divorcio. El propósito de la mediación no es cambiar la decisión de separarse o divorciarse, pero da la oportunidad de hacerlo de forma menos conflictiva (Salts y Zonakes, 1983).

La mediación consigue (Bernal 1992):

- 1.- Disminuir la intensidad emocional de la pareja que se separa, modificando su actitud ante la ruptura.
- 2.- Favorecer los factores protectores que disminuyan la respuesta emocional de los niños ante la separación de los padres, manteniendo la responsabilidad de ambos padres.
- 3.- Orientar hacia acuerdos consensuados duraderos que favorezcan el trámite legal amistoso, contribuyendo a una relación positiva con los hijos/as después de la separación.

PROGRAMA DE MEDIACION.

En Septiembre de 1990, el Ministerio de Asuntos Sociales, desde la Dirección General de Protección Jurídica del Menor, aprueba el primer programa de mediación para la separación y el divorcio. Este se pone en marcha en Febrero del 91, en Madrid, en el Centro de Psicología Apside. El programa está diseñado por la Dra. Trinidad Bernal Samper y promocionado por la fundación FONAT, pasando a estarlo en Septiembre del 92 por la Asociación ASETTECCS.

En este programa, la mediación se conceptualiza como un proceso que posibilita el que la pareja esté más preparada para decidir de forma adecuada sobre la regulación de su vida futura y la de los hijos consiguiendo acuerdos consensuados para la elaboración del Convenio Regulador. Así mismo entendemos la mediación como un proceso preventivo que conduce a mantener acuerdos después de realizada dicha separación.

El programa consta de una serie de fases que conducen, de forma lógica, hacia una consecución de acuerdos. Cada fase presenta características propias en cuanto a objetivos, procedimientos, duración y profesionales que intervienen. El equipo está formado por psicólogos y abogados que trabajan de forma interdisciplinar y personal administrativo.

RESULTADOS.

A continuación se exponen los resultados generales del programa desde su implantación, en Febrero del 91 hasta Julio del 92. En la tabla I, observamos dos grandes apartados. En primer lugar, los datos referentes, al impacto del Programa en la población. En segundo lugar, los resultados de la aplicación del Programa durante el mencionado intervalo de tiempo.

RESULTADOS 1991-1992 (Tabla 1)

A. IMPACTO DEL PROGRAMA

1. Llamadas atendidas.....	4.153
2. Contactos con medios de comunicación.....	84
3. Contactos con profesionales y mundo académico.....	27

B. APLICACION DEL PROGRAMA

1. Personas entendidas	599
2. Sesiones realizadas	1.390
3. Parejas que comienzan el proceso de mediación.....	119

	Nº	%
3.1 Parejas que interrumpen	16	13,4
3.2 Parejas que finalizan	99	83,2
3.3 Parejas derivadas	4	3,4
	119	100,0

Respecto al primer apartado, se puede apreciar el interés suscitado por dicho programa en diferentes sectores de la población.

En el segundo apartado tenemos la aplicación del programa a las personas que han demandado el servicio. El número total de personas atendidas es de 599 y 1.390 sesiones. Centrándonos en las personas que comienzan el proceso del Programa de mediación (238), tenemos que en el 83,2% de los casos, se cumplen los objetivos propuestos, que es conseguir acuerdos que le permitan acceder a la vía legal amistosa, alejándolas del procedimiento contencioso que acrecentaría sus problemas y los de sus hijos.

Al citado éxito hay que añadir el elevado porcentaje de parejas (89%) que continúan respetando los acuerdos que ellos mismos negociaron un año atrás. El bajo nivel de incumplimientos nos indica que los acuerdos conseguidos por las parejas en el proceso de mediación son consensuados, por lo que siguen respetándose. Esto significa que los padres pueden mantener una comunicación mínima que posibilite el funcionamiento de sus

funciones y garantice el derecho de los menores de seguir contando con su padre y con su madre.

Estos resultados nos muestran que la mediación es una buena alternativa al procedimiento contencioso, ayuda a disminuir los conflictos que las parejas presentan a la hora de romper su relación y posibilita una relación adecuada con los hijos/as.

REFERENCIAS.

- BAHR, S. J. CHAPPEL, C. B. Y MARCOS, A. C. (1987). An Evaluation of a trial mediton program. En J. A. Lemmon (ed.), *New insigghts into family mediation*. Mediation Quarterly, 18. San Francisco Jossey-Bass.
- BERNAR, T. (1986). Pautas contextuales en la expresión emocional en pareja. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 6, 1215-1228. Madrid.
- BERNAL, T. (1992). La mediación en los procesos de separación y divorcio. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- BERNAL T. (1993). La mediación familiar: situación en España. *Revista Menores*. Dirección General de Protección Jurídica del Menor. (e.p.)
- BERNAL, T. Y MARTIN G. (1991). Separación y divorcio negociado: un trabajo interdisciplinar. *Anuario de Psicología Jurídica*. Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid.
- BERSCHIED, E. (1982). Atraction and emotional interpersonal relationships. En M. S. Clark y S.T. Fiske (Ed.), *Affect and Cognition: The 17th Annual Cornegie Symposium of Cognition*. Hillsdale, N. Yersey: Erlbaum.
- DUQUETTE, D. N. (1978). Child Advocary Law Clinic. *Journal of Clinical Child Psychology*, 3.
- GOLDBERG et al. (1985). *Dispute resolution*. Boston: Little, Brown.
- GROSSMAN, C. 91985). *El proceso de divorcio*. Derecho y realidad. Buenos Aires: Abaco.
- FOLBERG J. (1983). A Mediaton Overview: Histoty and Dimensions of Practice. En J. A. Lemmon (Ed), *Dimensions and practice of divorce mediation*. Mediaton Quarterly, 1, 3-14. San Francisco: Jossey-Bass.
- MITTCHELL, A. (1985). *Children in the Widdle; Living Through Divorce*. Tavistock.
- SALTS, C. J. y ZONAKES, C. E. (1983). Effects of divorce counseling on adjustment and self-concept. *Journal of Divorce*, 6, 55-68.
- TOUZARD, H. (1981). *La mediación y la solución de los conflictos*. Herder.
- WALLERSTEIN, J. S. Y KELLY J. B. (1980). *Surviving the breackup: how children and parents cope with divorce*. Nueva York: Basic Books.
- WISHIK, H. (1984). Family disputes: Problems arising from the regulation of the legal practice. In a study of barriers to the use of alternative methods of dispute resolution. *vermont Law School Dispute Resolution Project*.
- WERNER, E. E. (1979). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72-81.

A.P. 6

ORGANIZACION Y GESTION DE CENTROS Y SERVICIOS DE ATENCION A LA INFANCIA

INTRODUCCION: MARIA DOLORES TAMAYO

Se hace necesario enmarcar el contenido de este título tan amplio en aspectos que ayudándonos a la reflexión concretasen su contenido.

Cabría, para iniciar estas líneas definir en base a las nuevas necesidades de infancia actual, que queremos decir al referirnos a servicios de atención. ¿Qué tipos de servicios? ¿A quién deben ir dirigidos? ¿Qué objetivos deben cubrir?

La infancia como sujeto social.

Estos cuestionamientos no son gratuitos. Responden a una tendencia, cada vez más extendida de reconocer al niño como un sujeto social de derechos no sólo ilimitados a la protección infantil y a la provisión de servicios asistenciales. Las condiciones de vida de la infancia en la actualidad exigen ampliar el enfoque de la atención hacia términos que recojan las necesidades de participación, socialización, esparcimiento. En ese sentido se están desarrollando en Europa interesantes debates que contemplan a los niños y niñas como sujetos, preconizando la necesidad de establecer Políticos de Infancia, considerando a este sector como parte protagonista de los acontecimientos sociales.

Este nuevo enfoque en el análisis de la infancia no es excluyente del que podemos llamar tradicional, centrado en la infancia en riesgo. Más bien uno es continuación del otro. Cuando más se avance en la defensa de un espacio propio para la infancia como parte de la sociedad, no exclusivamente como un sector, objeto de protección, mayores serán las aportaciones respecto a la adecuada atención, a la idónea estructura de los servicios y por lo tanto a la idoneidad de las respuestas que ofrecemos a los niños y niñas en situación de dificultad. Lo más indicado sin duda sería encontrar el equilibrio entre ambos enfoques, porque es evidente que la infancia necesita de protección, pero también es necesario que sea tenida en cuenta como un sector de la sociedad y sea contemplada en los planos económicos y políticos.

En el contexto de nuestro país han sido numerosos los cambios y avances producidos en los últimos quince años en lo referido a la protec-

ción y el desarrollo de medidas tutelares. Sería desleal no reconocer los esfuerzos llevados a cabo, tanto por las distintas administraciones, como por los profesionales, en el desarrollo de programas, las innovaciones en los servicios, y la mejora de las condiciones de vida de los centros. A pesar de ello, es necesario señalar que existe una tendencia generalizada a concentrar todos los esfuerzos en esas medidas de protección cuando el riesgo social para los menores ya es un hecho. Queda un tanto abandonada iniciativa personal una necesaria planificación de recursos y servicios destinados a toda la población infantil que apoye desde la propia comunidad los procesos normalizados de socialización, asegurando la igualdad de oportunidades lo más tempranamente posible.

La atención a la infancia, en su sentido más amplio implica una presencia de los niños y niñas en los despachos donde se diseñan los presupuestos económicos, los planes urbanísticos, el tráfico, la vivienda. Ello sólo es viable con actuaciones sociales intencionadas y efectivamente desarrolladas desde las administraciones públicas.

Si esos previos, es decir sin esa intencionalidad de desarrollar una Política para la infancia, los profesionales tenemos un camino lleno de dificultades, donde los esfuerzos por la coordinación de servicios, la puesta en marcha de programas alternativos y la creación de recursos, son aspectos de "segundo orden" en las prioridades económicas y políticas.

El concepto de prevención y la planificación de servicios.

Los servicios de protección a la infancia en el desarrollo de sus diferentes programas fundamentalmente los de medio abierto, han llevado a concebir el término de prevención como una "búsqueda activa sobre el menor en riesgo". La mayoría de estos programas inciden las medidas que logran una detección temprana o una intervención cuando la situación no esté excesivamente problematizada. Ello, que sin duda ha evitado medidas drásticas, no puede considerarse prevención. En una perspectiva más global del término, hablar de prevención sería tener en cuenta a toda la población infantil como destinatarios de las actuaciones, ofreciendo recursos normalizados que evitasen esas situaciones de riesgo o dificultad.

También llegados a este punto se hace imprescindible una planificación desde los poderes públicos concretamente podemos señalar el papel de primera línea que juegan las administraciones locales.

Hacia una nueva planificación de los Servicios de Atención.

La preocupación por la infancia, sus necesidades y la mejora de sus condiciones de vida va abriéndose paso en los entornos más cercanos del desarrollo de la vida de los niños y niñas: los ayuntamientos. En ese sentido van emergiendo en nuestro país, desde la iniciativa municipal, el diseño y la planificación de servicios englobados en PROGRAMAS MUNICIPALES DE ATENCIÓN A LA INFANCIA.

Bajo ese epígrafe se ordena y organiza la actuación municipal en el terreno infantil entendiéndolo como un sector de población con necesidades

específicas que obliga a llevar a cabo una actuación coordinada y global de las diferentes áreas municipales. En este contexto el término de prevención cobra un especial significado.

De estos nuevos planteamientos, pueden extraerse a priori una serie de conclusiones que resulta de especial relevancia en lo que significa la planificación de servicios de atención a la infancia en el medio abierto:

- Parten de una concepción del niño como ciudadano con derechos y deberes. Se da un paso importante al reconocer el menor no sólo como objeto de jurisdicción especial, sino como un miembro más a la comunidad.

- Son programas integrados y globalizados que contemplan entre sus objetivos conseguir el máximo grado de bienestar social, entendiendo como un trabajo por mejorar la calidad de vida en los ámbitos más incidentes:

- * Ambito educativo.
- * Ambito familiar.
- * Ambito del tiempo libre.
- * Ambito de medio urbano.

- La planificación conjunta de los diferentes profesionales y áreas municipales que inciden sobre el mismo sector de población, supone una optimización de recursos y mejora los resultados evitando la dispersión y en muchos casos la duplicidad de actuaciones con los niños, niñas y sus familias.

- La cercanía a los problemas permite un mayor conocimiento de la realidad y una planificación acorde con las necesidades detectadas en su población infantil.

Cuando la institución se hace necesaria: Los centros de menores.

Afortunadamente se ha avanzado mucho y la consideración que hay hoy en día tiene la separación del niño de su medio, cuenta con elementos claves antes de que se produzca.

Sólo se hace efectiva cuando la gravedad de la situación así lo indique, quedando estrechamente ligada a la existencia de una red de recursos y medidas alternativas que, como se señalaba anteriormente deben ponerse en marcha desde los programas en el medio natural del niño: su pueblo o su ciudad, su barrio.

Cuando se valora como preciso separar al niño de su contexto natural, existen más cuestiones básicas a tener en cuenta en su beneficio.

- * Debe garantizarse la inicial "provisionalidad de esa medida", aunque ello supone evidentemente un importante trabajo educativo, de reubicación, de rebajar angustias y de ir trabajando su vuelta desde el inicio.

- * Es necesario asegurar una coordinación con los servicios que han propuesto la medida, como los más indicados para realizar el seguimiento de la familia y su evolución.

* Debe promoverse siempre que sea posible las relaciones sociales del niño con su nuevo medio, evitando que la institución abarque por completo su nueva situación y su vida.

En cualquier caso, la necesaria coordinación de los profesionales y servicios se hace premisa fundamental para que la institución, o sea, un servicio más de atención a la infancia, no algo ajeno a ella.

ORGANIZACION Y GESTION DE CENTROS DE ATENCION A LA INFANCIA

PEDRO UGARTE VERA

1.- Situación actual y perspectiva de los centros de menores.

1.1.- Crítica a los Centros.

La medida de internamiento en un centro, es en la actualidad considerada como la medida más agresiva, más desarraigadora y de efectos más dudosos. Recurriéndose a ella sólo en el caso de que no pueda elegirse otra, o ante el fracaso de las anteriores. La crítica del recurso implica la entrada en crisis de la medida.

En los centros nos encontramos con falta de cualificación del personal, problemáticas laborales, plantillas insuficientes y rígidas, unido a las dificultades de organización y gestión; inciden en la dificultad de establecer criterios claros y homogéneos para llevar a cabo un proyecto educativo y formativo.

En los centros tendemos a psiquiatrizar y a buscar la solución fuera, sin cuestionarse la situación que genera los problemas.

En los centros de protección y reforma trabajamos con el fracaso de las medidas adoptadas ante los casos de desprotección de menores o reforma. Ante los fracasos del entorno familiar, la búsqueda de acogimiento familiar, libertad vigilada, adopción, etc. se recurre como última alternativa al internamiento. Si partimos de esta premisa de fracaso, el éxito en los centros se dificulta y la eficacia del mismo se deteriora.

Los menores con medida de reformas dificultan la tarea de tipo pedagógico y de reinserción, imponiendo como premisa de trabajo el internamiento que no es aceptado por el menor.

1.2.- Factores que determinan al centro como recurso válido:

- Selección del destinatario.

Para ello debe existir al menos un abanico de recursos, que no convierta al centro en un cajón de sastre. El límite de la institución está en su correcta clasificación.

- Premisas de actuación.

Instituciones abiertas, integradas en su entorno, basadas en los principios de individualización, normalización, coordinación, participación.

- Fijación de objetivos.

El objetivo primordial la autonomía, en él se apoya lo de madurez, independencia, seguridad, autoestima, capacidad laboral...

El internamiento se debe establecer como medida temporal, siendo imprescindible una actuación de forma paralela.

a.- Intervención con el menor, compensatoria, incidiendo sobre sus desventajas. (Desde el centro).

b.- Intervención en su familia y su entorno. (Desde el centro y servicios sociales).

Toda intervención que no abarque estas dos líneas de actuación está abocada al fracaso. El trabajador social está inmerso en una continua influencia negativa por el bajo índice de éxito en su intervención, si analizáramos los factores que la determinan encontraríamos gran parte de ellos en intervenciones que no se plantean un programa global.

- Método de trabajo.

En relación con las actividades, que sean atractivas, adaptadas, adecuadas a su entorno.

- Refuerzos inmediatos.

- Actividad, motivación, refuerzo, gratificación.

- Recursos materiales y humanos.

Se tiende cada vez más hacia la apertura de la institución, obligada en otros tiempos en una autoabastecimiento, atendiendo a todas sus demandas. Al pretender como objetivo prioritario la normalización, todos los recursos humanos y de estructura deben disponerse según ésta premisa, proximidad, accesibilidad, flexibilidad. En unidades o módulos de seis a ocho, en coordinación con los recursos del entorno.

1.3.- Condiciones que debe cumplir la medida de internamiento para que sea válida:

a.- La medida ha de ser adecuada a las características del menor, para ello se ha de contar con una amplia gama de recursos.

b.- Las medidas no han de tener un carácter provisional o indefinido, de manera que se pueden llevar a cabo una intervención socio-educativa coherente.

c.- Es imprescindible el seguimiento programado de las medidas adoptadas.

d.- La intervención con menores ha de entenderse de una forma global, ha de pretenderse una intervención educativa, terapéutica y asistencial, de forma individualizada, a largo plazo preventiva, a corto plazo individual y puntual.

e.- Las medidas de internamiento resultan más eficaces por breves

periodos de tiempo, preparando su salida institucional, dando paso a recursos más normalizados, se ha de evitar el ingreso indiscriminado de menores.

f.- La intervención, se debe basar en la planificación marco de principios, dentro de la cual tomaremos las decisiones y la programación.

1.4.- Inconvenientes que nos encontramos en las medidas de internamiento:

a.- Ingreso indiscriminado de menores, heterogeneidad de las poblaciones que se atienden en los centros.

b.- Falta de recursos alternativos que puedan adecuar las medidas adoptadas a las características de los menores.

c.- Falta de seguimiento y apoyo cuando los menores abandonan los centros.

d.- Precariedad de medios técnicos para tratar las deficiencias que presentan los menores.

e.- Prolongación de las medidas adoptadas, convirtiéndose en ineficaces y contraproducentes.

f.- Falta de homogeneidad y coherencia de los modelos de referencia que transmitimos a los menores.

2.- El centro y sus componentes.

2.1. Los centros de menores como sistema abierto.

El centro de menores ha de ser entendido como un sistema abierto, que comparte funciones y se interrelaciona con otros sistemas integradores del sistema social (familia, ayuntamiento, etc.) con otros sistemas más amplios (administración) que propone objetivos, formas profesionales, etc. Que cumple una función social e integradora (normalizar individuos en las normas y valores de la sociedad).

Según esta teoría la realidad está constituida por diferentes sistemas y cada sistema se constituye en un conjunto de elementos que interactúan entre sí de una manera dinámica (Rosnay 1975), de tal manera que los cambios producidos por uno de ellos provoca inmediatamente cambios en el resto. Cada sistema tiene una estructura (funciones, límites, jerarquías, etc.), un proceso, (reglas imperantes y proceso evolutivo concreto) y un contexto (creencias, valores, normas, etc.). Es necesario estudiar cada elemento y la interacción entre ellos, sin olvidar que se desarrolla en una realidad espacio-temporal concreta, que existe una historia previa.

2.2.- El proyecto del centro.

Es un instrumento de planificación y gestión, en el que participa todo el personal del centro y se evalúa la tarea socioeducativa del mismo. Es un documento programático, en el que se reflejan los aspectos de valoración y reflexión que toda la comunidad educativa realiza sobre su realidad y sobre

el modelo educativo a desarrollar en función de la misma; determina los objetivos necesarios para realizar esta adaptación de forma coherente, y contextualiza y fija el modelo organizativo necesario para su puesta en práctica y los responsables de realizarlo.

Este documento debe ser único, propio, particular, integrador, participativo, breve, global, posible, estable a medio plazo, consensuado y vinculante.

2.2.1º.- El contexto del centro.

Hace referencia a la realidad concreta en donde se va a llevar a cabo la intervención. Se debe entender de una forma global y amplia, no sólo "El paisaje".

Los componentes básicos serían:

- a) - La normativa legal: Leyes administrativas, servicios sociales, etc.
 - Finalidad de las leyes. Orientación.
 - Modelo de intervención.
- b) - Ubicación y entorno:
 - Geográfico, socio-económico, cultural, recursos, equipamiento.
- c) - El centro:
 - Estructura, tipología, profesionales, menores, familias, recursos.
- d) - Funcionamiento:
 - Actual y real del mismo.

2.2.2º.- Los principios de intervención.

Todo sistema parte de unos principios básicos que extraídos de la normativa legal, constituyen la base de referencia de nuestra intervención.

Dentro de nuestra realidad, podemos destacar brevemente los principios básicos:

- P. NORMALIZACION: Intervención en las condiciones menos excepcionales posibles, nuestra actuación debe intentar dirigirse a propuestas normalizadoras.
- P. GLOBALIZACION: Conocimiento y atención integral de los menores con los que vamos a intervenir.
- P. COMPENSACION: Contribuyendo a que los determinantes socio-económico, étnicos, de ubicación, etc., no se conviertan en diferencias absolutas.
- P. INDIVIDUALIZACION: Adaptándose a las características propias del menor y a sus diferencias.
- P. INTEGRACION: Entendido como derecho de todos a pertenecer y participar en la sociedad.

- P. FLEXIBILIDAD: Nuestra intervención ha de ser activa, revisable, adaptable, etc.

- P. DIFERENCIACION: Respeto a las diferencias individuales, lingüísticas y culturales.

- P. SOCIALIZACION: El objetivo final de nuestra intervención es el de haber contribuido al desarrollo personal de los menores, abriendo nuevas alternativas a su entorno social y participando en su proceso de integración social.

2.2.3º.- Línea educativa y objetivo del centro. Objetivos generales del centro.

El equipo educativo tendrá necesariamente que contextualizar los objetivos propuestos a la realidad, será necesaria reformular los objetivos teniendo en cuenta diferentes criterios: priorizar, matizar, redactar de nuevo, realizar comentarios anexos. Dentro de éste apartado se deberían de realizar del mismo modo los puntos siguientes: operativización de los objetivos generales, definir los objetivos de la acción educativa y delimitar los ejes para la acción educativa.

COMO INTERVENIR.

No existe un método único para todos, es necesario recordar los principios de intervención propios, adaptados y de estructura flexible al servicio de las necesidades que se presentan.

2.2.4º.- Características de los destinatarios.

- Criterios y condiciones de admisión, estancia, alta y baja centro.
- Características de la valoración que se atiende en el centro.

Podemos considerar tres grupos de necesidades:

- a.- Muy significativas. Graves alteraciones de conducta, deficiencias psíquicas, severas y profundas, plurideficiencias asociadas.
- b.- Necesidades significativas, alteraciones de conducta, deficiencias psíquicas y escalonadas.
- c.- Necesidades poco significativas y de compensación: Psíquicas límite y problemas de inadaptación.

2.2.5º.- Definición y características y organización de los profesionales.

Organigrama funcional.

- Organización por departamentos, el número de éstos dependerá del volumen de menores y educadores de cada centro, en ellos podrá colaborar especialistas de otras áreas, las funciones principales de los departamentos podrían ser: de perfeccionamiento, renovación, elaboración y coordinación.

Su clasificación dependerá de cada centro, como norma general se pueden establecer los siguientes:

- Departamento de integración (actividades extraescolares y de integración, biblioteca, publicaciones, integración laboral, etc.).
- Departamento de orientación: sistema normativo, vida interna del centro, Tutorías, definición tarea educativa, reglamento de régimen interno, dinero de bolsillo, tiempo libre, horarios.
- Departamento de seguimiento escolar: educación formal, seguimiento, educación compensatoria...

2.2.6º.- Programación por áreas.

a.- Actividades de control de conducta:

- Seguimiento y control de conducta.
- Control de hábitos básicos y de convivencia.
- Control de asistencia a las tareas.
- Control de incidencias.
- Control sanitario.

b.- Actividades pedagógicas:

- Escolarización formal, seguimiento.
- Actividades de apoyo.
- Actividades de formación.

c.- Actividades preprofesionales:

- Programación de talleres.

d.- Actividades de ocio y tiempo libre:

- Integración en actividades programadas por la Comunidad.

e.- Actividades culturales.

- g.- Actividades de higiene y hábitos básicos.

2.2.7º.- Programas individuales.

A partir de que el menor ingresa en el centro, se empezará a elaborar el programa individual que permita su desarrollo y potencie su salida del centro. El P.I. sistematiza y organiza el programa de actuaciones con el menor.

a.- Estructura.

En función de las características y posibilidades del menor:

- 1º.- Valoración de las posibilidades y límite del sujeto.
- 2º.- Valoración funcional que determine su nivel.
- 3º.- Establecer metas anuales y objetivas a corto plazo.

4º.- Aspectos metodológicos, recursos y estrategias.

b.- Fases de elaboración.

1º.- Fase previa: información historia personal, social, médica, escolar, psicológica, pedagógica, etc. A partir de la información recopilada se intentará determinar el nivel, los aspectos más deficitarios y las posibilidades de aprendizaje.

2º.- Fase de elaboración a nivel de intervención:

- Especial atención a los aspectos más deficitarios y a los aspectos básicos para adquirir aprendizajes y conductas.
- Establecer la temporalización de los objetivos según las dificultades de los sujetos.
- Intervención con los especialistas si los hubiera.
- Intervención con la familia, entorno, etc.

3º.- Fase de elaboración a nivel de contenido:

- Problema central.
- Areas que se consideran como prioritarias.
- Requisitos necesarios para avanzar.
- Metas anuales.

c.- Periodos que comprende.

- Periodo institucional
- Periodo post-institucional de seguimiento.

d.- Evaluación

- Evaluación continua y formativa del programa.

2.2.8º.- Red social con la que se interactúa.

Integración del centro en su entorno, no podemos integrar si el propio centro no está inmerso en la red social de la comunidad e interactúa con ella, familia, escuela, ayuntamiento, barrio, servicios sociales...

2.2.9º.- Cómo y cuándo evaluar.

La evaluación busca adecuar el proceso al progreso real de los menores; frente al carácter sumativo-medir resultados finales para ver la eficacia del programa, se ha de plantear de forma global, continua y formativa (criterial) y tiene dos ámbitos: los aprendizajes (concretar el proyecto, los procedimientos, contextualizar los objetivos...) y la propia intervención (como organizar el proceso y como facilitador del mismo).

Ha de tener un carácter sistemático pues no es un proceso informal y

anecdótico, sino que requiere una planificación organizada y sistemática, que incluya un tiempo específico y un registro organizado.

El carácter continuo suele tener una interpretación equívoca o cuando menos ambigua.

Cuando se une a la frecuencia, puede identificarse con períodos muy diferentes, en muchos casos se utiliza como sinónimo de diario, quincenal e incluso anual. El carácter continuo se concreta en tres momentos básicos, si nos centramos en el menor, el término CONTINUO se concreta en:

MOMENTO	AMBITOS	INSTRUMENTOS
INICIAL	Desarrollo personal: físico, madurativo, autonomía	Entrevista personal/familiar
	Contexto educativo: familiar, otros	Entrevista personal/familiar
	Psicomotricidad	Escala de observación
CONTINUA	Areas y actividades: Conducta, de formación, laboral, cultura	Escalas de competencia Pruebas normalizadas
	Interacciones con el grupo y educador	Observación Observación
	Rol	Observación
	Sensibilidad ante los refuerzos	Observación participación
FINAL	Objetivos alcanzados, iniciados, desarrollo social, autoestima...	Informe final

4.- Valoración positiva hacia los centros.

El internamiento en los centros no permite alejar al menor de una situación contraproducente, y permite mirar y reflexionar sobre la situación anterior.

En la institución se pueden abordar procesos de normalización, estimulación, motivación, revisión, etc.

Se le ofrece al menor un nuevo marco de actuación, donde debe permitirse su participación.

La institución ofrece al menor una serie de grupos a los que puede pertenecer e identificarse ayudando a desarrollar su identidad, y donde se intentará que las influencias se canalicen hacia aspectos positivos y se intervendrá cuando estas influencias se conviertan en negativas.

El internamiento ha de convertirse en un agente socializador, con situa-

ciones renovadoras, aportando recursos a su entorno, posibilitando nuevas referencias y respuestas.

Son de esperar cambios promovidos para una mejor definición de objetivos en los centros, de las exigencias sociales a la institución, de las nuevas tecnologías, de las directrices gubernamentales y de una aplicación de la ciencia de la conducta, haciendo de los centros una organización más abierta y flexible a las nuevas necesidades.

A.P. 7
**LOS MEDIOS DE COMUNICACION
 Y EL MALTRATO INFANTIL**

CARMEN SANCHEZ MORO



Antes de entrar en el análisis del tratamiento que la problemática del maltrato infantil recibe en los medios de comunicación, tal vez nos sería útil hacer una breve reflexión sobre la estructura del proceso comunicativo social de la información sobre los problemas sociales.

En este sentido, los medios de comunicación ejercen el papel de intérpretes de la realidad social, de mediadores en el conocimiento de la realidad social, de esta manera filtran la realidad en la medida en que seleccionan los aspectos de la realidad que se han de comunicar, los datos de esa realidad que se van a transmitir y la forma de presentación en que se van a relatar, todo ello regido por los principios de simplificación, esquematización y homogeneización de la información, con el objeto de orientar a los individuos ante fenómenos complejos.

El resultado de este proceso es la aparición de una noticia que se presenta al receptor como una realidad global y objetiva, ajeno al proceso previo y filtrado. Por lo que los medios de comunicación aparecen como "notarios de la realidad", con una pretensión de objetividad y neutralidad en la interpretación del fenómeno que, a pesar de su parcialidad, se presenta como la realidad completa.

Por otra parte, la propia competencia por el espacio informativo impone, según las características de los medios, los criterios de selección de las noticias.

En este sentido, ganarán la batalla por el espacio, aquellas que presentan mayor "espectacularidad" y las que tengan una mayor capacidad de impacto individual.

A la vista de todo ello y teniendo en cuenta la escasa relevancia que los temas relativos a la infancia y a la vida cotidiana, tienen los medios de comunicación, frente a otras noticias de carácter político, económico... para que los niños y niñas sean noticiables, su realidad tiene que adquirir una notoriedad o espectacularidad, que atraiga la atención de los medios. Es por ello que la imagen de la realidad infantil, que aparece en los medios, es sesgada y parcializada, ya que sólo reflejan la realidad de "los niños sucesos", cuyos casos adquieren interés por su dramatismo o gravedad, o en el extremo opuesto la "de los niños consumidores" por su potencial interés económico.

Desde esta lógica el tratamiento informativo que recibe la problemática de los malos tratos infantiles queda reducida a la aparición y descripción de sucesos puntuales y esporádicos en los que se abundan en los detalles más sensacionalistas o morbosos, de cara a atraer la atención del público.

Pero quizá más importante que este aspecto "formal" de las noticias relativas a los malos tratos infantiles, es el análisis de contenido, o el estudio de las representaciones del relato, en este sentido pueden resultar significativas "El tratamiento de los malos tratos a la infancia en la prensa española", realizado por Contexto (1991), en el que se revela una "imagen del maltrato infantil caracterizada por los siguientes aspectos".

- Se limita al campo de las relaciones interpersonales no vinculándose por regla general con otros problemas sociales, y sólo tiene trascendencia pública en la medida en que transgrede norma sociales de convivencia que exigen una represión por lo que el único aspecto social del maltrato que trasciende es el jurídico delictivo, ya que a través de la coerción legal se hace frente a comportamientos anómicos de individuos y así se restaura el orden social.

- Es un fenómeno que afecta a "otros" las noticias colocan a la sociedad como mera espectadora frente a un problema que concierne a otros: maltratadores-maltratados.

- El Maltrato físico y el abuso sexual aparecen como los tipos más relevantes al ser los que se presentan con mayor frecuencia.

- No se da relevancia a los factores de riesgo o circunstancias que expliquen el fenómeno del maltrato. El discurso se limita al Qué y Cómo sucede (descripción de los hechos) sin plantear cuestiones el Por qué.

- No se presentan alternativas, ni respuestas frente al problema, si bien el predominio del enfoque jurídico-delictivo en la ubicación del campo temático de las informaciones, asocia la respuesta punitiva al enfoque delictivo.

Esta visión parcelada del fenómeno se puede explicar teniendo en cuenta lo ya expuesto sobre el proceso en el tratamiento de la información, sometida a una selección y filtrado previo.

No obstante lo anterior, existen otros factores que agravan esta visión sesgada del problema, ya que el discurso es presentado exclusivamente por los profesionales de los medios de comunicación, sin la participación de otros enunciadores, conocedores del problema desde distintos ámbitos profesionales. Cuando se recurre a otras fuentes se hace con más frecuencia a fuentes sanitarias, policiales y judiciales. El fenómeno se sigue circunscribiendo, no obstante la participación de estos profesionales, a ámbitos privados y no sociales reforzando una imagen previamente construida.

En otro orden de cosas cabría señalar como otra forma de maltrato más sutil, la instrumentalización del mundo infantil que se realiza desde los medios de comunicación y muy especialmente desde la Televisión, bien a través de la Publicidad, desde donde a los niños y niñas se les incita y utiliza como objetos de y para el consumo, bien a través de la programación, desde donde se proyecta un modelo cultural basado en la obtención del máximo poder, placer y dinero a cualquier precio, en el que aparece

legitimado el uso de la violencia, y en la que además se vienen vulnerando algunos de los más elementales derechos a la imagen e identidad de los menores, reconocidos por la propia Constitución española y a pesar del "Código deontológico de autorregulación para la protección de la audiencia infantil" suscrito por todas las cadenas, el pasado mes de Abril, con el MEC, pero que se ha visto sistemáticamente incumplido.

Todo ello desvela por una parte un gran desconocimiento y/o falta de interés por los problemas de la infancia en general y de los malos tratos en particular, de parte de los profesionales de los medios de comunicación, así como una escasa resonancia de los diversos profesionales, más cercanos a la realidad y problemática infantil, para dejar sentir su opinión a través de los medios de comunicación, lo que posibilitaría ampliar la imagen de la infancia y de la problemática del maltrato infantil y romper con una visión parcial y simplificadora del fenómeno.

En este sentido, consideramos que es tarea de los profesionales, que trabajan en el área de la infancia, adoptar una postura más decidida y activa, de cara a los medios de comunicación que pasaría por:

- 1.- Completar la imagen que desde los medios se está facilitando, sobre el maltrato infantil, convirtiéndose en anunciadores del problema, siendo necesario para ello acordar un consenso sobre los aspectos básicos del maltrato infantil, sobre los que habría que incidir para contrarrestar la imagen ya creada y para sensibilizar realmente sobre la dimensión real del problema (diferentes tipos de maltrato, factores de riesgo, alternativas...). (Ver Gráfico).

- 2.- Acercarse al mundo de la comunicación para entender los procesos, de cara a poder incidir más eficazmente y aprender habilidades de comunicación para transmitir y elaborar los mensajes.

- 3.- Establecer estrategias de comunicación, coordinación y cooperación con los medios de comunicación, a fin de facilitar los datos e informaciones relevantes, para una mejor comprensión del problema y sensibilización sobre el mismo.

Por otra parte también es necesario por parte de los profesionales de los medios de comunicación:

- 1.- Una mayor sensibilización y comprensión del universo infantil y de las necesidades y problemáticas de los niños y niñas y en especial las relacionadas con los malos tratos y abandono.

- 2.- Un acercamiento a otras fuentes que permitan otros enunciados del problema.

- 3.- Una llamada a la responsabilidad de los profesionales para lograr un equilibrio entre la libertad de expresión, el respeto a los derechos de las personas y de los niños en particular (art. 20 de la Constitución) y la exigencia de proporcionar una imagen veraz y objetiva de los problemas.

IMAGEN DEL MALTRATO INFANTIL EN LOS MEDIOS DE COMUNICACION	ASPECTOS DE LA REALIDAD DEL PROBLEMA AUSENTES EN ESTA IMAGEN
DESCRIPCION DEL PROBLEMA	
Falta de enunciadores Relato descriptivo Sucesos puntuales	Complejidad del problema Explicación de factores de riesgo y circunstancias que rodean el maltrato
AMBITO Y DIMENSION DEL PROBLEMA	
Ambito y dimensión privada (en un asunto interno relaciones interpersonales)	Ambito y Dimensión Social (responsabilidad colectiva, trasciende al ámbito privado, interpersonal)
TIPOS DE MALTRATO	
Maltrato físico Abuso sexual	Maltrato psíquico, abandono físico y emocional, maltrato institucional
FRECUENCIA E INTENSIDAD	
Hechos muy graves Puntuales Esporádicos	Prácticas habituales "socialmente aceptadas" y otras formas de maltrato menos notorias pero graves y frecuentes
PERFIL DEL AGRESOR	
Imagen y patología, marginal delictiva y culpable	Circunstancias y perfiles diversos, consideración de su aspecto de víctima necesitada de ayuda
RESPUESTAS Y ALTERNATIVAS	
Represiva y punitiva Jurídica-policial	Intervención psico-social

INFANCIA MALTRATADA Y TELEVISION

LOLO RICO

Lamentablemente, es infinita la variedad de malos tratos que se nos puede infligir a los seres humanos. No sólo corporales sino de todo género, incluyendo el ámbito de lo psicológico. Máximo a los niños, más desvalidos y vulnerables que las personas mayores. Siempre, en cualquier época y circunstancia, se ha atentado contra los menores. No obstante, en nuestro siglo en el que se alardea de defensa de minorías, factor que define si la democracia lo es verdaderamente, y de los derechos humanos, se podría suponer que no deberíamos continuar con los malos hábitos del pasado. No es así. Creo que es hoy cuando peor parados salen los más pequeños. En un mundo maltrecho que se debate en la violencia y la injusticia y en el que se va acumulando la más terrible de las miserias en submundos cuantificados numéricamente -el tercero y el cuarto-, según su categoría y éste es una consideración exclusivamente económica, la infancia sufre el peor de los tratos: la marginación.

Querría hablar en primer lugar de los niños marginados en función de su precaria situación económica -es necesaria la insistencia sobre este punto-. A este sector de la infancia se le considera como un objeto ínfimo y desechable, privándosele del respeto y la consideración que merece cualquier ser humano. Habría que preguntarse si los doscientos millones de niños que hay en el mundo obligados a trabajar en calidad de esclavos y en condiciones infrahumanas se consideran seres humanos. Me he referido a esclavitud, palabra durísima que cualquier persona ingenua o despreocupada asociaría al pasado. Baste con mirar a Egipto, a la India -sólo en este país son cincuenta y cinco los millones de menores de edad condenados a la más terrible y desoladora situación. Muchos de ellos en fábricas de vidrio con hornos que alcanzan los 1800 grados de temperatura-, o en Colombia, en las minas del carbón, por citar algunos ejemplos, sin olvidar Rusia o los Estados Unidos donde según las últimas estadísticas hay ya treinta y ocho millones de pobres.

Terrible igualmente la situación de aquellos niños latinoamericanos que no trabajan porque ni siquiera tienen la posibilidad de este último recurso, y que pasan las veinticuatro horas del día sin otro hogar que la calle. Ahí tenemos los meninos del Brasil, perseguidos y asesinados por los Escuadrones de la muerte, o los gaminos colombianos. Niños a quienes no se duda en matar para obtener sus órganos o en someter a la violencia sexual. En los últimos meses hemos tenido la desgraciada ocasión de sufrir en nuestro propio país las consecuencias de algunos hechos delezna-

en los que niñas de corta edad eran violentadas sexualmente. Esta bárbara acciones me han hecho pensar en aquellos países en los que la prostitución infantil es un fraudulento pero rentable negocio para los adultos. Sólo puedo calificar de proxenetas a los que se enriquecen de forma tan baja y repugnante, pero ¿qué podríamos decir de los que facilitan el negocio comprando a inocentes criaturas? No debemos olvidar que se trata de adultos que llegan de Occidente a pasar sus exóticas vacaciones. Quizá honorables padres de familia que consideran un delito menor el abuso de menores que creen en otra condición y raza.

No puede producirse otra reacción que el horror la muerte de un gitaniño bosnio de once años de un tiro en la nuca en una comisaría italiana o la de una niña marroquí de nueve en Holanda, ahogándose en un lago ante unos cientos de personas, que no contentas con no acudir en su ayuda, impidieron que lo hicieran los bomberos al grito de: "Inmigrante clandestina". Mientras agonizaba hubo quien fue grabando en vídeo sus últimos minutos. La imagen hoy influye en nuestra existencia tanto como la existencia misma.

La emigración es otra causa de malos tratos a miles de niños. Convendría tener en cuenta que nadie emigra por gusto. El placer se reserva para el turismo. También es necesario considerar que la gente abandona su país, sus costumbres y sus familiares porque espera algún tipo de progreso. En otros tiempos fue la leyenda: la Tierra de Promisión, Atlanta o el Nuevo Mundo. Hoy la leyenda se ha sustituido por las imágenes de televisión que llegan hasta el más mísero pueblo del mundo pobre. Es, fundamentalmente, desde este medio de comunicación que se propone al Tercer Mundo otra forma de vida que determine el horizonte de sus esperanzas. He hecho la experiencias de ver en lugares de hambre y miseria los programas de televisión que les enviamos. En ellos la opulencia es el medio natural en el que los personajes de diferentes series se mueven. Tampoco falta la mentira de la publicidad. Tuve ocasión de vivir un hecho que me impresionó considerablemente. Visitaba en el centro de La Ciudad de los Muertos. Me acompañaba un amigo que conocía bien el árabe y una chiquilla de catorce años de esa nacionalidad. En un momento dado ella se negó a entrar a visitar la tumba de los Mamelucos. Extrañada le pregunté si vivía en La Ciudad de los Muertos. Me contestó que sí. Quise saber si había nacido en ella. Asintió. Insistí: "¿Has tenido siempre miedo?". La jovencita negó con la cabeza ligeramente avergonzada. "¿Entonces...?" "Lo tengo desde que vi en televisión una película "Poltergeist". Había bastado un par de horas de emisión de esa máquina todopoderosa que es la televisión para alterar la tradición cultural, familiar y vital sobre la vida y la muerte.

Es precisamente la televisión el tema fundamental de esta ponencia, la televisión y la infancia maltratada. Debo aclarar que, según mi criterio, ambos conceptos son hoy inseparables. Me he referido antes a los malos tratos físicos -tratados en otras ponencias- y psicológicos. No obstante, hay otras formas de maltratar estrechamente vinculadas con la pequeña pantalla y el mal uso que se hace de ella. Me referiré en primer lugar al uso de la infancia en la televisión. Niños utilizados como objetos de consumo -baste con ver los spots publicitarios y la frecuencia con que en ellos aparecen los

niños incitando a la compra de determinados productos. He tenido ocasión de observar el trastorno que la realización de dichos spots supone para sus protagonistas, que deben someterse a un competitivo casting, generalmente frustrante, para, si son seleccionados, pasar horas bajo los focos, ante las cámaras, manipulados por realizadores y productores.

Aparecen los niños en casi todos los programas infantiles, utilizados, en estas ocasiones, como comparsas de un espectáculo comercial, no sólo porque las televisiones son negocios sino, fundamentalmente, porque la finalidad de dichos programas es la de vender determinados productos de consumo. La actitud a la que se incita a los pequeños telespectadores es la de gritar determinadas consignas dictadas por los presentadores, incluidos eslóganes publicitarios. También aplauden, o manifiestan entusiasmo, o ríen según se les indique, siempre utilizados para el éxito del programa y la comercialización de los productos que lo patrocinan.

Aparecen también niños en programas para adultos. Lo más preocupante es su utilización en los reality shows, o géneros parecidos, en los que bajo el pretexto de denunciar, informar o defender se emiten imágenes ofensivas -o ilustrando sucesos que lo son- y se mencionan nombres y apellidos, olvidando el derecho a la intimidad que debe cuidarse todavía más por tratarse de menores.

La publicidad con sus spots y su influencia dentro de los programas es, también, otro género de maltrato. Una forma más de utilizar a los niños convirtiéndolos, esta vez, en objetos para el consumo. Mal está este hecho en sí, pero es aún más cruel si tenemos en cuenta la cantidad de niños que en el Primer mundo, y también en el Tercero y en el Cuarto, tienen como única vía para la información, la formación -o la desinformación y la deformación- y el entretenimiento, a la pequeña pantalla. La oferta consumista que esta les ofrece conduce a la frustración que a su vez genera violencia. No podemos escandalizarnos de la violencia de determinados sectores sociales, fruto de la propia violencia televisiva que ofrece noventa secuencias diarias de este género en nuestro país.

Es también desde el televisor desde donde les llega a los jóvenes telespectadores un lamentable mensaje: el éxito consiste en tener dinero y la felicidad en poseer los más diversos objetos. He mencionado ya la palabra frustración y no es difícil imaginar la que se produce cuando se sabe que jamás se logrará el éxito y que nunca se alcanzará la felicidad. En definitiva, que no se llegará a tener una entidad respetable al no tener posibilidades de llegar a ser como los modelos que presenta a diario la televisión.

Porque la televisión presenta modelos, todos del mismo cuño. Presenta también una forma de vida, o más exactamente, filtra la realidad para ofrecerla manipulada. De esta manera, los niños y los jóvenes que vienen a permanecer mes y medio al año frente a la pequeña pantalla, llegan a adquirir el hábito de observar la realidad a través de la televisión. Como consecuencia, viven una realidad televisiva más que la realidad real, que se destruye, se obvia o se trivializa como ocurre con la violencia real gracias a la violencia de ficción.

Hay también una forma de maltrata que llamaré simbólica y que consiste en la omisión de aquello a lo que uno tiene derecho. No me estoy refi-

riendo a la clase de omisión que se realiza con respecto a los mundos de la pobreza. No hablaré más de la miseria de aquellos países, como Ecuador, en el que el 50% de los niños menores de seis años padece desnutrición incurable y el 80% no tiene ni acceso a la sanidad. Tampoco a que -también por omisión- muere un niño cada segundo en el Africa negra. Valgan estos dos ejemplos entre los muchos a los que me podría referir para indicar que en aspectos tan evidentes como el hambre, la vida y la muerte, no sólo hay omisión, hay explotación manifiesta. Naturalmente, a quienes sufren hasta esos niveles la miseria humana tampoco se les permite gozar de las ventajas de la educación, la cultura y el conocimiento. Hablo ahora de los niños de nuestro mundo, incluidos las clases privilegiadas que no conocen el hambre y el frío. También a estos niños se les priva de esa educación y ese conocimiento al negarles el derecho a saber cómo es la realidad en la que viven y el mundo que les circunda. La televisión les proporciona violencia, consumo y vagos e innecesarios conocimientos, mientras les niega el cauce para crecer en el sentido más exacto y amplio de esta palabra. Niños maltratados por este tipo de omisión que serán mañana adultos, insensibles y manipuladores, dispuestos a maltratar a su vez.

Existe la declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea de las Naciones Unidas. Me he preguntado con mucha frecuencia para qué existe dicha declaración. Nunca ha habido menos respeto por los niños que mueren de hambre 40.000 diarios o son explotados laboralmente, o prostituidos o incluso asesinados en la mayor impunidad. Tampoco han sido nunca tan manipulados, y reprimidos en aquello que debe ser su fin: crecer intelectual, cultural y psicológicamente. Para impedirlo está la televisión. No interesa que los más pequeños aprendan a reflexionar y a criticar porque pueden llegar a ser adultos que piensan y que, en consecuencia, desean un mundo en el que rijan otros criterios y valores. ¿No es acaso maltratar el privar a los niños de llegar a ser adultos en toda su plenitud y con todas las posibilidades que puede proporcionar la sabiduría y la sensibilidad?

Produce gran consternación, incluso desesperanza, meditar sobre el desamor y la crueldad que el capitalismo está fomentando. Sorprende que consideremos a nuestra sociedad como la del bienestar cuando cunde lo contrario. Dice Dans Magnus: "quien no se soporta a sí mismo tendrá más dificultades para soportar a los demás". Y me pregunto si podemos soportarnos o si estamos convirtiendo nuestras vidas en algo ácido, estrecho y malhumorado. Lo que es evidente es que, hayamos hecho con nuestras vidas lo que hayamos hecho, los niños, blancos o negros, pobres o ricos, apacibles o traviosos, inquietos o difíciles de manejar, son inocentes. También son ignorantes. Lástima que de la mano de la televisión pierdan la inocencia pero conserven tanta ignorancia.

EL MALTRATO CULTURAL: LO QUE LOS MEDIOS HACEN A LA INFANCIA Y LO QUE ES LA INFANCIA PARA LOS MEDIOS

PABLO DEL RIO

LA INFANCIA, ESPEJO DEL CAMBIO.

La sociedad actual tiene la sensación de que, en medio de su opulencia, toda una serie de síntomas desasogantes han aflorado en su piel. Muchos de ellos pueden ocultarse con un sofisticado maquillaje, otros se pueden ocultar forzando las cervicales y obligando a nuestra mirada a contemplar sólo el lado bueno de nuestra figura. En algunos casos nuestro realismo llega hasta aceptar la presencia de ciertos problemas. Aún así, nuestro esfuerzo se detiene ahí: esos problemas aparecen entonces como algo aislado y se pone especial empeño en no relacionar unos con otros, en no pasar de los problemas pequeños al síndrome de un problema más sistémico y de más calado. Los problemas que aquejan la infancia sufren también de esa percepción pobre y dispersa y no es fácil que se acepte relacionarlos con los problemas generales de la sociedad. Y sin embargo, son su barómetro más sensible.

No soy artista de la provocación y comprendo que estas afirmaciones puedan parecer fuertes y gratuitas para exponerlas a la pata la llana sin algún respaldo científico. Aunque en el espacio disponible será difícil aportar ese respaldo, voy a intentar al menos exponer con algunas pinceladas a dónde apuntan toda una serie de datos de la investigación empírica y de profundos movimientos de replanteamiento teórico en relación con la infancia y con lo que la sociedad actual piensa de ella y está haciendo con ella.

Comenzaremos hablando del propio concepto de maltrato. Trataremos enseguida de proponer una ampliación del concepto de maltrato para incluir no sólo el maltrato físico o el maltrato psicológico atribuido clínicamente a las interacciones individuales, sino de un maltrato psicosocial y cultural, que ciertos modelos y realidades sociales o ciertas comunidades dan a sus propios vástagos, analizando para ello los recientes cambios culturales y algunos de sus efectos sobre el desarrollo infantil.

Pasaremos enseguida a analizar la ausencia o presencia del maltrato infantil (en el restringido sentido tradicional y en el propuesto aquí) en los medios de comunicación, y las ideas e imágenes en que se expresa esa presencia.

LOS PROBLEMAS CRECEN.

"Toda una serie de hechos masivos característicos, distribuidos por sociedades y países de todo el mundo, están alertando a los científicos, los políticos y los ciudadanos, y despertando un estado de inquietud y de búsqueda para el que no parece haber fáciles respuestas: drogas y delincuencia, procesos de desarraigo y de irresponsabilidad, de identidad juvenil no integrada y vandalismo, de inconsciencia, insania o deconstrucción moral, efectos del medio urbano, de la inestabilidad y alteración de las familias, de las migraciones masivas; problemas de integración intercultural y de conflictos de identidades generacionales, culturales y nacionales, cambios y alteraciones en la construcción cognitiva y de los mecanismos del pensamiento ligados a los hechos anteriores, a las modalidades de escolarización, los medios de comunicación de masas y las nuevas tecnologías, etc."

El proyecto HOMO de la Fundación Infancia y Aprendizaje comienza con este resumen su propuesta para retejer el tejido sociocultural deteriorado y amenazado, que permite a una comunidad llevar a buen puerto la tarea de construir hombres. Lo que ese proyecto transmite es sin embargo algo más que la simple enumeración de una larga y creciente lista de problemas que agobian al hombre actual y que protagonizan en mayor medida niños y jóvenes. En el fondo a esta lista de problemas se les puede y debe atribuir un significado no simplemente episódico y superficial. Pueden constituir de hecho los rasgos de un nuevo marco para una nueva infancia y humanidad.

EL CAMBIO DEL HECHO HUMANO Y EL CONCEPTO DE MALTRATO CULTURAL.

Igual que el planeta no es inagotable y los científicos han tenido que hacérselo ver a la sociedad en los últimos años, todo un movimiento científico sobre el hecho humano nos dice hoy que éste tampoco es permanente ni está garantizado "de fábrica". No podemos hacer lo que queramos con la infancia y esperar que de todos modos nos madurarán buenos sujetos humanos, confiando en una mágica genética. Lo esencial y más decisivo del hecho humano, la conciencia, se construye culturalmente.

El movimiento "verde" se ha puesto en marcha para protestar por el egoísmo o la ceguera de quienes maltratan al planeta escudándose en su hipotética inagotabilidad y en su mágica capacidad cómodamente supuesta de regeneración.

Otro movimiento no menos urgente y vital es necesario para protestar por el maltrato que se hace a la infancia y al futuro de la humanidad escudándose en el supuesto innatista de la conciencia, en la creencia de que hagamos lo que hagamos hay un modelo de niño universal que garantiza que los niños crezcan psicológicamente hasta los más altos estadios.

Ese cambio esencial que se produce en la ciencia hacia una construcción biológico-cultural del hecho humano tiene profundas implicaciones para rediseñar nuestra actuación sobre la infancia y redefinir el propio concepto de "Maltrato".

"Buen trato" lo dará cualquier modelo comunitario y social que garantice la construcción de un sujeto humano con capacidad para actuar y pensar humanamente (es decir, con inteligencia, utilidad social y honestidad moral). En una afortunada frase de Unamuno podríamos decir, "para pensar alto y sentir hondo". "Maltrato" lo dará aquel que no lo haga.

Pretendemos extender pues el concepto de maltrato más allá del daño físico, intelectual y moral puntual, o del daño biológico prolongado, que son los criterios que actualmente definen el término. Maltrato es mimar socialmente a un niño, o instilarle insania moral o deteriorar sus arquitecturas de pensamiento, o crearle hábitos alimenticios y de inactividad física y valores hedonistas, que le proporcionan un cuerpo perezoso, obeso y enfermizo. Maltrato es bombardear el marco de la vida cotidiana del niño con una televisión deletérea, una precariedad social y física, una familia agobiada e inestable.

Es esencial incluir el maltrato cultural (incluyendo lo educativo) en nuestra agenda. Con ello no sólo pasamos a incluir en la preocupación social, política y legislativa, problemas mucho más globales y amplios en el desarrollo del niño sino que el ámbito de esos problemas se extiende desde la casuística de las responsabilidades personales al terreno general de las grandes responsabilidades públicas y compartidas por todos.

EL MALTRATO PRESENTE EN LOS MEDIOS:
DEL NIÑO PROBLEMA SOCIAL AL RUBIO MIMADO

A partir fundamentalmente de nuestra propia investigación, y de otras fuentes, podemos decir que los medios de comunicación nos presentan habitualmente dos tipos de niños.

1.- En primer lugar un niño víctima o asesino. El niño de los "sucesos". En otro lugar, analizando la presencia de los problemas sociales en los medios de comunicación, hemos tipificado tres etapas: durante los sesenta y parte de los setenta una presencia masiva, pues a la alta conciencia política de los periodistas y del país, todo le parecía (no sin razón) problema social. Los años ochenta nos traen no ya el bienestar físico económico, sino la cultura publicitario-política del bienestar y una feroz campaña no explícita y ni quizá pensada, para sacar a los problemas sociales de la vista y de los medios de comunicación (que tendría su exponente en una presencia escasa, pobre y estereotipada y que llega a extremos significativos como el de disminuir esa pobre presencia hasta menos de la mitad los fines de semana).

En los noventa los problemas están volviendo de la mano de la escenografía truculenta, en una especie de simbiosis y amancebamiento con la retórica actual de la violencia y el espectáculo de la ficción televisiva. Rasgos típicos del pensamiento audiovisual de masas actual (atomismo, acentuación de invariantes, sensorialidad, inconsciencia, moralidad verbal e insania moral visual, etc.) se comparten por la ficción y por la presentación de un tipo de problema social convertido en espectáculo. Los espectadores o lectores mezclan en su memoria los recuerdos reales y los de ficción. La

televisión puede de hecho darle esta mezcla en muchos casos (como las noticias "reconstruidas") ya elaborada.

El maltrato a la infancia aparece pues en los medios, pero poco (fig. 1). Y quizá sea mejor así. Porque cuando lo hace se hace de manera casuística y con poco análisis. (fig. 2). Predomina lo que los profesionales llaman "noticia dura" (la que impone el suceso más que la que genera el pensamiento del profesional). La información se ha hecho esclava de la noticia y de lo concreto. Los medios visuales (revista, televisión) tratan menos los problemas de maltrato que la prensa, pues no lo hacen salvo que sean visualizables (fig. 3).

El resultado es que no hay noticia: porque las causas de las noticias no son episódicas ni puntuales, sino llevan a situaciones y procesos de medio y largo plazo que por definición no son episódicas, no son noticia.

Así por ejemplo, si nos hacemos la pregunta: "¿a qué se deben los hechos?", podríamos decir que el comunicador la convierte en "¿quién es el asesino?": la atribución de causas en los problemas de maltrato que se hace en los medios es al sujeto individual (se identifica causa con culpa y culpa con un sujeto concreto) (fig. 4). Ese enfoque lleva lejos del terreno de las explicaciones y las soluciones y remite a culpas y responsabilidades circunscritas, como mucho a causas clínicas.

Conclusión: El niño y el suceso aparecen en los medios; la infancia y el maltrato, no.

En realidad si que existen representaciones de la infancia en los medios a partir del problema del maltrato. Determinadas estructuras de representación, determinados esquemas y determinados atributos conceptuales, van dejando su huella en la mente del receptor. Pero el mapa que dibujan es un mapa preocupante, hecho de un pensamiento desordenado y asociativo, efectista y visual (fig. 5, 6, y 7). Es un pensamiento por impresiones y reconocimiento más que por explicaciones y conocimiento, por recuerdo episódico más que por pensamiento.

EL MALTRATO AUSENTE EN LOS MEDIOS: LOS EFECTOS FÍSICOS, COGNITIVOS Y MORALES SOBRE LA INFANCIA POR LA VIDA COTIDIANA. EL MALESTAR GENERADO POR EL ACTUAL CONCEPTO Y MODELO DE BIENESTAR.

Si los niños como suceso están poco presentes aunque conquistando desafortunadamente terreno, la infancia como grupo social no está apenas presente en los medios de comunicación. De hecho muchas madres se quejan de que el niño no está presente en la vida: los taxistas, los vendedores o las ordenanzas miran con cara rara cuando un niño transgrede los límites de la cápsula escolar y sale de su jaula de oro para entrar en los escenarios normales de los adultos. Estamos en una sociedad que ha organizado los hitos vitales en "edades" o clases evolutivas incomunicadas, que ha burocratizado y encapsulado la primera edad de formación (que ha pasado en un siglo de 0-12 a 0-25 años) la edad adulta de trabajo (25-65

con tendencias a bajar a 50 o incluso 45 en ciertos países) y la llamada tercera edad (+45 a 70+). Es un mundo extraño en que el partenazgo ya no es compartido y los niños ya no son hijos de todos, sino de unos pocos padres (la tasa natalidad española ha bajado en una generación de ser una de las más altas a la segunda más baja del planeta: 1,4) aislados y abandonados a su suerte en familias encapsuladas de 1 o 2 niños; y alumnos de unos educadores cuyo principal cometido es la transmisión de muchos conocimientos en un mundo cerrado de papel y lápiz, con grupos infantiles organizados por "añadas" en el marco del "formate clase" (aula +45 minutos) La comunidad intergeneracional en que la infancia recibía la herencia cultural ha dejado paso a una gestión burocrática muy normativizada.

Si los niños no están en la vida pública sí están en los medios. Además del niño protagonista de sucesos, está el niño miembro de la comunidad. Ese no aparece apenas en los medios, ni revistas, ni prensa, ni televisión. Sí, algo, en el cine. Pero esa ausencia la ha venido a colmar la televisión con la ayuda de la publicidad.

Porque si a la escuela y a la comunidad, preocupadas por el alto objetivo de transmitir cada vez más saber, se les ha olvidado enseñar a los niños qué es la vida y cómo vivir, alguien ha venido a ocupar su lugar y los niños cuentan con modelos y clases abundantes. Lolo Rico ha señalado que los espacios infantiles actuales de la televisión son una especie de percha para colgar dibujos animados y todo ello junto, un soporte para situar anuncios. La publicidad es un dispositivo sistemático para presentar la infancia en los medios de comunicación y para enseñarla a vivir: les dice qué es una galleta y para qué sirve, qué es esto o lo otro o un niño o niña y para qué sirve, qué hacer y cómo, en suma, en este escenario de la vida. La séptima parte de la publicidad va dirigida específicamente a los niños (aunque desde luego toda ella acaba siendo cosa suya). Y de ésta, la mayoría (salvo la gran avalancha del juguete) es alimentaria. El modelo de la infancia es un modelo de niño consumidor, casi de niño tragón (si el mercado alimentario predomina, predominan los niños comiendo en el escenario publicitario), cebado y mimado en un mundo sin muertes ni problemas, sin proyectos vitales de compromiso con la realidad, sin raíz comunitaria.

IMAGENES FRENTE A HECHOS: GANAN LAS IMAGENES.

El niño apenas está en la vida comunitaria. Sí está en la vida pública de los medios, en el parque jurásico, en Disneyworld, en el mundo de los bimboños y los gremlins.

El problema del maltrato cultural no estriba sólo en saber cómo aparece el niño, maltratado o no, en los medios. Ni siquiera cómo maltratan los medios al niño bien presentando una imagen suya decepcionante y falta de constructividad, bien vehiculándole vitriolo para el alma. El problema completo lo tendremos cuando veamos qué modelo cultural y social de construcción de la infancia estamos aplicando. No vale pensar que no es preciso aplicar ninguna, que el niño "sale bien" espontáneamente. Ni podemos pensar que tenemos un modelo legislativo, unos derechos ciudadanos y unos derechos del niño. Los derechos no garantizan el desarrollo evolutivo del

niño. Un régimen burocrático y racionalista de libertades no es forzosamente un sistema racional de construcción del niño, de arquitectura del hecho humano.

En una reciente investigación que realizamos para el Centro de Estudios del Menor (1991-1992) se desvelaba la vida cotidiana de niño en España y se analizaban una serie muy preocupante de carencias en sus marcos de desarrollo: déficits urbanísticos de escenarios de actividad; déficits de actividades reales o productivas absolutamente necesarias para el desarrollo psicológico (el trabajo o la actividad real no son una maldición, sino la base de la organización psicológica); déficits en la red de relaciones familiares y sociales; déficits de actividad física y/o de deporte y de los marcos espaciales y temporales necesarios; déficits de modelos personales para el desarrollo en la cultura actual (los escalonamientos en grupos pequeños de edad no se dan: faltan hermanos, primos y los compañeros van por "añadas"; y ya no hay actividades comunes o puentes que permitan pasar al niño de las actividades de niño-alumno a los modelos de adulto); déficit moral y de "sentido": en un mundo lleno de saber y de significados, el niño no tiene modelos claros de mundo y de moral.

Este último déficit lo va a llenar el niño/joven construyendo con el grupo de iguales una conciencia alrededor de la cultura urbana-televisiva. La vida cotidiana del niño, condicionada ecológicamente por tres grandes mitos (escuela, comidas-sueño y televisión) le presenta la televisión como la gran ventana al sentido. El niño, que aprecia en la escuela que lo que le dicen allí es más verdadero, acota no obstante que lo que le presenta la televisión es más real. En nuestro modelo de hombre racionalista se nos ha colado el sin sentido.

No podremos entrar aquí en los tres grandes grupos de efectos (cognitivos, morales, físicos) que los medios de comunicación y en general el marco sociocultural actual está provocando en la infancia, y en el hecho humano. No son triviales. Estamos ensayando en las nuevas generaciones, consciente o inconscientemente, una nueva arquitectura del hecho humano. Muchos indicadores señalan que nuestro modelo (más implícito, más lleno de buenos deseos y de espejismos ideológicos que de procedimientos y realidades funcionales está provocando un buen número de efectos negativos. ¿Es eso maltrato? Creemos que sí. Es el maltrato que está detrás de los maltratos con minúsculas que llegan todos los días a la avanzadilla clínica y policial. De los que llegarán crecientemente si no se analiza y se le pone remedio.

A.P. 8

ORGANIZACIONES SOCIALES Y ASOCIACIONES

INTRODUCCION: MILAGROS HERNANDEZ CALVO

Es indudable el papel positivo que en el campo de la infancia han realizado y están realizando determinadas asociaciones y organizaciones sociales que gracias a su actitud no lucrativa y su aporte de iniciativas y recursos propios hacen posible materializar la protección a la infancia.

Sin embargo, la realidad actual, caracterizada por una gran escasez de recursos públicos destinados a la atención a la infancia hace que la mayoría de estas actitudes lucrativas y sus iniciativas se concreten en "suplir" tareas y actuaciones que debería realizar la propia Administración con recursos propios.

Por ello, cooperativas, asociaciones y ONG'S dedican sus esfuerzos en la realización y puesta en marcha de programas y servicios destinados a cubrir estas carencias a través de fórmulas presupuestarias de convenios y conciertos.

Esta fórmula crea una diferencia en el modelo de atención en función del % destinado a entes locales y organizaciones sociales...

Los convenios y conciertos con la Administración se deben realizar en el marco de gestión adecuado:

- Por un lado, con la existencia de un mapa de necesidades y recursos que permitan hacer planes de actuación reales.
- Por otro, con una relación de control-evaluación que garantice el cumplimiento de los objetivos.

La evaluación compartida podría ser un avance, si tenemos como fórmula la creación de consejos de gestión y participación donde la Administración informe también de su gestión y objetivos de actuación.

La realización de estos conciertos deberían de ir acompañados paralelamente de una mayor asignación presupuestaria en el sistema público a fin de garantizar la calidad y responsabilidad de este sistema en la atención a la infancia.

Existe una faceta del asociacionismo social en el campo de la infancia poco desarrollado: El voluntariado.

Un voluntariado profesional y ciudadano que se implique en la cons-

trucción de redes sociales de apoyo en los barrios que ayuden a la detección y ayuden a evitar a través de lazos de solidaridad, las situaciones dramáticas de muchos menores.

Las asociaciones de vecinos, las APAS, los grupos de barrio, son un elemento a desarrollar y motivar en estas funciones. La Administración debe reconocer y respetar la autonomía de la acción social voluntaria, reconociendo el valor de sus aportaciones.

Es necesario, por tanto, una reflexión sobre el actual papel del movimiento asociativo y las organizaciones sociales en este campo con el fin de poder tejer una red social que actúe desde un primer momento en la atención y bienestar de la infancia.

OTRAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

ANGEL GARCIA RODRIGUEZ

Hasta hace poco tiempo el maltrato infantil era exclusivo de una parte de la población considerada como marginada.

Hoy día el maltrato infantil, entendido como cualquier acción, negligencia y omisión no aleatoria por parte de los padres, cuidadores o compañeros que compromete la satisfacción de sus necesidades básicas, amplía el espectro a toda la población infantil, lo que produce de inmediato un aumento del mismo tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo, este aumento no tiene por qué asustarnos ni ser negativo, en cuanto significa una mayor concienciación del problema, que es un primer paso para evitarlo.

Existe una gran variedad maltrato infantil y se produce en diferentes momentos, circunstancias y grados que no vamos a clasificar ahora, nosotros, como Asociación, hemos escogido, sin abandonar otros, la intervención directa con los niños/as abandonados mediante acogimientos temporales en nuestros hogares funcionales con la colaboración del Estado, central, comunidades autónómicas y ayuntamientos y de otras personas.

Hoy afortunadamente ya se conocen los hogares funcionales, así como sus ventajas e inconvenientes, pero encierran un peligro ya que no dejan de ser instituciones y como tal tienden a perpetuarse con el riesgo de negativizar su operatividad.

La Asociación "Mensajeros de la Paz" considera fundamental la proyección social hacia las formas normales de organización social cuya base es la familia que puede ser permanente mediante la adopción, temporal a través del acogimiento familiar o en la propia familia natural, tras un paréntesis terapéutico en nuestros hogares funcionales, siendo el juez u organismo competente quien tras el estudio pertinente, oídas las partes y demás procedimientos legales, decide en interés del niño.

Como se puede suponer recibimos en nuestros hogares a niños/as con múltiples formas e intensidades de maltrato, pero no es nuestra intención pormenorizarlas aquí, sino subrayar dos grandes manifestaciones del maltrato en el momento actual:

- Los niños enfermos ya sea del VIH+, ya sean los deficientes psíquicos-físicos.
- Los jóvenes de edad comprendida entre 12 y 16 años, definidos como

chicos frontera, predelinquentes, etc. cuyos programas resumimos a continuación:

NIÑOS CON GRAVES DEFICIENCIAS FISICAS, PSIQUICAS Y SENSORIALES Y AFECTADOS POR EL VIH+.

El objetivo que la Asociación "Mensajeros de la Paz" persigue con estos niños es la integración en familias ya constituidas con o son hijos mediante la adopción o el acogimiento familiar.

Consideramos que todos los esfuerzos son para conseguir que estos niños no desarrollen su vida en un hospital psiquiátrico. Para ello se deben dar las ayudas y facilidades necesarias a las familias receptoras.

Mientras tanto, la Asociación tiene abiertos dos hogares funcionales para atender a estos niños, distinguiendo el caso el niño portador de VIH+ que convive en un hogar funcional normalizado.

Los dos hogares a los que nos referimos tienen como características principales: el seguimiento médico directo en el hogar con el fin de evitar internamientos innecesarios, la relación y preparación más específica de los educadores y el apoyo psicológico tanto a niños como a educadores para lograr inmunización al stress y cierto confort psicológico así como una estimulación psicomotriz coordinada con el colegio.

En todo lo demás se pretende que los niños hagan la vida lo más parecida a los niños de su edad: asistencia a colegios públicos de educación especial, salidas a los parques, etc. procurando darle un aire de normalidad a las limitaciones que padecen: frecuentes hospitalizaciones con visitas, dificultad del seguimiento escolar sobre todo en las situaciones agudas mediante una formación y juegos adecuados.

Dentro de este carácter especial no queremos obviar la tendencia a una normalización ala que nos anima haber realizado ya diferentes acogimientos familiares con resultados positivos hasta la fecha aunque insuficiente todavía.

JOVENES EN CONFLICTIVIDAD SOCIAL

Entendemos por jóvenes en conflictividad social el grupo de población comprendido entre 12 y 16 años que pueden ser objeto de alguna medida judicial en virtud de la ley 4/92 de 5 de junio.

Este grupo de edad presenta una amplia gama que comprende desde el chico que "ya" pero "aún no" ha delinquido hasta el joven que sale de un centro cerrado. Por ello las soluciones han de ser igualmente variadas.

Estos chicos generalmente proceden de familias desestructuradas y que han pasado por diversas instituciones que al final cortan drásticamente el proceso educativo cuando más necesario es para el joven. Este corte muchas veces está incluso legitimado por la mayoría de edad penal y en otros por la civil a los 16 y 18 años respectivamente.

Estos límites meramente temporales convierten el proceso educativo de un joven con grandes carencias en una lucha contra el reloj, lo que obliga a quemar etapas, dejando grandes lagunas. Paradójicamente se produ-

cen estas prisas cuando la incorporación de los jóvenes en nuestra sociedad es más tardía.

Consciente de este problema la Asociación "Mensajeros de la Paz" ha abierto su radio de acción hacia estos jóvenes con diferentes programas que comprenden desde residencias y pisos mixtos que les sirvan de lanzadera, pasando por delegados en medio abierto y hasta la gestión del centro cerrado de la Junta de Andalucía.

Pero dejando esas consideraciones de carácter general sobre los problemas de los jóvenes y ciñéndonos al tema enunciado pasamos a exponer brevemente nuestro proyecto que consiste en un hogar tipo chalet, amplio y con jardín, no aislado y bien comunicado con autobuses para facilitar el estudio o trabajo del joven. La casa debe ser amplia para que puedan realizarse actividades de grupo u ocupacionales transitorias mientras algún joven se queda socialmente descolgado.

Cada joven debe concertar un programa de estudio y/o trabajo siguiendo un plan que le permita adquirir los instrumentos que le sirvan para su emancipación.

El joven realiza las tareas de la casa como adiestramiento a una posible salida con otros jóvenes de su edad. El educador tiene como objetivo la escucha y seguimiento del joven a nivel familias, personal, social, laboral o de estudios entre otros para motivar, establecer límites y ofrecer la ayuda apropiada, así como impulsar su salida.

LA SENSIBILIZACION SOCIAL

ANTONI MARTINEZ ROIG



El historiador Lloyd de Mause señaló que "la historia de la infancia es una pesadilla de la cual nos estábamos despertando recientemente. Mientras más atrás en la historia pongamos nuestra mirada, veremos cuanto más limitado es el cuidado del niño, más probables son el infanticidio, el abandono, el castigo físico brutal, las prácticas atemorizantes y el abuso sexual". Cabe preguntarnos si realmente nos estamos despertando de la horrenda pesadilla o en realidad lo que pasa es que estamos entrando en otra.

Hay signos alentadores como el incremento de la inversión y de la atención a la infancia en la política de los diferentes gobiernos estatales o autonómicos, así como la emergencia de grupos no gubernamentales que se preocupan y actúan en defensa de la infancia. Sin embargo junto a ello hay aspectos negativos: la pobreza del cuarto mundo, el niño consumidor, etcétera.

Allí donde el desarrollo no ha podido despegar y prevalecen condiciones de déficit y desigualdades sociales, donde las economías públicas poco hacen para alterar estas condiciones o mejorar la situación de los niños: sus derechos no suelen respetarse y su futuro es incierto. Allí donde se ha concentrado lo mejor del resultado social y se han desarrollado sistemas de convivencia avanzados, donde campea la abundancia y donde los problemas de tipo social cuentan con recursos suficientes para ser resueltos, aparecen nuevas y sofisticadas formas de maltrato.

Podría pensarse que si no había lugar para los niños en el mundo de ayer, hay un espacio que aboga en el mundo contemporáneo.

Cuando en nuestra sociedad se pretende reflexionar sobre el maltrato, a pesar de estar presente en toda la realidad histórica del niño, se suele ver como una novedad cognoscitiva. La secular falta de conocimiento sistematizado sobre el mismo y lo tardío de su desarrollo hacen pensar que el maltrato a la infancia se ha incorporado en la ideología y en la cultura tan hondamente, que ha llegado a ocultarse a la conciencia de la sociedad y de los individuos.

El maltrato es una realidad presente en todos los ámbitos de la organización social y de la vida cotidiana, desde los círculos más particulares e íntimos hasta el contexto general del Estado y la Sociedad.

La familia es maltratante cuando condiciones generadas por extrema pobreza impiden a los padres satisfacer las necesidades básicas de sus hijos, alimentación, vestuario, vivienda, educación, un grupo familiar con carencias severas baja la autoestima y culpabiliza a los responsables, limita

la existencia de espacios para la intimidad personal, precipita la ruptura de las relaciones interpersonales e instala la angustia e inseguridad en un niño. La familia crónicamente frustrada será necesariamente agresiva en sus relaciones internas y externas.

La familia que ha superado la extrema pobreza con muchos sacrificios personales o aquella en situación de abundancia maltratan con desproporcionadas demandas a los hijos o les convierten en adultos precozmente.

Las escuelas, hospitales, centros de protección y en general todas las instituciones que tienen que ver con la atención de la población infantil son también maltratantes cuando sus prácticas rutinarias son despersonalizantes, cuando las normas disciplinarias lesionan la dignidad, cuando sus recursos técnicos o materiales están severamente limitados, cuando el personal carece de preparación entre otros aspectos.

La Administración también puede ser maltratante cuanto no define políticas orientadas a la protección del niño y de su familia o sólo asume parcialmente tan compleja cuestión, cuando no prioriza las inversiones en el área social mediante programas adecuados, cuando su legislación no incorpora las demandas de la realidad o se convierte en letra muerta y también puede serlo cuando en sus normas y en sus aparatos se introduce una "cultura maltratante" que, en nombre de la protección infantil, utiliza conceptos coercitivos y prácticas punitivas que llevan a la violencia contra el niño.

Ante todo ello la comunidad, entendida como aquel conjunto de personas que dentro de ciertos límites geográficos tienen una historia parecida, un presente común y futuro por decidir, tienen un papel muy importante. Los niños son de sus padres y de sus comunidades y a ellos les corresponde la tarea de ofrecer las condiciones necesarias para que todo niño cuente con los recursos mínimos que le puedan garantizar un desarrollo normal.

Para conseguir esta acción comunitaria es imprescindible que surjan de la misma organizaciones no gubernamentales, que sean el motor de todos los ámbitos sociales, familia, organizaciones populares, instituciones privadas, asociaciones de profesionales y todos aquellos sectores que acepten participar en la compleja tarea de defender los derechos del niño.

La actuación motora de la que hablábamos puede realizarse desde entidades profesionales o bien desde entidades cívicas en general. Según nuestra opinión en el momento actual en nuestra sociedad deben ser las asociaciones profesionales las que deben marcar la pauta. Difícilmente el ciudadano es capaz de actuar objetivamente ante el fenómeno del maltrato aún sigue recibiendo una idea "justicialista" del mismo. Ha de ser a través de los profesionales que trabajan con el niño en distintos ámbitos, que se sensibilice a los propios compañeros de disciplina profesional y a la ciudadanía en general sobre lo que supone para el niño y las familias el tema del maltrato, cuál es el abordaje más eficaz y cómo se debe influir en los medios políticos acerca de este personaje que no se contabiliza en el censo electoral.



Ponentes

- HELENA AGATHONOS GEORGOPULU**
Psicóloga. Centro de Estudio y Prevención del Maltrato y Abandono Infantil.
Instituto de Salud Infantil. Grecia.
- JOSE MANUEL ALONSO VAREA**
Psicólogo. Ayuntamiento de Barcelona.
- PILAR ARINO GIMENEZ**
Consejera Técnica Area de Servicios Sociales y Comunitarios.
Ayuntamiento de Madrid.
- JUAN MARIA BANDRES**
Abogado. Comisión de Asuntos Jurídicos y Derechos del Ciudadano.
Parlamento Europeo.
- NORBERTO BARBAJERATA**
Psiquiatra. Psicoterapeuta Familiar.
- JUAN ANTONIO BELMAR BUENO**
Trabajador Social. Area de Servicios Sociales y Comunitarios.
Ayuntamiento de Madrid.
- TRINIDAD BERNAL SAMPER**
Psicóloga. Programa de Mediación. Centro ABSIDE. Madrid.
- MARIA TERESA BUENO GUTIERREZ**
Psicóloga. Sección de Infancia y Juventud. Consejería de Sanidad
y Asuntos Sociales. Murcia.
- FERRAN CASAS I AZNAR**
Profesor Titular. Departamento de Psicología Social. Universidad de Barcelona.
- JUAN MANUEL CASION**
Psicólogo. Grupo de Intervención Familiar. Servicio Provincial de Menores.
Zaragoza.
- MARIA ANGELES CENTENO MORENO**
Psicóloga. Dirección General de Bienestar Social. Comunidad Autónoma de La Rioja.
- ANGELES CEREZO JIMENEZ**
Profesora Titular. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
- MARIA JESUS CORONADO BUITRAGO**
Juez de Menores. Madrid.
- MIGUEL COSTA CABANILLAS**
Psicólogo. Centro de Estudios del Menor. Dirección General de Protección Jurídica
del Menor. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.
- EULALIA CREUS I FERRE**
Generalitat de Catalunya. Departamento de Bienestar Social.
Dirección General de Atención a la Infancia.
- ALBERT CRIVILLE**
Psicoanalista. Service Sociale de l'Enfant. París. Francia.
- JOAQUIN DE PAUL OCHOTORENA**
Profesor Titular. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.
- ANTONIO DIAZ FEJO**
Asociación CARIBU.
- JOSE ANTONIO DIAZ HUERTAS**
Médico. Residencia Concepción Arenal y Altamira. Instituto Madrileño de Atención
a la Infancia. Consejería de Integración Social. Madrid.
- AZUCENA DOMENECH OLIVERA**
Psicóloga. Comisión de Tutela del Menor. Instituto Madrileño de Atención
a la Infancia. Consejería de Integración Social. Madrid.

Ponentes

- ROSARIO DUCE SANCHEZ DE MOYA**
Pedagoga. Consejería de Educación. Comunidad de Madrid.
- OSCAR EKAY PAGOTO**
Educador Social. Federación de Asociaciones Profesionales de Educadores Especializados.
- LOURDES FERNANDEZ QUINTANILLA**
Trabajadora Social. Centro de Apoyo al Menor. Madrid.
- FERNANDO FRANCO**
Periodista. "Faro de Vigo". Vigo.
- JAIME FUNES ARTIAGA**
Psicólogo. Centro de Estudios Jurídicos y de Formación Especializada de la Generalitat de Catalunya.
- LOURDES GAITAN MUÑOZ**
Socióloga. Asesora Técnica Viceconsejería de Integración Social. Madrid.
- MARIA TERESA GARCIA GARCIA**
Trabajadora Social. Servicios Sociales. Junta Municipal de Retiro. Madrid.
- JOSEFINA GARCIA CANO**
DU. Enfermería. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.
- ANGEL GARCIA RODRIGUEZ**
Asociación Mensajeros de la Paz. Madrid.
- ESPERANZA GARRIDO GARCIA**
Psicóloga. Programa de Minusválidos Menores. Instituto Madrileño de Atención a la Infancia. Consejería de Integración Social. Madrid.
- ENRIC GARRIGA MALLAFRE**
Psicólogo. Consultor de Organizaciones. Barcelona.
- M^a LUZ GOICOECHEA NAZABAL**
Trabajadora Social. Servicio de Menores. Centro de Salud Mental. Vitoria.
- IGNACIO GOMEZ DE TERREROS**
Pediatra. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.
- ENRIQUE GRACIA FUSTER**
Psicólogo. Departamento de Psicología Experimental. Universidad de Oxford. Reino Unido.
- MILAGROS HERNANDEZ CALVO**
Trabajadora Social. Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia. Madrid.
- NIEVES HERRERO YUSTE**
Psicóloga. Centro de Atención a Drogodependientes. Ayuntamiento de Madrid.
- LIBORIO DEL HIERRO SANCHEZ-PESCADOR**
Profesor de la Facultad de Derecho. Universidad Autónoma de Madrid.
- PILAR LAPETRA CODERQUE**
Psicóloga. Servicio de Infancia. Diputación Provincial de Sevilla.
- JUAN SANTIAGO LEIS BARREIROS**
Subdirector General de Acción Social Xunta de Galicia. La Coruña.
- ERNESTO LOPEZ MENDEZ**
Director Centro de Estudios del Menor. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.
- TONI LLORET I GRAU**
Psicólogo. Centro de Acogida. Area de Servicios Sociales. Diputación de Barcelona.
- LUIS MARTIN ALVAREZ**
Pediatra. Centro Salud Leganés. Presidente Asociación Madrileña Prevención Malos Tratos en la Infancia.

Ponentes

- ANTONIO MARTINEZ ROIG**
Pediatra. Hospital Virgen del Mar. Barcelona. Presidente Federación Asociaciones Prevención Maltrato Infantil.
- MARTIN MARRON ZAPARDIEL**
Psicólogo. Servicio de Coordinación de Centros. Instituto Madrileño de Atención a la Infancia. Consejería de Integración Social. Madrid.
- MIGUEL MELENDRO ESTEFANIA**
Pedagogo. Servicio de Coordinación de Centros. Instituto Madrileño de Atención a la Infancia. Consejería de Integración Social. Madrid.
- TOMAS MERIN CAÑADA**
Viceconsejero de Integración Social. Comunidad de Madrid.
- MARIA JESUS MONTANE MERINERO**
Psicóloga. Jefe Servicio de Adopciones. Dirección General de Protección Jurídica del Menor. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.
- RAMON MUÑOZ CALVO**
Pedagogo. Asociación Vasca para la Ayuda a la Infancia Maltratada.
- SABINO MURILLO PEREZ**
Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.
- VICTORIA NOGUEROL NOGUEROL**
Psicóloga. Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia.
- AMPARO OLMEDILLA RAMOS**
Psicóloga. Instituto Madrileño de Atención a la Infancia. Consejería de Integración Social.
- FELIX PANTOJA GARCIA**
Fiscal de Menores. Tribunal Superior de Justicia de Madrid.
- JOSE LUIS PASCUAL ULLOA**
DU. Enfermería. Vicepresidente Cruz Roja de Madrid.
- JOSE LUIS PEDREIRA MASSA**
Psiquiatra Infantil. Unidad de Salud Mental. Avilés.
- ILDEFONSO PEROJO PEREZ**
Psicólogo. Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia.
- XAVIER QUEROL PIERA**
Pediatra. Hospital Clínico y Provincial. Barcelona.
- MARIA LUISA RAMON-LACA BLANCO**
Trabajadora Social. Fundación Centro de Enseñanzas Especiales. FEAS. Madrid.
- LOLO RICO**
Escritora. Realizadora de Televisión. Madrid.
- MANUEL RICO LARA**
Magistrado-Juez de Menores. Sevilla.
- PABLO DEL RIO**
Facultad de Ciencias de la Información. Madrid.
- JOAQUIN RUIZ JIMENEZ**
Presidente UNICEF-España. Madrid.
- ENCARNA SANCHEZ ESPINOSA**
Psicóloga. Servicio de Infancia. Diputación de Sevilla.

Ponentes

JOSE JESUS SANCHEZ MARIN

Jefe Servicio de Formación. Dirección General de Protección Jurídica del Menor.
Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.

CARMEN SANCHEZ MORO

Investigadora Social. Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos
en la Infancia.

JOSE MIGUEL SANCHEZ REDONDO

Psicólogo. Dirección General Servicios Sociales. Comunidad de Castilla-León.

CARLOS SANTAMARIA BLANCO

Abogado. Asociación de Defensa del Menor. Ciudad Real.

EVA SARDINERO GARCIA

Psicóloga. Unidad de Salud Mental Infante Juvenil. Gijón. Asturias.

MARIA DOLORES TAMAYO CARRASCO

Pedagoga. Concejalía de la Infancia. Coslada.

PEDRO UGARTE VERA

Pedagogo. Colegio Residencia de Menores San Rafael. Junta de Comunidades
de Castilla-La Mancha.

JAVIER URRRA PORTILLO

Psicólogo. Equipo Técnico. Juzgado de Menores. Madrid.

DOMINGO VALENCIANO MORENO

Pedagogo. Servicios Sociales. Ayuntamiento de Sevilla.

FRANCISCO VARGAS MARCOS

Médico. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública.
Madrid.

BLANCA VARONA SANCHEZ

P. de Apoyo Escolar para la Protección a la Infancia. Consejería de Educación
y Cultura. Madrid.

ELISA VEIGA NICOLE

Juez de Familia. Madrid.

JAVIER VICENTE DE LA POMPA

Jefe Actividades y Servicios. Cruz Roja Salamanca.