



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROPUESTA DE UN MANUAL DE INTERVENCIÓN EN
CRISIS PARA INTERVENTORES QUE TRABAJAN CON
MENORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR Y/O
SEXUAL.

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA PRESENTA:**

HERNÁNDEZ MERCADO ÁNGELES SUSANA.

DIRECTOR DE TESINA: LIC. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ

MÉXICO D. F. SEPTIEMBRE 2010





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

Introducción.....	1
Capítulo 1	
Menores Víctimas de Violencia Familiar y Abuso Sexual.....	5
1.1. Víctima.....	6
1.1.1. Definición de víctima.....	6
1.2. Violencia Familiar.....	7
1.2.1. Definición de Familia.....	7
1.2.2. Definición de violencia familiar.....	7
1.2.3. Formas que adopta la Violencia Familiar.....	8
1.2.4. Maltrato Infantil.....	10
1.2.5. Caso de víctimas por Abuso de Poder	20
1.2.6. Abuso Sexual.....	28
1.2.7. Caso de Abuso Sexual.....	31
1.2.8. Consecuencias de la Violencia Intrafamiliar.....	36
Capítulo 2	
Intervención en Crisis.....	38
2.1. Secuelas Clínicas de los menores victimizados.....	38
2.1.1. Estrés Postraumático.....	39
2.2. Teoría de la Crisis.....	46
2.2.1. Definiciones de Crisis.....	46
2.2.2. Principios Básicos de la Crisis.....	47
2.2.3. Fases de la Crisis.....	48
2.2.4. Tipos de Crisis.....	48
2.3 Intervención en Crisis.....	49
2.4. Modelos de Intervención en Crisis.....	51
2.4.1. Modelo de Roberts.....	52
2.4.2. Modelos de Gilliland y James.....	53
2.4.3. Modelo de Rubin y Bloch.....	55
2.4.4. Modelo de Matilde Du Ranquet.....	57

Capítulo 3

Propuesta de Intervención.	61
3.1.- Manual de Intervención en crisis.....	61
3.2.- Limitaciones y Sugerencias.....	63
3.2.3.- Sugerencia de Investigación: Cyber Bullying.....	64

Capítulo 4

Conclusiones	66
---------------------------	-----------

Referencias.....	69
-------------------------	-----------

Anexo 1 Manual de Intervención en Crisis.....	.73
Anexo 2 Causales de Maltrato Infantil74
Anexo 3 Protocolo de validación de la negligencia.....	76
Anexo 4 Indicadores que se pueden detectar en el aula.....	77
Anexo 5 Formas que adopta la violencia Intrafamiliar.....	79
Anexo 6 Modelo de una Cartilla Epidemiológica.....	83
Anexo 7 Cuestionario del Trastorno por Estrés Postraumático.....	88

Introducción.

Pinheiro menciona en el informe Nacional de Violencia y Salud que “Ninguna violencia contra los niños está justificada y toda violencia puede ser prevenida. Todos los países pueden y deben poner fin a la violencia contra los niños. Eso no significa limitarse a castigar a los agresores, sino que es necesario transformar la mentalidad de la sociedad y las condiciones económicas y sociales subyacentes ligadas a la violencia”. (SSA, 2006)

Desde tiempos inmemoriales los niños han padecido todas las formas de violencia, han sido mutilados, golpeados, vejados y explotados. Sin embargo, es igualmente importante subrayar que, existen antecedentes remotos de que se intentó poner límites a los derechos absolutos de los padres sobre los hijos. Es el caso, por ejemplo, de algunas leyes de protección a los menores de edad que datan del año 450 AC.

La primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los Niños se creó en Nueva York en 1874 y varias más surgieron durante los siguientes 80 años, diversos estudios han hecho notar que el interés público hacia el maltrato infantil era muy escaso antes de 1960. Hasta 1962, el doctor Kempe y sus colegas, publicaron en *Journal of the American Medical Association* su trabajo acerca del síndrome del niño golpeado, fue cuando se inició la preocupación moderna por el abuso y la negligencia hacia los niños, la cual ha crecido y se ha difundido entre todos los países durante las últimas cuatro décadas.

Los conocimientos que desde entonces se han producido permitieron arribar a la conclusión de que cualquier individuo, desde que nace, tiene un riesgo más elevado de sufrir diversos tipos de violencia y abuso, incluyendo la muerte, al interior de su hogar que en las calles. (Gelles 1990; Newell 1999, citado en SSA, 2006). Igualmente importante es el hecho de que la violencia familiar tenga una incidencia que supera, por mucho, la de cualquier otro tipo de delito.

Por ello, no es de extrañar que, en 1999 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimara que, a escala mundial, 40 millones de niños con un rango de edad de 0 a 14 años sufrían maltrato o negligencia (Clark, Clark, Adamec 2001, citado en SSA, 2006).

El Fondo de la ONU para la Infancia (UNICEF, 2009) informó que en México todavía no se cuenta con un registro nacional adecuado de todos los casos de maltrato infantil reportados a las distintas autoridades (salud, educación, protección a la infancia o justicia). Es decir, no hay manera de saber si los casos que reporta uno de estos sectores son los mismos registrados en otro. De igual modo, no debe olvidarse que sólo llegan a conocimiento de las autoridades los casos más severos, mientras que la mayor parte no son notificados, y quedan, por tanto, fuera de los registros.

La violencia en México es un factor determinante de la deserción escolar y una causa importante de muertes infantiles. Miles de niños, niñas y adolescentes en México crecen en un contexto de violencia cotidiana que deja secuelas profundas, e incluso termina cada año con la vida de centenares de ellos. Gran parte de esta violencia, abarcando la violencia física, sexual, psicológica, discriminación y abandono, permanece oculta y en ocasiones es aprobada socialmente.

En México en el año 2006, se presentaron el “ [Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños](#) y el [Informe Nacional sobre Violencia y Salud](#)”. Según el Informe Nacional, 2 niños con menos de 14 años de edad mueren cada día a causa de la violencia en México. El “[Índice de los Derechos de la Niñez y Adolescencia Mexicana](#)” de UNICEF México y de su Consejo Consultivo para el rango comprendido entre los 12 y 17 años de edad, muestra preocupantes datos de muertes violentas, especialmente de adolescentes varones. Según datos de la Secretaría de Salud utilizadas para el Índice, en 2004 cada semana 12 adolescentes fueron asesinados y otros 10 se suicidaron.

El desafío es aún enorme: construir políticas públicas que permitan ampliar las posibilidades de denuncia de casos de maltrato infantil, lo cual permitirá conocer con precisión su magnitud, con atención especial a niñas maltratadas, y dar la atención necesaria a las víctimas de violencia.

En algunos casos los menores y sus padres buscan espacios donde puedan estar alejados de la violencia que viven en su núcleo familiar, los casos más graves desafortunadamente se exilian de la sociedad y es difícil detectarlos.

Existen instituciones que apoyan a los menores en riesgo para brindarles un espacio de juego y atención desinteresada, poseen solo la voluntad de ayudar, les brindan por unos minutos o quizá horas juego y compañía; pero su felicidad se desvanece cuando el recuerdo llega, y la voluntad de las personas que los acompañan se deteriora por no tener los instrumentos necesarios para disputar lo que les afecta a los menores. Con el tiempo, el apoyo se vuelve obsoleto, dificultando al menor y a los trabajadores que conviven con él el desarrollo de otro tipo de solución, encontrándose en una simbiosis donde nada cambia, si no empeora con el nombre de impotencia.

Dentro de éstas instituciones de asistencia al menor se siguen dando casos de violencia y/o abuso sexual, lo que se convierte en una violencia institucional y los directivos carecen de métodos de prevención para contrarrestarla.

Por lo tanto, los adultos cercanos a los niños como son los profesores, psicólogos, pedagogos, sacerdotes, por mencionar algunos en instituciones, tienen la responsabilidad de estar capacitados para identificar conductas que manifiesten que el menor se encuentra en un estado de crisis. Con la responsabilidad de identificar, intervenir y canalizar a los menores a instituciones que les brinden apoyo y seguimiento a su caso. Ya que el estado de crisis para los menores es una oportunidad para superar el estado emocional afectado, vivir con ello y así permitir la entrada a retos y motivaciones del presente.

En el presente trabajo se recopilan algunas formas de maltrato infantil; maltrato prenatal, abandono, negligencia biológica, abandono emocional, síndrome de Munchausen, intoxicación, maltrato físico, abandono físico, corrupción, incapacidad parental de controlar la conducta del niño, explotación laboral o mendicidad, formas raras y graves del maltrato infantil, tráfico de niños, riesgo psicosocial, discriminación, semiabandono, trabajo infantil, menores de la calle y menores que viven en la calle, circunstancias inesperadas dentro del núcleo familiar que pueden desencadenar el maltrato infantil. Se mencionan sus características y consecuencias físicas, psicológicas y sociales que pueden tener. También se desarrolla la propuesta de un manual de intervención en crisis para los interventores que trabajan con menores en situación de violencia, con la finalidad de que tengan una herramienta que les permita brindar una atención principal a estos menores, así como frenar y prevenir este fenómeno.

Capítulo 1

Menores Víctimas de Violencia Familiar y Abuso Sexual.

En México, la población entre 0 y 5 años de edad es de 11.6 millones en 2009, de los cuales 5.9 millones son niños y 5.7 son niñas. El 61.2% de ellos se encuentra en condiciones de pobreza patrimonial y el 27.4% en condiciones de pobreza alimentaria. La desigualdad de sus ingresos y oportunidades varían con la geografía del país. Hay un total de 13 millones de niñas y niños entre los 6 y los 11 años de edad, de los cuales 6.6 millones son niños y 6.4 millones son niñas. Más de la mitad de ellos se encuentran en situación de pobreza patrimonial (62.2%) y uno de cada cuatro (28%) no cuenta con los ingresos suficientes para cubrir sus requerimientos alimenticios. (UNICEF 2009).

En 2008, más de 357 mil niños y niñas entre 5 y 11 años de edad no asistían a la escuela debido a diversas causas, la principal se relaciona con la pobreza y el trabajo infantil: en 2007 se estimó que 556 mil niñas y niños entre los 5 y los 11 años trabajaban. Según la Consulta Infantil y Juvenil del 2003, 16% de los niños de entre 6 y 9 años dijeron que son tratados con violencia en las escuelas.

En 2007, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) atendió alrededor de 46 casos de maltrato a niños menores de 18 años por día, siendo las niñas ligeramente más afectadas que los niños, y señalando que dos de cada tres casos registrados de maltrato (62.3%) son de violencia física y emocional, mientras que de abuso o explotación sexual el 3.9% de los casos.

El DIF del Distrito Federal recibió un promedio de cuatro casos de maltrato infantil por día entre 2000 y 2002. En casi la mitad de los casos (47%) la responsable fue la madre, en el 29% fue el padre; lo que significa que la familia, que debería ser el lugar mejor equipado para proteger a los niños y niñas, se puede convertir en una zona de riesgo para ellos.

En el 2005, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) registró un total de 677 muertes causadas por homicidios entre jóvenes de 15 a 19 años. Según el INEGI, el 56% de las mujeres de éste rango de edad que

viven en pareja han sufrido al menos un incidente de violencia en los últimos 12 meses. (UNICEF, 2009)

1.1 Víctima.

1.1.1 Definición de víctima.

Víctima (Etimología)

Víctima viene del latín víctima, y con ello se designa a la persona o animal sacrificado o que se destina al sacrificio. Satanciu (sf.) señala que la víctima es un ser que sufre de una manera injusta; por lo tanto, los dos rasgos característicos de la víctima son el sufrimiento y la injusticia, aclarando que lo injusto no es necesariamente lo ilegal.

Manzanera (2005) menciona, que desde el punto de vista puramente jurídico, una persona es victimizada cuando cualquiera de sus derechos ha sido violado por actos deliberados y “maliciosos”. Víctima es el individuo o grupo que padece un daño por acción u omisión propia o ajena, o por causa fortuita.

Víctimas de Abuso de Poder.

Otro tipo de victimización a menores es el abuso de poder, realizado por instituciones que se encargan de su educación, cuidado y protección.

El poder corrompe, y el poder absoluto corrompe absolutamente. El abuso de poder se da con frecuencia para beneficio exclusivo del poder mismo, para mantener un régimen político o una estructura social económica injusta, o para provecho económico e individual de los poderosos.

El artículo 18 de la declaración sobre los principios fundamentales de justicia relativos a las víctimas define que: “Se entenderá por “víctimas de abuso de poder” a las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, incluido lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de sus derechos fundamentales, como consecuencia de

acciones u omisiones que no lleguen a constituir violaciones del derecho penal nacional, pero violen normas internacionalmente reconocidas relativas a los derechos humanos”.

1.2. Violencia Familiar.

1.2.1 Definición de Familia.

“La familia es la unión básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Es también la unidad básica de enfermedad y salud mental, además de ser la institución más antigua, dinámica y paradójica que refleja en su estructura las características del momento histórico por el que atraviesa”. (Ackerman, sf, citado en Portillo y Torres 2007).

Portillo y Torres (2007) indican que en la actualidad se han incrementado en gran medida las familias disfuncionales, entendiendo esto como aquellas familias que no viven con uno o ambos padres, ya sea por muerte, separación, abandono o por divorcio.

Las familias tienen que enfrentar el maltrato infantil, violencia escolar, desastres naturales o sociodesorganizativos que pone en una situación de crisis temporal a los menores, que tienen que ser tratadas para prevenir consecuencias psicológicas.

1.2.2.- Definición de Violencia Familiar.

Violencia.

La Organización Mundial de la Salud define a la violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (SSA, 2006).

Lamberti, Sánchez y Viar (2003) mencionan que “El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido, negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

El fenómeno de violencia familiar se presenta cuando peligra- física o mentalmente- el desarrollo saludable de toda persona de menos de 18 años de edad. Ese riesgo comprende una amplia escala, desde un mero retardo evolutivo hasta la propia muerte del menor, y puede darse por acciones o por omisiones, llevadas a cabo por el padre, la madre, otras personas e instituciones responsables de su cuidado. En términos generales, al abuso infantil puede ser físico, emocional, sexual o por delegación. (Lamberti, Sánchez y Viar, 2003).

1.2.3.-Formas que adopta la Violencia Familiar.

Grosman y Mesterman (2004) mencionan que los gestos de violencia expresan una situación de abuso de poder, pero también un sufrimiento en el abusado, en los abusadores y en aquellas personas que les son más cercanas.

A menudo, los mensajes nacidos del comportamiento de los progenitores, originados en fines educativos, son incoherentes con las expresiones verbales. Enseñan que no se debe agredir ni ser violentos, pero en la práctica el niño desde pequeño aprende a ser coercitivo. Desde esta perspectiva, el aprendizaje tendría un carácter social basado en la observación e imitación, donde el amor y la agresión coexisten. Los supuestos comportamientos provocativos del menor representan, en su mayoría, racionalizaciones de la incapacidad de constituir una relación adulto-niño afectivamente madura, que requiere por parte del primero disponibilidad para postergar las propias necesidades y deseos, en beneficio de las del niño, cuya satisfacción es en sí misma una recompensa gratificante.

Cecilia Grosman y Silvia Mesterman (2004) mencionan que “cualquier pequeño hecho de la vida cotidiana, todo comportamiento del niño que se considere irritante, si encuentra a su progenitor en situación de crisis, con escasas defensas anímicas y con dificultades para requerir apoyo externo, puede desatar la violencia”.

Los factores que, según Kempe (sf.) citado en (Grosman y Mesterman 2004), están vinculados con el maltrato son:

- 1) La repetición de una generación a otra da una pauta de hechos violentos, negligencia o privación (física o emocional) por parte de los progenitores.
- 2) El niño es considerado indigno de ser amado o desagradable, en tanto las percepciones que los padres tienen de sus hijos no se adecuan a la realidad de lo que los niños son; además consideran que el castigo físico es un método apropiado para “corregirlos” y llevarlos a un punto más cercano a sus expectativas.
- 3) Es más probable que los malos tratos tengan lugar durante un período de crisis. Esto se asocia con el hecho de que muchos padres maltratantes tienen escasa capacidad de adaptarse a la vida adulta.
- 4) En el momento conflictivo no hay líneas de comunicación con las fuentes externas de la que podrían recibir apoyo.
- 5) En general estos padres tienen dificultades para pedir ayuda a otras personas. Tienden a aislarse y carecen de amigos o personas de confianza.

1.2.4. Maltrato Infantil.

Bringiotti (2000) hace una recopilación de las diferentes formas que adopta el maltrato infantil, algunas de ellas y sus indicadores son:

1. Maltrato Prenatal: Consumo de drogas durante el embarazo que provoque que el menor nazca con un crecimiento anormal, patrones neurológicos anormales o con síntomas de dependencia física a las drogas.

2. Abandono: Dejar literalmente al niño abandonado en una puerta, plaza, bote de basura, etc., sin intención aparente de volver.

3. Negligencia Biológica: El Fracaso del Proceso de Apego.

Este tipo de negligencia puede ser también comprendida como un trastorno o como un fracaso del encuentro biológico entre el adulto y su bebé, producto de una deficiencia en el tratamiento recíproco de las señales químicas, físicas, sonoras o visuales, que les hubieran permitido reconocerse como pertenecientes a un mismo "grupo familiar". Los comportamientos pasivos del niño, que no hace nada para llamar la atención de su madre, son causa o consecuencia de un trastorno del apego. Los trastornos del apego pueden aparecer en la diada madre-niño cuando el niño posee minusvalías particulares. Los niños prematuros que presentan trastornos neonatales quizá no toleren las estimulaciones de sus madres y por lo tanto las pueden decepcionar.

Las características del niño, como hiperactividad, los problemas de sueño o los trastornos de la alimentación, aumentan los riesgos de que puedan ser maltratados.

4. Abandono Emocional: La falta persistente de respuesta a las señales – llanto, sonrisas- , expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de alguna figura adulta estable.

5. Síndrome de Munchausen: Simulación por parte del padre, madre o tutor- especialmente por parte de la madre- de síntomas físicos patológicos mediante la administración de sustancias o manipulación de excreciones o sugerencia de

sintomatologías difíciles de demostrar, que llevan a internaciones o estudios complementarios innecesarios.

6. Intoxicación: Molina Cabecero (1997 citado en Bringiotti, 2000) agrega que esta forma específica de maltrato, que implica la ingestión de un compuesto de sustancias químicas por acción de los padres. Suelen reconocerse los siguientes tipos: intoxicación intrauterina, intoxicación a través de la lactancia, intoxicación por descuido o negligencia e intoxicación violenta.

7. Maltrato físico: Golpes y moretones, quemaduras, fracturas, torceduras o dislocaciones, heridas o raspaduras, mordeduras humanas, cortes o pinchazos, lesiones internas, fractura de cráneo, daño cerebral, asfixia o ahogamiento.

8. Abandono Físico: Déficit en la atención de las siguientes situaciones: alimentación, vestimenta, higiene, cuidados médicos, supervisión en situaciones potencialmente peligrosas, condiciones higiénicas y de seguridad en el hogar. En el área educativa: ausencias e incompetencia en el rendimiento.

9. Corrupción: Adultos que induzcan, procuren, faciliten u obliguen a un menor a realizar actos de exhibicionismo corporal, lascivos o sexuales, prostitución, ebriedad, consumo de narcóticos, prácticas sexuales o a cometer hechos delictivos que ponen la normal integración del niño y refuerzan pautas de conductas antisociales o desviadas.

10. Incapacidad parental de controlar la conducta del niño: los padres o tutores manifiestan o demuestran claramente su total incapacidad para controlar y manejar de manera adaptativa el comportamiento de sus hijos.

11. Explotación laboral o mendicidad: Los padres o tutores asignan al niño, con carácter obligatorio, la realización continuada de trabajos –domésticos o no- que exceden los límites de lo habitual, que deberían ser realizados por adultos y que interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y /o escolares de los niños y, por último, que son asignadas con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres o la estructura familiar.

12. Formas raras y graves del maltrato infantil: Son cuadros confusos que pueden llevar a suponer que se trata de lesiones accidentales: quemaduras por microondas y quemaduras por secadores de pelo, intoxicación por sal común (cuyo exceso produce, entre otros efectos, deshidratación), aspiración de

pimienta (oclusión de laringe, tráquea y bronquios, afecta también al esófago y estómago, la mayoría de los casos son fatales), síndrome de oreja en conflicto (golpe en el oído, torceduras de vértebras y asfixia), ritualismo (ceremonias o prácticas “religiosas” donde se somete a los niños a diferentes formas de abuso), déficit de vitamina B12, debido a madres vegetarianas estrictas que alimentan sólo a pecho a sus hijos, sin ningún tipo de complemento. (Casado Flores, Díaz Huerta, Martínez González: 1997, pag. 125, citado en Bringiotti, 2000).

13. Tráfico de niños: Generalmente se trata de su venta para la adopción, pero también se incluye la entrega a una madrina para que sirva en un casa o aquellas situaciones en la que, engañados, son trasladados a otros lugares para trabajar o ejercer la prostitución, podríamos agregar en este caso el tráfico de órganos. (Bringiotti, 2000).

14. Riesgo Psicosocial: afecta su desarrollo integral como resultado de la sub atención a las necesidades de alimentación, vivienda, recreación, salud, estudio, entre otras.

15. Discriminación: se refiere a formas de rechazo de un grupo por otro, por edad, por sexo, por pertenecer a otros grupos étnicos, por los pobres, etc.

16. Semiabandono: Se trata de un problema nuevo, consecuencia directa de la urbanización , la economía del mercado y la extrema pobreza que obliga a ambos padres a participar en trabajos remunerados; al no contar con recursos adecuados, se ven obligados a dejarlos solos o con hermanos mayores durante muchas horas.

17. Trabajo Infantil: si bien se trata de un problema antiguo, hoy se acepta que el niño no debe trabajar hasta la mayoría de edad, por lo que pasa a ser un problema nuevo a resolver, ya que la mayoría de los niños se incorporan a temprana edad a las estrategias de supervivencia familiar. Justamente los niños que trabajan en la calle y viven con su familiar son denominados niños “en la calle”.

18. Niños que viven en la calle: es una de las manifestaciones más claras de pobreza absoluta e indigencia. Estos niños han apresurado su salida de la familia y pasaron a vivir en la calle, desarrollando mecanismos de sobrevivencia, realizando actividades laborales de tipo convencional en el sector informal de la economía. En la mayoría de los casos hay un adulto que

utiliza al niño como medio (para servicios sexuales, manejo de productos robados, tráfico de drogas o participación en bandas de delincuentes).

19. Negligencia contextual: La pobreza y el Aislamiento social como medio ambiente.

Acusar a los padres de familias pobres de maltratar a sus hijos por que presentan signos exteriores de estar “mal cuidados”, sin considerar la situación social en la que viven, es una nueva injusticia social que agrava la situación de los niños. No se puede exigir a padres que no tengan trabajo, ni vivienda adecuada que vivan con un mínimo de dinero y que con eso cuiden, vistan, alimenten y eduquen a sus hijos como si esta situación no existiera. La pobreza y el aislamiento social acompañan casi siempre a las situaciones de negligencia (Mayer y Renaud, 1985, citado en Grosman y Mesterman, 2004).

Eso no excluye la existencia de la negligencia en familias de clase media o alta, aunque en ellas es más común que la negligencia sea de tipo psicoafectiva.

La ausencia crónica de componentes nutritivos, vestido, higiene, alojamiento adecuado, cuidados médicos y de educación acompañan las experiencias existenciales de las familias de escasos recursos. Esta realidad concreta y organiza a través de generaciones, un modo de vida basado en estrategias destinadas a no sucumbir de hambre, de sed, de frío y de falta de amor.

La pobreza, como contexto, obliga a la familia a funcionar con un estilo que se podría considerar desde una perspectiva externa “caótica”, indiferenciada, predatoria e inestable, que a menudo es la única alternativa de supervivencia en un medio ambiente pobre y marginal. La vida cotidiana de estas familias, especialmente la de los niños, no se ordena por la función estructurante del tiempo y del espacio, lo que estructura la vida cotidiana son preferentemente los acontecimientos que en la realidad o en la imaginación son asociados con fuentes de afecto, cariño y nutrición. Los diferentes acontecimientos de la vida cotidiana se suceden en espacios exigüos (donde todo sirve para todo). Así por ejemplo, una misma habitación sirve a la vez de comedor y dormitorio, donde se recibe a los invitados, se come, juegan los niños, los adultos tienen relaciones sexuales y los diferentes miembros de la familia se pelean o se manifiestan ternura y cariño. En este contexto será muy difícil que cada miembro de la familia, y especialmente los niños, identifiquen y distingan sus

diferentes experiencias y sensaciones (frío y calor, hambre y saciedad, agresividad y violencia, ternura y excitación sexual).

El asilamiento social aumenta los riesgos de negligencia causada por la pobreza, porque los padres excluidos del funcionamiento social tienen menos acceso a fuentes educativas que podrían ayudar a mejorar los cuidados de sus hijos. Las familias pobres se encuentran fácilmente aisladas, aunque paradójicamente la pobreza les hace más dependientes de una red social de apoyo. Sin esta ayuda, no se benefician de los contactos sociales que podrían aliviar en parte sus frustraciones, calmando en cierta medida las consecuencias de la miseria.

Mansilla (1991) señala específicamente las situaciones de riesgo psicosocial, discriminación, semiabandono, trabajo infantil, niños que trabajan en la calle o viven en la calle y negligencia contextual como resultado de la violencia estructural en América Latina. Los niños ven interrumpidos sus derechos y sufren maltrato, ya que viven en situaciones de alto riesgo psicosocial que amenaza su desarrollo. La mayoría vive en condiciones de extrema pobreza, lo que los obliga, en su primera infancia, a luchar por la supervivencia familiar.

Circunstancias Inesperadas que pueden Desencadenar el maltrato emocional.

El maltrato emocional es un rechazo a las iniciativas de apego en los más pequeños, exclusión de las actividades familiares, transmisión casi habitual de una valoración negativa del niño, negación de autonomía en los más grandes, conductas de amenaza e intimidación, conductas ambivalentes e impredecibles, situaciones ambiguas en la comunicación-doble mensaje, aislamiento, les prohíben tener contactos sociales y participar con sus padres.

La muerte de un padre o familiar, el divorcio y los desastres naturales o sociodesorganizativos desencadenan una situación de estrés en los padres y son susceptibles a que maltraten emocionalmente a sus hijos por no saber actuar ante las circunstancias, pero ¿qué es lo que pasa en las familias y en los

menores cuando ocurre esta situación? A continuación se revisarán las características culturales, sociales y particulares que involucra a cada situación.

Perdida de un Familiar.

De la Fuente (2007) menciona que el hombre tiene conciencia de su fin ineludible y esto determina su vida. La muerte afecta a todos los seres humanos, sea cual sea su edad y condición, ésta es vivida de modo diferente según la etapa vital en que se encuentre el individuo. Así, tanto la propia muerte como el proceso de duelo por otra persona, son vividos con características peculiares en las diferentes edades. (Barreto y Soler, 2007). Es importante anotar que un duelo no elaborado puede conducir a comportamientos desadaptados y patológicos. (Bauab, 2001).

En nuestra antigua cultura mexicana, la diferencia entre la vida y la muerte no fue tajante. Se pensó que la vida se prolonga en la muerte y ésta era vista como una nueva fase de la vida. La negación de la muerte es en los humanos una tendencia poderosa. Los niños pequeños piensan que la muerte es un acontecimiento transitorio y reversible. La fantasía de reunirse con los seres queridos después de la muerte es una forma relativamente frecuente de mantener la idea de que la vida y la muerte tienen continuidad. (De la Fuente, 2007).

Únicamente confusión y patología pueden nacer de ocultar o deformar a los niños la muerte de un padre y cuando, implícita o explícitamente, los adultos hacen que los niños refrenen la expresión de sus sentimientos. La mayoría de los giros patológicos son el producto de la interacción de condiciones adversas posteriores a la pérdida y cómo fue elaborado el duelo.

Los niños interpretan rápidamente los signos, cuando un padre teme expresar sus sentimientos los hijos ocultarán los suyos. Cuando un padre prefiere guardar silencio, los hijos tarde o temprano dejarán de hacer preguntas. El trastorno de pérdida, sobre todo si va seguido de un deterioro en la calidad de

las relaciones afectivas y la atención excluida al niño, puede traducirse en un retraso o alteraciones del curso del desarrollo.

Cain y Fast (citados en Bowlby, 1993) estudiaron que un tipo de situación patógena es cuando prevalece una comunicación extremadamente deformada. Existen casos de suicidio donde el hijo había sido testigo presencial de algún aspecto de la muerte del padre, pese a lo cual el padre sobreviviente insistía en que no se trataba de suicidio, sino que la muerte se debía a alguna enfermedad o accidente. Cuando un niño describía lo que había visto, el padre sobreviviente trataba de desacreditarlo ridiculizándolo o insistiendo en que se había confundido con lo que había visto en la televisión o con algún mal sueño. Esos problemas abarcaban crónicamente desconfianza de otras personas, inhibiciones de la curiosidad del niño, desconfianza del testimonio de sus propios sentidos y tendencia a encontrarlo todo irreal. Las circunstancias que rodean a la muerte de un padre por suicidio se consideran traumáticas. La pérdida de un padre por esta situación determinará con frecuencia una psicopatología apreciablemente superior a las que se observan en los casos de muertes debidas a otras causas por la combinación del impacto del suicidio y su cadena de consecuencias (Shepherd y Barraclough sf, citado en Bowlby, 1993).

Con facilidad una viuda o un viudo alterado le echa la culpa a sus hijos por la muerte de su padre o madre, en un repentino estallido de cólera. En algunos casos el padre lo hace sólo una vez, pero en otros casos puede hacerlo de manera más sistemática y persistente. El niño, censurado de esta manera, se toma a pecho la cuestión y luego se inclina a dirigirse auto reproches y a caer en la depresión, estos niños generan un morboso sentido de culpabilidad.

Quienes perdieron a un padre por muerte durante la niñez o la adolescencia corren más peligro que otros de sufrir trastornos psiquiátricos y, de modo más especial, de convertirse en deprimidos seriamente suicidas y/o psicóticamente deprimidos (Bowlby, 1993).

Los menores sufren un maltrato emocional ya que por respuesta a la pérdida su conducta es agresiva, con actividad excesiva y euforia, por lo que los adultos no se encuentran en condiciones de brindarles paciencia y comprensión y es cuando los menores más lo necesitan. Muchos menores quedan en custodia de instituciones cuando mueren ambos padres o cuando el padre sobreviviente decide que el menor sea cuidado en estas.

Los adultos maltratan emocionalmente a los menores al expresar que la vida no vale la pena y manifiestan el deseo de morirse siendo el suicidio su mejor remedio. El padre sobreviviente, al ser el único responsable, modifica la forma de tratarlos y por eso les pegan con frecuencia o sufren algún maltrato emocional.

La separación de los Padres.

El divorcio también es una pérdida, que trae numerosos cambios en la estructura familiar del menor. Según el informe del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), presentado el 14 de febrero de 2008, 12.3% de los matrimonios en México se divorcia. (Chávez M, 2009).

En la interacción entre hombre-mujer dentro del matrimonio existen crisis, para las cuales las parejas buscan soluciones, algunas tan definitivas como la separación, abandono o divorcio. Los padres deben enfrentar en forma adecuada la realidad para evitar repercusiones negativas en sus hijos. Nadie sensato puede afirmar que la separación de los progenitores suponga una experiencia banal y poco importante para niños y niñas (Urdaneta, 1994, citado en Portillo y Torres, 2007).

Es incuestionable que el divorcio produzca dolor en los niños, ya que surgen toda una serie de cambios en su vida cotidiana: en lugar de compartir el día a día con el padre y la madre, van a pasar a vivir alternativamente con uno u otro; con frecuencia, se produce un descenso en las condiciones económicas de la familia, que puede provocar otros cambios (de vivienda, escuela, barrio, etc.). También es probable que uno o ambos progenitores se sientan, al inicio, muy

alterados emocionalmente por todo el proceso de separación. Estos cambios desconciertan y alteran a niños y niñas, como se ha constatado en los estudios que han evaluado su estado en los meses siguientes a la separación. Los menores pueden llegar a obsesionarse pensando que ellos fueron los culpables, producen un temor irracional de que el padre que permanece con ellos no los querrá por mucho tiempo y que sus padres nunca los volverán a querer.

No es menos cierto, sin embargo, que tras los momentos iniciales de indudable dificultad para todos los implicados, un tiempo después los niños y niñas se adaptan a la nueva situación. (Morgado y González, s.f.).

Generalmente el divorcio produce un severo shock en los niños, el efecto de este es probablemente menos severo que el de vivir bajo un núcleo familiar en la que por periodos largos hay problemas e irritación mutua entre los padres. Sobre el tema se han realizado diversas investigaciones tal como la de Jacobs (1988, citado en Portillo y Torres V, 2007). Los resultados indican que las mujeres experimentaban mayor ansiedad y miedo justo al principio de la separación de los padres, en comparación de los hijos varones que resistían más la separación hasta un mayor tiempo, afirmaron también que las consecuencias son más severas entre los 3 y 9 años de edad, aparecen conductas agresivas en los niños, y en las niñas síntomas de depresión y pesadillas (Peterson, Leigh y Day sf, Citado en Portillo y Torres V, 2007).

Otro estudio es el realizado por Wallerstein y Kelly (1980; citado en Portillo y Torres, V 2007), hace mención que los niños en edad escolar viven la separación con mucha angustia y confusión, descubren que entre los 7 y 8 años de edad aparecen sentimientos de privación, tristeza, angustia, dolor, fantasías de reconciliación, sentimientos de culpa, enojo y conflictos de lealtad.

Los efectos negativos del divorcio son amplios, sólidos y generalizados. Entre un 70% y un 80% de los niños y niñas que pasan por la experiencia del divorcio de sus progenitores tienen un perfil psicológico caracterizado por el ajuste y el bienestar (Portillo y Torres V, 2007).

Para que los menores superen el estado de crisis necesitan del apoyo de sus padres, aun en los divorcios amigables los niños se quedan con un enorme vacío en su existencia y un abrupto cambio en la mayor parte de sus vidas íntimas. Si el divorcio no es amigable o si los padres son poco racionales, los niños son utilizados para lastimarse entre ellos, retando peligrosamente la fidelidad del niño, produciéndole inestabilidad. Por consiguiente, es importante atender a los menores en el periodo de crisis posterior a la separación para ayudarlo a enfrentar la pérdida, identificar la situación de los padres, ya que de la solución que le den al conflicto depende el daño que les pueden causar.

Desastres Naturales o Sociodesorganizativo.

La Organización Mundial de la Salud, desde una perspectiva sanitaria, ha definido las catástrofes como *situaciones imprevistas que representan serias e inmediatas amenazas para la salud pública*. Su impacto sobre la salud pública no siempre es inmediato, sino que los efectos a mediano y largo plazo son, muchas veces, mayores que los producidos durante la fase aguda.

La experimentación de un desastre no impacta a todos los sujetos por igual, depende de muchos factores, entre los que se encuentran la edad y los recursos psíquicos. Los menores experimentan una pérdida en comunidad ya que no solo existen pérdidas vitales, también experimentan la pérdida de su estructura social y económica. Se ha visto que en los menores es mayor la tasa de Trastorno de Estrés Postraumático.

Los desastres naturales van a precipitar una crisis o un estado de desorganización caracterizado por una incapacidad para superar el problema con el potencial de un daño de larga duración.

Desgraciadamente, los lugares que son afectados por siniestros de tipo natural son poblaciones que sufren de pobreza significativa, y si sus pobladores se ven de pronto "sin nada", su situación psicológica se ve inmediatamente afectada: sin hogar, sin comida, sin ayuda. El reto más grande al que se enfrentan es lograr "reaccionar" adecuadamente, de manera que puedan enfrentar su

situación lo más pronto posible y evitar así el desarrollo de problemas psicológicos graves.

La muerte de un familiar, el divorcio y los desastres naturales generan una pérdida en la familia, donde los más afectados son los menores ya que no tienen la capacidad para enfrentar la situación y son los que más necesitan de la atención y apoyo de su familia. Desafortunadamente, algunos padres no tienen la suficiente madurez para entender la crisis familiar que están viviendo y la crisis emocional de los menores, recurriendo a un maltrato físico o emocional como respuesta a las conductas demandantes de los menores.

Hay que tomar en cuenta que estas situaciones de crisis son una oportunidad para reanudar los lazos afectivos y construir nuevos, los menores que viven estas situaciones pasan por un proceso de duelo donde se produciría un período inicial de desequilibrio, seguido de una reorganización y de un eventual reequilibrio emocional, con nuevos roles, relaciones y tareas. Este período de transición, hasta el logro de un nuevo equilibrio familiar, tiene una duración variable, que puede prolongarse desde unos meses hasta dos años (Hetherington y Stanley-Hagan, 1995; Emery, 1999a).

1.2.5. Un Caso de Víctimas de Violencia Institucional y Abuso de Poder.

A continuación se hace una revisión periodística del Incendio de la Guardería ABC en Hermosillo Sonora, con la finalidad de ejemplificar la violencia institucional, ya que los menores sufrieron un suceso violento inesperado que atentó contra su integridad física y emocional, mientras estaban en custodia de personal que velaba por su cuidado.

Una Empresa con Sentido Social.

1999. Se instala una bodega al sur de la ciudad.

Sandra Lucia Téllez Nieves, Marcelo Meouchi Tirado, Gildardo Francisco Urquidez Serrano y Marcia Matilde Altagracia Gómez del Campo Tonela, decidieron invertir su capital para abrir una guardería, ya que era una demanda de la sociedad, con la finalidad de iniciar una empresa con sentido social.

Misión de las Guarderías del IMSS.

La misión de las guarderías del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la de proporcionar a los hijos(as) de las madres trabajadoras aseguradas, padres viudos o divorciados a los que judicialmente se le hubiere confiado la custodia de sus hijos, todos aquellos elementos que favorezcan su desarrollo integral, a través de la práctica de acciones de alto valor educativo, nutricional, de preservación y fomento de la salud; así como satisfacer la demanda mediante la ampliación de cobertura. (IMMS 2009)

6 de junio del 2001 se abre el contrato de la Guardería ABC, una de las subrogadas por el (IMSS). El permiso actual tiene una vigencia del 2 de enero del 2007 al 31 de Diciembre del 2009. La capacidad para la atención de los menores es de 196 niños, los padres tienen que pagar una cuota unitaria de \$2,401.60 pesos.

2002. Durante la misma administración municipal se otorga una concesión de uso de suelo para la instalación de una Gasolinera al ex delegado del IMSS Mariano Careño Carlón. Esta gasolinera se ubica a menos de 50 metros de la guardería ABC.

2005 La Unidad Estatal de Protección Civil alerta al Gobierno Federal sobre el riesgo que representaban las guarderías del IMSS y del ISSSTE, y que se acogieran a la ley Estatal de Protección Civil aprobada ese año. Nunca hubo respuesta.

2008 Tras la intoxicación de un niño en una guardería de SEDESOL, la Secretaría de Salud del Estado de Sonora denuncia las condiciones en que operan las guarderías de la dependencia federal.

26 de mayo del 2009: El Instituto Mexicano del Seguro Social lleva a cabo una inspección a la Guardería ABC y asegura que el inmueble cumple con la normatividad en materia de seguridad establecida por el instituto.

El dolor les era desconocido hasta que un día el destino lo cambio.

Alrededor de las 15:00 horas del viernes 6 de Junio del 2009, en el barrio Y-Griega de la ciudad de Hermosillo, se desencadenó un incendio en un depósito lleno de neumáticos y combustible. Este fuego se propagó a la guardería ABC donde se encontraban 141 menores que a esa hora dormían la siesta. Minutos después de alcanzar las llamas a la guardería, un falso techo de la misma se derrumbó y cayó sobre algunos de los menores. El intenso humo del incendio hizo que 31 menores murieran dentro de la guardería, las víctimas mortales tenían las edades comprendidas entre tres meses y dos años, los cuidadores y los pequeños tuvieron problemas para salir del incendio. Decenas de menores fueron trasladados a siete hospitales de la ciudad para ser atendidos por problemas respiratorios y quemaduras. Vecinos del lugar abrieron las puertas de sus casas para resguardar a los menores que rescataban del incendio. Los menores heridos fueron tratados en las primeras horas por quince especialistas mexicanos y algunos de ellos, los más graves, fueron llevados al hospital especializado para quemaduras: Shriners de Sacramento (California).

Negligencia Médica.

El 13 de junio Alberto Barreda Robinson, representante en México de los hospitales Shriners de Estados Unidos, acusó de negligencia médica a las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Guadalajara, Jalisco, donde han muerto ya dos sobrevivientes del incendio de la guardería ABC. El representante denunció que está en riesgo la vida de al menos otros siete niños al negarles su traslado a nosocomios especializados del país del norte.

Alberto Barreda declaró que "En las últimas horas se les murieron dos; ya habían pasado el periodo crítico y se les murieron porque les dieron un baño en agua, cuando se sabe que eso no se puede hacer con un paciente así. He visto que los médicos del IMSS están haciendo cochinas, no saben ni lo que hacen, bañaron a los niños y les colapsaron los pulmones. Los representantes del hospital Shriners estaban listos para recibir a todos los niños en los hospitales en Sacramento, en Cincinnati y en Boston, ya habían evaluado a

muchos niños que deberían haber sido trasladados, pero por negligencia criminal de las autoridades del IMSS, los pequeños siguieron en Guadalajara, en un hospital que si bien cuenta con un buen equipo, tiene a médicos totalmente inexpertos en quemaduras.”(Gutiérrez Rúelas U, 2009)

Uno de los niños se iba a trasladar a Sacramento en un avión de la Marina mexicana, pero antes de despegar se dieron cuenta que el plan de vuelo que traía era a Guadalajara, por lo que de inmediato se opusieron a que la nave saliera y fue entonces que gracias al apoyo del cónsul en Hermosillo (John Brendistine) y la Cruz Roja, se habló con Hillary Clinton (Secretaria del Estado Estadounidense), quien dio órdenes para que se abriera una vía aérea militar y el avión pudiera volar directo a Sacramento, sin restricciones, pasando sobre espacios aéreos reservados. (Gutiérrez Rúelas U, 2009).

Resultados del peritaje hecho en la Guardería.

Guardería y bodega realmente formaban parte de la misma nave industrial y estaban separadas por un tabique de poliuretano que difícilmente podía contener el fuego. Materiales tóxicos, puertas de emergencia clausuradas, falsos techos y tabiques endebles junto con instalaciones eléctricas defectuosas fueron la combinación fatal en el incendio de la guardería "ABC" del Instituto Mexicano del Seguro Social que regentaban unos particulares. "La construcción es la misma, la pared que divide la guardería del almacén donde se inició el fuego es una sola; éste es un punto fundamental en la rapidez con que se extendió el fuego". El procurador Eduardo Medina Mora informó que luego de un dictamen pericial se concluyó que las instalaciones de la guardería y de las dos bodegas contiguas no cumplían las condiciones establecidas en la normatividad federal y local en materia de seguridad industrial y protección civil. (Beyliss M y Gómora D, 2009).

El techo de la guardería no estaba sellado, era falso, tenía además una lona y estaba construido con un material que ya no se emplea precisamente por su peligrosidad en caso de incendio. Esta circunstancia originó que el humo procedente de la bodega formara una bolsa, pero no se activaron los

detectores porque éstos habían sido instalados en la parte inferior de la guardería.

Para acceder a la primera de las salidas de emergencia se tenía que atravesar un salón de clases que tenía otra puerta de 80 centímetros de ancha y que tenía una cerradura de seguridad. La segunda puerta de emergencia, que tenía las mismas características y se ubicaba junto a la cocina de la guardería, tuvo que ser abierta a la fuerza desde el exterior por los bomberos. Desde el exterior de la guardería se aprecia un portón que tampoco se abrió. La explicación del fiscal fue clara: "el portón era falso, por dentro se encontraba sellado".

En la guardería había inscritos más de 200 niños, pero cuando ocurrió el siniestro muchos de ellos ya habían sido recogidos por sus familiares. Según las investigaciones preliminares, el incendio sorprendió a 141 niños que a esa hora dormían la siesta, de los cuales 49 murieron y a más de 70 infantes de menos de cuatro años de edad les causaron heridas físicas y mentales.

En busca de Responsables.

El presidente Felipe Calderón y su esposa, Margarita Zavala, además de expresar su profundo dolor y enviar sus más sentidas condolencias a los familiares de las víctimas mortales, dieron instrucciones para abrir la investigación del incendio por medio de la Procuraduría General de la República para deslindar responsabilidades sobre la tragedia.

La primera respuesta del Presidente fue enérgica, los padres de los menores necesitaban el apoyo del estado ya que sus pérdidas son irreparables, 49 menores muertos necesitaban una respuesta lógica del accidente, ¿Por qué tantos menores muertos y muchos más heridos?

En una de las cláusulas del contrato firmado por los dueños de la guardería refieren que:

DÉCIMA TERCERA.- LICENCIAS.- "EL PRESTADOR" será responsable de obtener y mantener actualizadas las licencias, permisos y autorizaciones gubernamentales necesarios para el óptimo funcionamiento de la guardería, de manera que los servicios que preste se encuentren ajustados a los ordenamientos legales correspondientes.

La inspección de la guardería realizada el 26 de mayo del 2009 aseguró que el inmueble cumplió con la normatividad en materia de seguridad establecida por el instituto, esta inspección es completamente contradictoria con los resultados antes mencionados de los peritajes en la guardería, las instalaciones tenían demasiadas irregularidades, que hicieron imposible la evacuación ágil del lugar y que más menores se salvaran. Quien inspeccionó la guardería fue completamente negligente al no percibir las irregularidades, o probablemente disfrazo su percepción, para beneficio de los responsables legales de la guardería o fue un favor como muchos que se hacen entre instituciones y políticos.

¿Por qué un resultado tan negativo?

Abel Murrieta Gutiérrez procurador de justicia de sonora declaro "Tenemos que buscar un responsable de las instalaciones y del fuego que se inicia, pero tenemos que buscar también por qué se da este resultado tan negativo".

Los responsables no tomaron las medidas de prevención necesarias, los dueños no invirtieron en la seguridad para proteger la integridad física de quienes a diario acudían a dichas instalaciones; los funcionarios del IMSS no ejercieron su función de revisar y supervisar las medidas de seguridad elemental, a los titulares del ejecutivo de la entidad y del municipio por la omisión cometida al permitir que operaran esas instalaciones en tales condiciones, principalmente y directamente como los responsables a las autoridades de protección civil del gobierno del estado y del municipio por firmar papeles o acatar instrucciones a sabiendas de no estar en lo correcto.(Beyliss, M, 2010).

Corrupción, tráfico de Influencias y negligencia son la respuesta de la falta de prevención de accidentes, los dueños de la Guardería son políticos o familiares de políticos importantes: Las "dueñas" de la guardería ABC son esposas de funcionarios de primer nivel del Gobierno Del Estado De Sonora y pertenecientes al primer círculo del gobernador Bours.

Marcia Gómez del Campo Tonella, es esposa de Antonio Salido Suárez, Director General de Finanzas del Gobierno del Estado de Sonora y también prima de Margarita Zavala Gómez del Campo, Esposa del Presidente de México. Sandra Téllez Nieves, esposa de Alfonso Escalante Hoefler, Subsecretario de Ganadería del Gobierno del Estado de Sonora. Gildardo Urquidez Serrano, casado con Paola Téllez Nieves, además primo de Alfonso Elías Serrano, candidato a gobernador por el estado de Sonora y participante activo en su campaña.

Existe un Castigo

[http://alertaperiodistica.com.mx/wp-](http://alertaperiodistica.com.mx/wp-content/uploads/2009/08/Preguntanalaesposadelpresidente.jpg)

[content/uploads/2009/08/Preguntanalaesposadelpresidente.jpg](http://alertaperiodistica.com.mx/wp-content/uploads/2009/08/Preguntanalaesposadelpresidente.jpg)El Juez Primero de Distrito, con sede en Hermosillo, Sonora, dictó auto de formal prisión contra Marcia Matilde Altagracia Gómez del Campo Tonella, Sandra Lucía Téllez Nieves, Antonio Salido Suárez y Gildardo Francisco Urquidez Serrano, propietarios de la Guardería ABC, quienes enfrentarán dicho juicio en libertad, debido a que están amparados. Pese a que el juez emitió la orden contra los implicados por los delitos de uso indebido de atribuciones y facultades, homicidio y lesiones culposas, por los hechos que costaron la vida a 49 niños, estos no son considerados como graves, por lo que además pueden gozar de plena libertad a cambio del pago de una fianza.

Conclusión.

Nada les impide hacer su trabajo bien, reciben un sueldo y tienen facilidades para abrir negocios entre familiares, ya que su influencia política se los permite, los recursos económicos no son un problema para ninguno de ellos, sabemos que su mejor intención era hacer una empresa con sentido social atendiendo las demandas de la sociedad. Pero, al hacer una empresa, adquieres la responsabilidad de mantenerla en óptimas condiciones, ya que su finalidad es brindar un servicio que no es gratuito, se paga por ello. A los dueños de la guardería o a los responsables de esta, se les desvaneció la responsabilidad que tenían en su empresa, mantener la seguridad e integridad física y moral de los menores a su resguardo. Si bien el incendio no tiene intenciones dolosas si no culposas, la muerte de 49 angelitos como los llaman sus padres, es

resultado de no tomar en serio las recomendaciones hechas por los protocolos de protección, nadie desea que una tragedia de esa magnitud ocurra, pero la prevención salva vidas. Los dueños de la guardería tenían la responsabilidad de cambiar las salidas de emergencia, el material que no era apto para contener el fuego, tener extinguidores, etc. Probablemente solo les interesaba la buena imagen que tenía la guardería, teniendo el poder político y económico se olvidaron que primero estaba la integridad y seguridad de los menores.

El sistema político y social orilla a que los dos pilares de una familia, papá y mamá, trabajen para brindarles un mejor entorno social y darles las mejores oportunidades. Dejar a sus hijos a cargo de otros es una fuerte decisión, ya que de antemano sabemos que un accidente puede pasar en cualquier momento. El resultado del accidente fue negativo, 49 menores muertos y 70 heridos.

Una de las consecuencias de este accidente son las secuelas físicas y psicológicas que origina una experiencia traumática. Las circunstancias del accidente hicieron que los menores vivieran un momento de confusión, terror y miedo, ya que algo extraño a ellos los estaba lastimando, el movimiento de todas las personas extrañas que estaban a su alrededor, el nerviosismo y miedo con el que se manejaban les provocó un impacto. Probablemente algunos menores desarrollen el síndrome de estrés postraumático ya que el accidente cumple con todas las características:

1. Fue un suceso inesperado
2. El ambiente fue estresante: Los responsables perdieron el control, a su alrededor había personas desconocidas, personal de seguridad y de emergencia.
3. Extremadamente traumático: Los menores escucharon gritos, sintieron calor, ardor, vieron el fuego, humo y probablemente a sus compañeros heridos
4. Los hechos representaron un peligro real para su vida.
5. Fue invasivo para los menores que sufrieron heridas.

6. Los menores son testimonio de un acontecimiento que provoco muertes, heridos y existió una amenaza para la vida de otras personas.

Los padres de familia tienen que estar consientes que los niños temen más de lo que percibimos. Por cada temor que expresan abiertamente, hay muchos otros que se guardan. Los niños aprenden a disimular sus temores a fin de complacer a sus padres o para no asustarlos con sus miedos (Oaklander V, 2005).

El incendio de la guardería ABC, fue un suceso inesperado que puso en crisis a la familia de los menores y a los menores ya que sufrieron una serie de cambios en su vida cotidiana, sin embargo tras los momentos iniciales de indudable conflicto para todos los implicados, si se les da una adecuada orientación psicológica, los padres, niños y niñas se adaptan a la nueva situación.

Los menores son vulnerables a sufrir y experimentar diferentes tipos de violencia que se puede prevenir, cuando alguien está a cargo de un menor, es el responsable de este y como institución tienen que tener mayor cuidado por el número de menores que atienden.

El incendio de la guardería ABC es un ejemplo de violencia infantil cometido por instituciones encargadas de su cuidado.

1.2.6. Abuso Sexual

La utilización de niños para la gratificación sexual de adultos ha sido una práctica muy difundida y aceptada en numerosas culturas. Por ello, no es extraño que la venta y la prostitución de niños sigan siendo un modo de vida bien documentado en prácticamente todos los países.

Lamberte, Sánchez y Viar (2003) definen que el Abuso Sexual Infantil es el contacto genital entre un menor de edad (18 años o menos) y un adulto que lo manipula, engaña o fuerza a tener comportamientos sexuales. El consentimiento no existe o no es válido cuando el menor de edad tiene 15 años

o menos y la otra persona 19 años o más, o cuando hay una diferencia de 5 años en la persona mayor y la víctima.

Los tipos de contacto genital incluyen: penetración, intento de penetración, estimulación del área vaginal o rectal del menor por el pene, un dedo, la lengua o cualquier otra parte del cuerpo del abusador, o por un objeto usado por el perpetrador; también incluye cualquier tipo de contacto genital o anal del perpetrador por parte de la víctima, tales como sexo oral, masturbación e intromisión de cualquier tipo.

También se engloban conductas en las que no existe contacto físico alguno entre el adulto y el menor de edad. Un adulto que duerme en la misma cama con el menor cuando uno de los dos o ambos experimentan estimulación sexual; conversaciones y miradas seductoras a un menor por los padres u otras personas que tiene sobre él, y cuando dicha charla viola fronteras generacionales o personales; permitir o forzar al menor a observar películas o material pornográfico; inducirlo a posar para tomar fotografías sexualmente sugerentes o a tener relaciones sexuales con otros. Pueden ser victimizados a través del exhibicionismo o voyeurismo dentro de la familia o en un medio íntimo en forma reiterada.

El abuso sexual infantil consiste en incidentes repetidos en los cuales un conocido, generalmente amigo, vecino o pariente, se aprovecha del menor en diversas ocasiones. No es raro que el abuso comience para el menor a temprana edad y que continúe ocurriendo, sea con frecuencia o a intervalos, dentro de un período de cinco a diez años sin que sea descubierto. (Caballo.y Simòn, 2001).

El abuso sexual de niños involucra violencia y una fuerza física que puede ir acompañada de ataques físicos. Los menores son pequeños y dóciles y, por lo tanto, se pueden obtener los mismos resultados sin el uso de la violencia. Bastan la autoridad y el poder de la persuasión de un adulto para que se establezca el contacto sexual. El acto sexual que ocurre en el abuso sexual de

niños generalmente no es un coito sino el tocamiento de los genitales, involucra un coito o su intento. (Manzanera , 2005).

El abuso sexual Infantil, al ocurrir en el ámbito familiar, implica a más personas (por lo general involucra a uno o dos atacantes y a la víctima). Generalmente cuando ocurren estos abusos sexuales, aun con personas no parientes, se encuentran implicados íntimamente otros miembros de la familia. (Giberti, 2005).

Rosas (2004), menciona que el abuso sexual infantil ha sido relacionado con la posibilidad de una re-victimización (repetición de la experiencia de abuso, ya sea durante la infancia, extenderse hasta la adultez, o presentarse mucho después en la madurez), ya sea que el abuso sea constante por un tiempo prolongado, o que esté acompañado de abuso físico. En estudios como el de Kendall-Tackett et al (1993; citado en Rosas 2004), se dio a conocer que las estadísticas son contundentes: entre el 6 y el 19% han sufrido de abuso repetidamente dentro de un período de dos años a partir de que la primera experiencia de abuso ha sido revelada. Las víctimas de este delito como las demás de otros delitos en general son más propensas a desarrollar desórdenes psicológicos además del Trastorno por Estrés Posttraumático (TEPT) porque la victimización constituye un evento estresante traumático.

La explicación de la relación entre abuso sexual infantil y re-victimización consiste en que las víctimas carecen de la habilidad para detectar situaciones peligrosas y parejas agresivas debido a su situación de susceptibilidad. Así, la re-victimización está compuesta por dos elementos:

- a) La relación entre abuso sexual infantil y el incremento subsecuente de la actividad sexual, y
- b) La relación entre el incremento de la activación sexual y la victimización sexual.

La experiencia de abuso sexual durante la infancia puede provocar alteraciones que perduran a lo largo de la vida de la víctima. Un aspecto observado, y que

se encuentra relacionado con abuso sexual infantil, consiste en los niveles altos de actividad sexual desarrollados posteriormente. Ferguson et al (1997) proponen los siguientes datos:

- o 72.4% reportaron haber tenido su primer encuentro sexual antes de los 16 años, mientras que en la población general fue de 28.4%.
- o 58.6% reportaron haber tenido más de cinco parejas sexuales alrededor de los 18 años, contra el 13.3% de la población no-victimizada.

Esto se resume en una iniciación sexual más temprana y el incremento del número de parejas sexuales. Y esto incrementa la posibilidad de encontrar a una pareja agresiva sexualmente y, como consecuencia, la posibilidad de re-victimización. Y lo anterior, viéndose de manera resumida, consiste en un ciclo de violencia vivido por la víctima de manera sistemática, que constituye un aumento del riesgo a desarrollar trastornos psicopatológicos como TEPT (Harvey, 2000).

1.2.7. Un Caso de Abuso Sexual Infantil

El siguiente caso proviene de la revisión del libro “los Demonios del Edén” de Lydia Cacho Ribeiro, consiste en un ensayo periodístico que documenta el caso de una joven que sufrió abuso sexual por un importante empresario e influyente político. También ejemplifica la violación de los derechos humanos de la menor por parte de las autoridades judiciales del estado de Cancún.

Cancún, como cualquier ciudad del mundo, ha sido escenario de diversos crímenes. Sin embargo, el caso de Jean Thouma Hannah Succar Kuri resulta emblemático por sus características, las cuales permitieron que un hotelero de prestigio social, con poder económico y alianzas políticas de alto nivel explotara sexualmente durante más de dos décadas a casi un centenar de niñas y niños, sin que nadie tomara medidas al respecto.

Emma, es una joven pequeña de un metro cincuenta y tres centímetros de altura, rubia, de tez clara, ojos color miel y labios carnosos. Sufre bulimia-trastorno alimenticio que incita a quien lo sufre de comer en forma compulsiva para más tarde vomitar todo el alimento ingerido-. Empezó éste padecimiento

en el año de 1998, poco tiempo después de conocer a Jean Succar Kuri, quien prácticamente la adopto como una hija. Las psicólogas que la han atendido diagnostican que sufre de un severo Síndrome de Estrés Posttraumático y del síndrome de Estocolmo, mismos que han hecho muy difícil que rompa vínculos afectivos con su agresor.

Emma relata un episodio del abuso por Jean Succar Kuri:

Le tenía mucho miedo, cuando estaba arriba de mí, lo veía muy fuerte y a veces pensaba que podía matarme. Luego se mostraba muy cariñoso y tierno, me susurraba que yo era su amor y su niñita, y que quería que estudiara en las mejores escuelas y fuera alguien en la vida. Era como un hombre con dos personalidades y nunca sabías cuándo saldría a relucir: la violenta y regañona o la tierna. Todas estábamos siempre a la expectativa de sus emociones, grababa videos con los cuales nos amenazaba, si decíamos algo se los enseñaba a nuestros papás, nos hacía ver los videos y nos obligaba a decirle que nos excitaba ver como lo hacíamos. Nos insultaba, nos decía que ya estábamos cogidas y que nadie nos iba a querer y que por eso éramos sus putitas.

Emma pide ayuda.

Paulina Arias es maestra de formación moral de alumnas y alumnos del colegio La Salle de Cancún. Cuando Emma tenía 16 años le contó a la maestra lo que había vivido con su “tío” Johny Succar. Paulina insistió en que lo denunciara pero la madre de Emma y su tío materno se negaron.

La maestra guardó silencio durante casi cuatro años. La profesora escribía en un diario lo que le contaba Emma. Nunca denunció y tampoco canalizo a Emma a un lugar donde la pudieran orientar, cuando las autoridades se dieron cuenta que la profesora guardo silencio quisieron detenerla por el delito de omisión. Aunque la profesora tenía la voluntad de ayudar a su alumna, la ignorancia le dejo una gran frustración y culpa.

Durante esos años, Emma había escapado de “Johny Succar”. Recibió terapia psicoanalítica con un psiquiatra y se percato de que no podía cambiar su vida

sino denunciaba a su violador. En su proceso Emma entendió que Surcar seguía abusando de su hermanita y de su prima, ambas de nueve años de edad, así como de otras niñas desconocidas. Por eso volvió a Cancún, para poner su vida en orden. Regreso y busco la ayuda de la profesora Paulina Arias para contactar a una abogada.

A principios de septiembre del 2003 la abogada Verónica Acacio, también presidenta de la Asociación Civil Protégeme, A.C., que defiende a menores víctimas de abuso sexual, recibió una visita inesperada. Emma, quien llegaría a convertirse en la víctima y testigo principal del caso Succar, le entrego el video donde Jean Surcar le confiesa a la jovencita que le gusta tener sexo con niñas incluso de cinco años de edad. Este video lo grabo bajo la recomendación y supervisión de la subdirectora de Averiguaciones Previas de la Procuraduría General de Justicia del Estado (PGJE).

La Procuraduría de Justicia tuvo en sus manos por más de quince días el video de la confesión. Los funcionarios de esta dependencia, que debían proteger las secrecía de las víctimas y su derecho de anonimato, mostraron a los medios todas las pruebas que conformaban el expediente de la averiguación previa. Dichas pruebas incluían el video aficionado en el que Surcar es entrevistado por la denunciante principal y confiesa tener sexo con menores, así como las fotografías de ella y otras niñas al lado del pederasta, estas pruebas la prensa las tomó y utilizó en primera plana. La vida de Emma cambió, los medios de comunicación la perseguían y juzgaban, todos sabían de ella, ya no importaba la fuga del pederasta si no la morbosidad por conocer más de las víctimas.

A pesar de las declaraciones suficientes de un delito que se persigue de oficio, el pederasta salió de Cancún sin que un policía lo detuviera en el aeropuerto.

Surcar presumía de contar con tres amigos influyentes: José López Portillo, ex presidente de México; Miguel Ángel Yunes Linares, quien en el período de 1985 a 1987 trabajó como subdirector general de Aeropuertos y Servicios Auxiliares; Emilio Gamboa Patrón, operador Político del PRI.

Surcar fue capturado el 5 de febrero en la ciudad Chandler. Lo que cumplió la policía de los Ángeles fue una orden de aprehensión con fines de extradición. El agente especial de la Agencia Federal de Investigaciones menciona que, según su experiencia, será muy difícil lograr la extradición del pederasta. Las autoridades estadounidenses confían muy poco en la justicia mexicana y Surcar cuenta con amigos poderosos en todas partes. Los nombres involucrados tienen mucho peso. El crimen organizado en México está bien impregnado en el poder político; probablemente lo protejan y el trabajo de agentes de la PGR, AFI, Periodistas, Abogados y personal perteneciente a las ONG habrá sido en vano, el agente especial menciona la probabilidad de que lo maten en la cárcel de Albuquerque-donde aseguran que ya fue ultrajado sexualmente por los presos, no descarto la posibilidad de que sus amigos políticos lo salven.

Conclusiones.

Cancún, Ciudad Juárez, Guadalajara, Tijuana y Tapachula son los estados que tienen mayor índice de violencia y abusos sexuales contra los menores, 4600 niños víctimas identificados en estos cinco estados. Desafortunadamente los menores son utilizados por adultos que obtienen beneficios económicos de su explotación sexual. Estas redes internacionales están protegidas por el poder de la corrupción: políticos y empresarios, las esferas más poderosas de un país tienen en sus manos los derechos más fundamentales de los menores. Existen las leyes, artículos y condenas definitivas pero no existe quien las ejecute.

Esta problemática es una de las consecuencias de la violencia intrafamiliar, la pobreza, discriminación, abusos físicos y sexuales generacionales desarrollan un desapego de las generaciones nacientes. Los padres justifican la venta de sus hijos e hijas por que viven en extrema pobreza, otras madres prefieren que sus hijas salgan de su casa para no perder a su esposo, que en repetidas veces abuso de la menor, y como estos existen muchas justificaciones que alimentan el comercio sexual en menores.

En el caso de Emma, su mamá y su tío materno se negaron a denunciar, ya que el agresor les había dado empleo, les ayudo a pagar gastos médicos y de

remodelación de su casa, pagando los estudios de Emma prometiéndole una vida mejor, esto le dio derecho de abusar de Emma y de su hermana menor. Es decir fue una venta velada y aceptada por la sociedad.

Las instituciones son impotentes ante este hecho ya que muchos servidores públicos se corrompen por dinero y, en vez de protegerlos, abusan de ellos o no les brindan la atención.

La esperanza que queda ante este caso es que existen personas como: empresarios, abogados, profesores, agentes judiciales, psicólogos, periodistas etc., que si hacen su trabajo y luchan por que se haga justicia a los menores protegiéndolos de su desamparo.

Entre más se investigue este fenómeno y salga a la luz, más personas dejaran de ser ignorantes ante él y podrán proteger a sus hijos de tales hechos que ataca a todas las clases sociales. Y que generalmente quedan impunes.

1.2.8. Consecuencias de la Violencia Intrafamiliar.

Los hechos violentos tienen enorme repercusión en la salud de la población y en las instituciones encargadas de atenderla, no sólo porque es a donde llegan las y los afectados para atender las consecuencias de la violencia; sino porque este sector juega un papel clave en el diseño de intervenciones técnicas y humanitarias tendientes a disminuir el sufrimiento de quienes son víctimas de la violencia en cualquiera de sus formas.

El costo social asociado a la violencia es enorme. En los distintos ámbitos de la actividad humana (en el trabajo, el hogar, la escuela, la vida social y pública) el impacto de la violencia genera costos enormes en la esfera social. (SSA, 2006).

(Vite H y Rodríguez G, 2010) La Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal PGJDF, 2010, da a conocer que actualmente los menores tiene mayor riesgo de sufrir algún tipo de violencia, su situación social de los niños, niñas y adolescentes en México es:

- Soledad
- Poca libertad o ausencia de límites
- Problemas emocionales
- Nostalgia de casa (Exceso de actividades extraescolares)
- Poca tolerancia a la frustración
- Falta de parámetros (¿Qué es seguro y qué no lo es?)
- Necesidad de ser escuchados y atendidos

Estas características influyen en el menor para superar los actos violentos cometidos en su persona. En el aspecto personal, las huellas que el maltrato emocional deja en el psiquismo del niño se constituyen en un obstáculo que inhibe, coarta, limita y, en casos extremos, paraliza completamente su desarrollo. (Teicher y Cols, 1994, citado en Rosas, 2004) reportaron que el abuso físico en la infancia está asociado con el incremento del 38% en las anormalidades del sistema límbico, el abuso sexual con un incremento del 49%

y el abuso combinado con un incremento del 113%. Y estos porcentajes son más elevados si el evento traumático tuvo lugar antes de los 18 años.

Aun cuando no se llegue a tales extremos, aquellos gestos que implican una falta de reconocimiento para el niño o su humillación en cualquier forma, suponen una gran dosis de sufrimiento, difícil de medir o de cuantificar, pero que indudablemente producen efectos que truncan sus posibilidades de alcanzar un desarrollo pleno. Este tipo de abuso puede resultar muy difícil de reconocer y a menudo puede confundirse con perturbaciones emocionales o psicológicas del menor.

Aunque las consecuencias sociales son menos visibles, los menores pueden presentar dificultad en su desempeño social para establecer amistad con pares, pobre capacidad para establecer vínculos sociales, pobres habilidades de conocimiento y lenguaje, desconfianza, complacencia excesiva con figuras de autoridad y tendencia a resolver problemas interpersonales de manera violenta. Es por ello que los especialistas han insistido en que el maltrato infantil, a largo plazo, afecta tanto a familias como a comunidades. (SSA, 2006).

Los menores que se ven afectados en su desarrollo social por la violencia que sufren en sus casas canalizan la impotencia y frustración en conductas placenteras como: drogas, alcohol, vandalismo, pornografía y actualmente las tecnologías que les dan los medios para dañar a sus pares.

Capítulo 2

Intervención en Crisis.

2.1. Secuelas Clínicas de los menores victimizados.

El maltrato físico produce daños físicos como emocionales. En el primer caso, los daños que se pueden ocasionar van desde los rasguños, heridas, cortadas, quemaduras, fracturas, y heridas internas hasta la muerte. La consecuencia inmediata es el dolor, pero los daños pueden permanecer mucho más allá de las cicatrices. Los niños pequeños están más expuestos a sufrir daños neurológicos de largo plazo incluyendo: irritabilidad, letargia, temblores y vómitos. En el síndrome de sacudimiento, los niños pequeños pueden sufrir desde sordera, ceguera permanente, parálisis y coma, hasta la muerte. (Perry, Mann, Palker, Ludy-Dobson, 2002 citado en SSA, 2006).

En cuanto a las consecuencias psicológicas, diversos estudios han mostrado que los niños que sufren maltrato físico tienen mayores dificultades para el desempeño escolar, el autocontrol, la valoración de su propia imagen y el establecimiento de relaciones sociales, comparados con aquellos que no lo han sufrido. Hobbs et al (citado en SSA, 2006) mostraron que los niños maltratados experimentan más problemas en casa, en la escuela, entre pares y en la comunidad, en comparación con los que no lo son. Las consecuencias emocionales a largo plazo pueden resultar devastadoras pues estos niños tienen mayor riesgo que otros de generar vínculos de dependencia con el alcohol o las drogas.

Existe un número significativo de efectos que alteran el funcionamiento del menor a corto plazo. El efecto más comúnmente experimentado es el síndrome de estrés postraumático. Si la agresión no es efectivamente enfrentada, el desorden provocado por dicho síndrome puede devenir en un problema crónico, comprometiendo severamente el bienestar del niño (Domínguez, Nelke, Perry, 2002).

Los interventores que están al cuidado de los niños pueden identificar los signos y síntomas que el menor manifiesta, por lo tanto se mencionan los indicadores para diagnosticarlo.

2.1.1. Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

Definición, DSM-IV Y CIE-10. Diagnóstico.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III), citan por primera vez al Trastorno de Estrés Postraumático. Las clasificaciones de la OMS ignoraron el diagnóstico de TEPT hasta la décima edición. En ésta, los criterios se establecen en función de dar respuesta a una situación estresante de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causaría un malestar “invasivo” en la mayoría de las personas. (Reyes, 2007)

“La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física. El individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (en los niños un comportamiento desestructurado o agitado). El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de re-experimentación persistente del acontecimiento traumático, de evitación persistente, de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo, y de síntomas persistentes de activación en los procesos que controlan la alerta, la vigilia y la activación. El cuadro sintomático completo debe estar presente más de un mes y provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.”

Sin embargo, a pesar de que una de las especificaciones del DSM-IV para diagnosticar TEPT es que las situaciones del trauma sean fuera de lo normal en la vida del individuo, en los casos de TEPT infantil y adolescente esta condición no es necesaria. La razón es que los recursos de afrontamiento con que se cuentan son muy pocos o están poco desarrollados. No obstante, a pesar de que un suceso traumático puede o no provocar TEPT, existen excepciones en las cuales se presentan sucesos que “siempre” provocarán este problema (independientemente de los rasgos como edad o género); situaciones donde es importante el sufrimiento deliberadamente inducido por otros seres humanos, como en los casos de tortura o ataques de motivación sádica.

Los criterios que se incluyeron en el DSM-IV del trastorno por estrés postraumático son:

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
 - (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - (2) La persona ha respondido con temor, una desesperanza o un horror intensos. En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.
- B. El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
 - (1) Recuerdos del acontecimiento, recurrentes e intrusos, que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: en los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
 - (2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
 - (3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar

reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flash back incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Los niños pequeños pueden re-escenificar el acontecimiento traumático específico.

- (4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- (5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- (2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- (3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- (4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- (5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- (6) Restricción de la vida afectiva (p.e., incapacidad para tener sentimientos de amor)
- (7) Sensación de un futuro desolador (p.e., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia, o en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento en la activación de los procesos de alerta, vigilia y activación (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
- (2) irritabilidad o ataques de ira
- (3) dificultades para concentrarse
- (4) hipervigilancia
- (5) respuestas exageradas de sobresalto

- E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Además se hace la diferenciación, que el TEPT puede ser:

1. **Agudo**.- cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses.
2. **Crónico**.- cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses.
3. **De inicio demorado**.- indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado un mínimo de 6 meses.

Para poder diagnosticar que un individuo tiene TEPT, es necesario que este experimente la siguiente sintomatología:

- o Re-experimentación del evento en sueños o recuerdos intrusivos.
- o Embotamiento emocional o evitación de estímulos asociados con el trauma.
- o Incremento de la excitación autónoma- perturbación del sueño, hiperalerta y pérdida de control sobre la agresión.

A final de cuentas, todos los teóricos e investigadores de este trastorno convienen en que “el trastorno tiende a ser más grave y más duradero cuando el suceso sufrido es más intenso y cuando las causas son obras del ser humano y no meramente accidentales” (Echeburúa, 1998).

Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (abusos sexuales o físicos en los niños, peleas familiares, secuestros, encarcelamientos como prisionero de guerra o internamientos en campos de concentración, torturas), puede aparecer la siguiente constelación de síntomas: afectación del equilibrio afectivo, comportamiento impulsivo y autodestructivo, síntomas disociativos, molestias somáticas, sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza, sensación de perjuicio permanente, pérdida de creencias anteriores, hostilidad, retraimiento social, sensación de peligro constante,

deterioro de las relaciones con los demás y alteración de las características de personalidad previas.

TEPT en Niños.

Caballo y Simòn (2001) informaron que la determinación precisa del trastorno en niños ha recurrido a las descripciones del mismo en adultos y carece aún de suficientes datos de investigación. Terry (1979, citado en Caballo y Simòn 2001) realizó una de las primeras descripciones sistemáticas, después del secuestro de un grupo de niños en California en 1976. Los síntomas que describió en los niños eran parecidos a los adultos, pero con características propias. Observó tendencias en los niños a re-experimentar o revivir el acontecimiento por medio de formas estereotipadas y repetitivas de juego. Estos niños no exhibían escenas retrospectivas instantáneas (flash backs), ni amnesia psicógena, pero sí comportamiento regresivo muy marcado: pérdida de habilidades adquiridas, es decir, regreso a etapas del desarrollo ya superadas. Documentó, asimismo, otros trastornos cognitivos, como la colocación de acontecimientos en la secuencia equivocada o la identificación retrospectiva de presagios del acontecimiento traumático, niños que decían haber soñado antes del suceso lo que ocurría.

Se ha observado estrés postraumático en niños a partir de desastres naturales o causados por el ser humano, conflictos bélicos, ataques violentos, quemaduras graves, accidentes fatales y por presenciar un asesinato o la violación de un ser querido. Se han referido casos de mutismo en niños, o de negación a discutir el trauma, lo que no necesariamente significa incapacidad para recordar lo ocurrido. En niños más pequeños, los sueños perturbadores con el trauma pueden, dentro de las semanas subsecuentes a este, convertirse en pesadillas generalizadas acerca de monstruos, de rescates de otras personas o de amenazas de muerte para sí mismos o para otros. Pueden penetrar también síntomas físicos como dolor abdominal, de cabeza y otros síntomas específicos de activación aumentada, así como síntomas de depresión y ansiedad, que a menudo pueden ser lo suficientemente graves como para justificar un diagnóstico separado de trastorno de ansiedad o depresión. Un estudio realizado en México reveló regresión en el

comportamiento, trastornos del sueño, juego repetitivo y quejas psicósomáticas en niños sobrevivientes del terremoto de 1985 en la ciudad de México. (Hernández –Guzmán y Sánchez Encalada, 1987 citado en Caballo y Simón, 2001).

TEPT en menores víctimas de violencia intrafamiliar y/o abuso sexual.

Como ya se ha mencionado, el abuso sexual y/ o físico es una de las causas que mayor número de casos de TPET provoca. Además, verificándose el abuso a una edad temprana, el niño carece de los mecanismos psíquicos necesarios para poder “comprender” la experiencia y tomar las medidas necesarias para aprender de ella e integrarla, incluso, prevenirla, siguiendo adelante con su vida. (Rosas, 2004).

El TPEP ha sido poco evaluado y tratado desde la perspectiva de la violencia intrafamiliar debido a que muchas veces involucra actos como abuso físico, violencia psicológica, incesto, violación, abuso de sustancias, etc. De esta forma, es más práctico tratar estas situaciones por separado, aunque no se deja de lado el reconocer cuál es la situación que los origina. El daño físico que impera en este tipo de violencia es el factor fundamental.

Los factores predictores de TPEP en situación de maltrato doméstico son: la larga duración del abuso, lesiones, amenazas a la vida de la víctima (generalmente mujer) y/o sus hijos, las consecuencias del trauma, el pobre apoyo social y los problemas económicos.

No todas las víctimas de violencia dentro del hogar desarrollan TPEP, pero existe el riesgo de que este devenga en algún momento de su vida. Todo depende de las características (gravedad y periodicidad) del maltrato sufrido.

Epidemiología.

Aparentemente, las diferencias individuales explican las grandes variaciones entre los datos acerca de la prevalencia del TEPT. La prevalencia del TEPT a lo largo de la vida en personas adultas es de un 8 por 100 aproximadamente en

los Estados Unidos, no teniendo apenas datos de otros países (APA, 2000, citado en Rosas 2004).

Caballo y Simón (2001) documenta que el estrés postraumático en niños era, hasta 1991, un problema de salud que había pasado desapercibido y, aún hoy día, no se cuenta con los datos precisos de su prevalencia. Tanto en el caso de la población adulta como de la infantil, la prevalencia del TEPT se ha estimado a partir de la ocurrencia de acontecimientos tales como desastres, accidentes, actos violentos, etc. De ahí, se calcula que $\frac{3}{4}$ partes de la población se ha expuesto a acontecimientos que podrían causar el TEPT. De los expuestos, únicamente una tercera o una cuarta parte termina por desarrollarlo (Green, 1994). Los estudios sobre individuos de riesgo (es decir, grupos expuestos a incidentes traumáticos específicos) producen hallazgos variables, encontrándose las tasas más elevadas (que van desde $\frac{1}{3}$ hasta más de la mitad de los sujetos expuestos) entre supervivientes de violaciones, prisioneros y participantes de guerras, y genocidios o internamientos por razones políticas o étnicas (APA, 2000). Anualmente, se registra un promedio aproximadamente de 300 desastres naturales a nivel mundial. Por otra parte, la violencia familiar y social parece ir en aumento en muchos países y, así solamente de las estadísticas de actos violentos, se calcula que en un 20 por 100 hubo un niño como víctima o testigo. Obviamente, se trata de estimaciones y no de datos extraídos directamente.

A pesar de que se ha intentado relacionar la respuesta con la intensidad y magnitud del acontecimiento estresante en adultos, no se ha podido establecer una relación clara. Por el contrario, los escasos estudios que han explorado la prevalencia de TEPT en niños sí refieren asociaciones entre la intensidad y magnitud del trauma con la sintomatología del trastorno. Nader, Pynoos, Fairbanks y Frederick (1990) encontraron TEPT en un 74 por 100 de los niños directamente expuestos a una experiencia traumática catorce meses después del suceso y tasas proporcionalmente menores en niños no directamente involucrados con el suceso.

2.2. Teoría de la Crisis.

2.2.1. Definiciones de Crisis

El término chino de crisis (weiji) se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad. La palabra inglesa se basa en el griego krinein que significa decidir. Las derivaciones de la palabra griega indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento, así como también un punto decisivo durante el que habrá un cambio para mejorar o empeorar. (Lidell y Scott, 1968, citados en Reyes 2007).

Caplan (1985) citado en González y Rojas (2003), define a la crisis como:

“ ...un período transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad como el peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno mental, cuyo desenlace en cualquier ejemplo particular depende hasta cierto punto de la forma en que se maneje la situación. Los individuos que logran dominar una experiencia penosa, resultan a menudo fortalecidos y más capacitados para encarar en forma efectiva en el futuro no sólo la misma situación sino también otras dificultades”. (p.10)

Cohen (1999) la define como:

“Periodo crucial o momento decisivo en la vida de una persona que tiene consecuencias físicas y emocionales. Una crisis es un periodo limitado de desequilibrio psicológico precipitado por un cambio súbito y significativo en la situación vital del individuo. Este cambio da lugar a la necesidad de ajustes internos y al uso de los mecanismos de adaptación externa que rebasan temporalmente la capacidad del individuo”.

Du Ranquet (1996, citado en Reyes 2007), explica que las situaciones de crisis son estados de conmoción, de parálisis en una persona que sufre o ha sufrido un gran shock. Sobreviene cuando el estrés actúa sobre un sistema y requiere un cambio que se sitúa fuera del repertorio habitual de respuestas. La

persona o la familia se encuentran ante un obstáculo que no pueden superar por sus propios medios.

El estado de crisis se caracteriza por un desequilibrio y trastorno emocional que puede afectar diversos aspectos de la vida de una persona, las cuales provocan sentimientos, pensamientos, conductas, relaciones y funcionamiento físico inadecuado.

El estado de crisis es una situación límite en donde la persona pierde momentáneamente la capacidad del manejo de la situación, mientras dura la crisis y que es en estos momentos cuando la persona es más receptiva a la ayuda del exterior. La crisis genera ansiedad, desorganización y desequilibrio emocional, pero no siempre es negativo destructivo, ya que las crisis pueden ayudar a crecer y desarrollar las potencialidades de las personas llevándolas a niveles del funcionamiento óptimo.

2.2.2. Principios Básicos de la Crisis.

- Sucesos precipitantes
- Tipos de crisis, es decir, las crisis de desarrollo y circunstanciales
- Desorganización y desequilibrio
- Vulnerabilidad y reducción de las defensas
- Trastornos en el enfrentamiento
- Límite de tiempo
- Fases y estados del impacto de resolución
- Resultados de las crisis para mejorar o empeorar
- Enfermedad no mental.

2.2.3. Fases de la Crisis.

Según Chacón (2000 citado en Reyes, 2007) sugiere cinco momentos que son:

1. Evento precipitante: Cuando ocurre un evento precipitante inusual, no anticipado, de mucho estrés o traumático que es percibido como amenaza o abrumador.

2. Respuesta desorganizada: Los afectos comienzan a mostrar signos de aflicción y se tornan más y más desorganizados a medida que los comportamientos, habilidades o recursos utilizados en el pasado fallan para resolver la crisis.

3. Fase de explosión: Los involucrados pierden el control de sus pensamientos, y comportamientos exhibiéndolos muy inapropiados o destructivos.

4. Fase de estabilización: Los individuos afectados comienzan a calmarse a medida que encuentran recursos alternos. La persona es muy vulnerable en este momento y puede “explotar otra vez si se siente amenazada de alguna manera”.

5. Fase de adaptación: El individuo se tranquiliza, y otra vez toma control de sus acciones.

2.2.4. Tipos de Crisis.

Crisis circunstanciales: Son accidentales o inesperadas, el rasgo más sobresaliente es que se apoyan en algún factor ambiental.

Crisis en el desarrollo: Son aquellas relacionadas con el traslado desde una etapa del crecimiento a otro, desde la infancia hasta la senectud.

Gilliland y James (1993 citados en Reyes, 2007), desarrollaron el concepto de **crisis existencial**, el cual se refiere “a los conflictos internos y la ansiedad que acompañan a las importantes cuestiones humanas del propósito, la responsabilidad, la independencia, la libertad y el compromiso”.

Rubín y Bloch introduce un elemento denominado **trauma** que es un evento especialmente destructivo en la vida de los individuos, familias y comunidades afectadas. Que el evento sea destructivo es algo ya evidente de por sí; lo destacado es la naturaleza única de tal disgregación, la cual ocurre a diferentes niveles, afectando potencialmente a muchos otros más allá de las víctimas inmediatas. Las crisis se conciben como algo universal y el trauma como algo particular. Al trauma lo clasifican como: **eventos traumáticos naturales-anticipados, naturales imprevisibles, accidentales e inducidos por el ser humano-violencia deliberada.**

Los tipos de Crisis y Traumas se combinarían de la siguiente manera:

1. **Crisis Circunstanciales y Existencial** – Accidentales e inducidas por el ser humano, Eventos traumáticos naturales. Entrarían en las experiencias relacionadas con los desastres naturales y la violencia que se desencadena en la familia.
2. **Crisis del Desarrollo y Violencia Deliberada.** Entrarían las experiencias de la transición de la infancia a la pubertad, aumentando la crisis cuando existe la violencia y abuso sexual.
3. **Crisis Existencial- Violencia Deliberada.** Cuando los menores sufren algún tipo de violencia familiar.

2.3 Intervención en Crisis.

La teoría de la crisis surge de la psiquiatría preventiva de Caplan. En su definición del término “psiquiatría preventiva”, Caplan distinguía tres tipos de esfuerzos preventivos:

1. **Prevención primaria:** Es un concepto de la comunidad, debido a que trata de reducir el riesgo de los trastornos emocionales para una población íntegra. Su meta es la de crear una situación de vida óptima para todos los miembros de una población, de manera que sean capaces de adaptarse constructivamente a cualquier crisis que enfrenten. Un programa preventivo

primario debe identificar las influencias ambientales que son dañinas, como también las fuerzas ambientales que son útiles para resistir a las influencias adversas.

2. Prevención secundaria: Pretende reducir la duración de las perturbaciones que ya se han presentado. Facilita el crecimiento por medio de la experiencia de la crisis. Es esencial detectar la presencia de una perturbación, tan pronto como sea posible, después del suceso de crisis. En este contexto, la intervención en crisis es prevención secundaria y tiende a reducir los efectos debilitantes u aumentar la probabilidad de crecimiento o dominio de las crisis.

3. Prevención terciaria: Esta encaminada a reducir el deterioro y los trastornos emocionales que resultan de una resolución deficiente de las crisis. El propósito de dicha prevención es reparar el daño en pacientes psiquiátricos accidentales por estrés de la vida, durante los años posteriores al suceso de crisis. Se intenta fortalecer al individuo para que pueda contribuir a la calidad general de la vida de su comunidad. La rehabilitación del paciente mental recuperado es, por consiguiente, la finalidad de la prevención terciaria.

Definiciones de Intervención en Crisis

Slaikeu define la intervención en crisis como: Un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida) se incremente.

Parad & Parad (1990 citados en Reyes, 2007) la atribuyen las siguientes características: Es un proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un periodo de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas, así como los recursos sociales de las personas afectadas directamente por la crisis (y a menudo las personas clave del ambiente social) para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés. Los objetivos principales de la intervención del clínico son:

- Amortiguar el evento estresante mediante una primera ayuda emocional y ambiental inmediata o de emergencia y
- Fortalecer a la persona en sus intentos de afrontamiento e integración a través de la clarificación terapéutica inmediata y de la orientación durante el periodo de afrontamiento.

Para la mayoría de las personas, la mera exposición a un evento de crisis no es suficiente para producir un estado de confusión emocional, y depende de cómo es valorada la situación y de cómo los afectados valoran su habilidad para manejarla.

La finalidad primordial de la intervención en crisis, es ayudar a la persona a que tome las medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación, e iniciar el proceso de solución de problemas.

En la intervención psicológica dirigida y enfocada, se busca apoyar al individuo, que se encuentra bajo la confusión de un suceso precipitante o catastrófico, para reestablecerse, adaptarse y poder solucionar el problema más urgente dentro de un período de una a doce semanas.

En la intervención psicológica dirigida y enfocada, se busca apoyar al individuo, que se encuentra bajo la confusión de un suceso precipitante o catastrófico, para restablecerse, adaptarse y poder solucionar el problema más urgente dentro de un período de una a doce semanas.

2.4. Modelos de Intervención en Crisis.

Se hará una revisión de los distintos modelos de intervención en crisis que se han desarrollado para que los psicólogos de las instituciones puedan adaptar el modelo que cubra sus necesidades.

El procedimiento de Matilde Du Ranquet y Golan se retoma en el manual de intervención por su flexibilidad para que el interventor pueda orientar al menor y a su familia.

Intervención de segunda instancia

La intervención en crisis de segunda instancia, o terapia en crisis, se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y se encamina a la resolución de la crisis.

El efecto que se desea para el individuo es que emerja listo y mejor equipado para encarar el futuro. La terapia en crisis busca hacer mínima la oportunidad para que la persona se convierta en una víctima psicológica del incidente que provocó la crisis, lo mismo si ésta es para el desarrollo en su naturaleza. Como un proceso terapéutico, la terapia en crisis se entiende mejor como una empresa de corta duración.

Donna Aguilera (1976 citada en González y Rojas, 2003) menciona que la intervención en las crisis se puede dividir en dos categorías principales que pueden designarse como individual o genérica.

2.4.1. Modelo de Roberts.

Enfoque individual: Este hace énfasis en la evaluación realizada por un profesional, de los procesos interpersonales e intrapsíquicos de una persona en crisis. La intervención se planea para encontrar las necesidades específicas de la persona que se encuentra en crisis y alcanzar una solución a su situación particular y a las circunstancias que precipitaron la crisis. Se insiste en las causas inmediatas de la alteración del equilibrio y en los procesos necesarios para recuperar un nivel de funcionamiento igual o superior al existente antes de la crisis.

Pasos en la intervención en las crisis:

1. La primera fase es la evaluación del individuo y su problema, esto requiere de técnicas activas de enfoque por parte del terapeuta para conseguir una evaluación precisa del acontecimiento precipitante de la crisis
2. Planteamiento de la intervención terapéutica; una vez realizada la evaluación precisa del acontecimiento precipitante y de la crisis, se planea la intervención. Esta no está proyectada para efectuar grandes cambios en la estructura de la personalidad, si no para restituir a la persona por lo menos al nivel de equilibrio que poseía antes de la crisis.
3. La intervención, la naturaleza de las técnicas de intervención depende en gran parte de las habilidades preexistentes, de la creatividad y de la flexibilidad del terapeuta.
4. La última fase es la resolución de la crisis y el planteamiento anticipatorio, el terapeuta refuerza los mecanismos de defensa adaptativos que el individuo ha empleado exitosamente para reducir la tensión y la angustia.

Modelo de Roberts

En resumen Roberts propone lo siguiente:

- Establezca contacto psicológico y cree rápidamente la relación
- Examine la dimensión del problema para definirlo
- Estimule la exploración de los sentimientos y emociones
- Genere y explore alternativas y soluciones específicas
- Explore y evalúe los intentos previos de afrontamiento
- Restablezca el funcionamiento cognitivo a través de la aplicación de un plan de acción
- Seguimiento

2.4.2. Modelos de Gilliland y James.

Gilliland y James (1993 citado en Reyes 2007) incorporan otros aspectos importantes en la función del auxiliador profesional al comprender la importancia que tienen los elementos que aporta el asistente a la situación,

entre estos se incluye la percepción personal, su historia, las experiencias pasadas, la cultura, los traumas y los prejuicios personales.

Los asistentes de las crisis son seres humanos con un pasado que contiene historias personales, interpersonales y culturales. Aunque este pasado puede crear a menudo una sensibilidad especial en su dueño, también puede alterar su percepción y crear puntos ciegos.

Aunque algunos profesionales de este campo puedan creer que la experiencia en sí misma proporciona una comprensión especial de algunas cuestiones de la crisis, es igualmente posible que estas experiencias puedan dejar al asesor con una implicación emocional excesiva irresoluta o con una visión preconcebida y potencialmente perjudicial. Cada profesional debe ser lo suficientemente consciente de sus propios puntos ciegos como para entender sus limitaciones y responder apropiadamente.

El modelo de Gilliland y James, de forma resumida, es el siguiente:

- Reconozca las diferencias individuales
- Evalúese
- Muestre atención por la seguridad del cliente
- Proporcione apoyo al cliente
- Defina pronto el problema
- Considere alternativas
- Planifique los pasos de la acción terapéutica
- Use las capacidades de afrontamiento del cliente
- Atienda las necesidades inmediatas del cliente
- Emplee los recursos de la remisión
- Desarrolle y use una red de apoyo
- Consiga un compromiso

Principios de Puryear

Propone unos principios que de forma resumida son:

- Intervención inmediata
- Acción: participe y dirija activamente el proceso de evaluación de la situación y formule un plan de acción
- Objetivo limitado: la meta mínima es desviarse de la catástrofe, la meta básica es restaurar la esperanza y el crecimiento
- Esperanza y expectativas: inculque esperanza en la situación mediante las actitudes y expectativas apropiadas de los clientes
- Apoye
- Enfoque en la resolución de problemas: determine el problema, después realice una planificación apropiada y diseñe planes de acción
- Refuerce la auto-imagen
- Estimule la auto-confianza

2.4.3. Modelo de Rubin y Bloch.

Rubín y Bloch han tomado prestados algunos conceptos de todos los anteriores y los han integrado para presentar el siguiente conjunto de principios de intervención que dividen en dos aspectos:

1. Respuesta de Relación-Evaluación-Remisión

Subdividen los factores de relación en dos tipos: actitudinal y técnico. Los aspectos actitudinales de la relación se llevan a cabo a través de los tres aspectos de la intervención, es decir, la relación, la evaluación y la remisión. Los términos técnicos incluyen elementos tales como la definición del problema y su resolución, la acción y las actividades, la aproximación a las redes de apoyo y así sucesivamente. La relación técnica puede ponerse en vigor una vez que se haya progresado en la sección de evaluación.

2. Una adaptación del continuo de dilatación-constricción

Esto se refiere a las aportaciones que han realizado Lillibridge y Klukkens (1978) (citados en Rubín y Bloch, op.cit.) respecto a los extremos de la conducta, cognición y afecto que se encontrarán probablemente durante la intervención. Entendiendo estas diferencias, el asistente puede precisar más sus respuestas para incrementar su grado de pertinencia. Usando este acercamiento, los profesionales pueden asumir una reacción más apropiada basada en las necesidades individuales.

Las características, en el nivel cognitivo, de una persona en crisis recorren la gama que va desde la dilatación hasta la constricción.

Características de la dilatación:

- Pensamientos desorganizados
- Pensamiento caótico
- Gran confusión

Características de la constricción:

- Preocupación por el problema
- Rumiación cognitiva y obsesión

Y se necesita por parte del asistente:

Dilatación:

- Clarificar el pensamiento, ser específico, identificar el problema

Constricción:

- Sugerencias de alternativas viables, trabajar en la solución

En el nivel afectivo las características son:

Dilatación:

- Emoción excesiva, no hay un intento por controlar la expresión emocional

Constricción:

- Contención de la emoción

Se necesita por parte del asistente:**Dilatación:**

- Intentar enfocar los sentimientos específicos, trabajar con material cognitivo.

Constricción:

- Ayudar a expresar los sentimientos de cualquier forma.

A nivel conductual las características son:

Dilatación:

- Expresión de una conducta exagerada e inapropiada para esa persona.

Constricción:

- Paralización, inmovilización, retirada.

Se necesita por parte del asistente:**Dilatación:**

- Resolución de problemas orientados a la realidad.

Constricción:

- Ayuda para estimular la actividad y hacer cosas.

2.4.4. Modelo de Matilde Du Ranquet.

En las crisis siempre hay un factor desencadenante que rompe con el estado de equilibrio de la persona o la familia. Aparecen la tensión y el estrés. Se puede reaccionar de distintas maneras según el tipo de acontecimiento, las características de las personas y las experiencias anteriores.

Du Ranquet (1996) nos presenta un patrón de conducta de la persona que se encuentra en situación de estrés ante un acontecimiento. Estas son las tareas que efectúa:

- Percepción del acontecimiento y de los sentimientos que éste suscita.
- Búsqueda de apoyo adecuado en el entorno.
- Puesta en acción de las capacidades.

Metodología:

Matilde Du Ranquet (1996) establece los siguientes pasos a seguir con algunas técnicas adecuadas a cada momento:

Fase inicial:

1. Crear una relación.
2. Centrarse en la situación
3. Percibir la realidad
4. Organizar la acción

Fase intermedia:

1. Apoyarse en las capacidades del paciente.
2. Ayudar al paciente a tener una percepción realista de la realidad.
3. Utilizar el apoyo del entorno.

Fin de la intervención.

El primer paso necesario para una intervención en situación de crisis es la creación de una relación de confianza. Para esto se lleva a cabo una escucha empática que permita expresarse al paciente con libertad, técnicas de reformulación que verifiquen la información, y una primera evaluación del grado de tensión, la percepción de la realidad, etc. El segundo paso: consiste en centrarse en la situación. El tercer paso es intentar que la persona vea su situación de la forma más realista posible. En el último paso de esta primera fase, lo importante es empezar a pensar las soluciones para cada problema. Para este momento es útil el contrato, por medio del cual se precisan las expectativas y los compromisos. También se aconseja establecer límites en el tiempo.

La fase intermedia se basa en lo que las personas suelen realizar espontáneamente para resolver una crisis. Se ayuda al cliente a encontrar las conductas que ha sabido utilizar en el pasado y que, retomadas o modeladas, podrán responder a la situación real, se utilizarán técnicas con fuerte componente pedagógico: dirección por anticipación, repetición o juego de rol

con vistas a una acción proyectada, aprendizaje de nuevas técnicas sociales y relacionales, entrenamiento para prever y anticipar. En el tercer paso que consiste en buscar ayuda del entorno hay que buscar la red social, familia, amigos, etc. Así como aprovechar la ayuda mutua que se puede dar en grupos informales y asociaciones.

En la última fase es importante establecer el fin del tratamiento cuando la persona sea capaz de conducir por ella misma su propio crecimiento.

Payne (1995) en su libro hace referencia a una autora: Naomi Golan (1978) (citados en Reyes 2007) para establecer la metodología. Antes de intervenir

Payne señala tres pasos a seguir:

1. Determinación de si es pertinente o no utilizar el concepto de crisis
2. En caso afirmativo. Comprobación del nivel alcanzado
3. Acercamiento a la situación de la persona en crisis. Esto se refiere a conocer la situación global del cliente y su interacción con aspectos psicológicos de la vida del mismo.

A continuación Payne presenta unos pasos que llama “de Reintegración”. Los dos primeros los encontramos en la fase inicial de la metodología de Du Ranquet. Los pasos son los siguientes:

- A. Corrección de la percepción cognitiva
- B. Manejo de los sentimientos, haciendo que el cliente dé rienda a sus emociones extremas.
- C. Desarrollo de nuevas conductas de enfrentamiento de problemas.

En el modelo de Golan, la intervención en crisis se estructura de la siguiente manera:

Fase inicial: Formulación (1ª Entrevista)

1. Enfoque sobre el estado de crisis.
2. Evaluación.
3. Contrato.

Fase media: implantación (entrevistas 1ª a 6ª)

1. Recolección de datos.
2. Cambio en la conducta.

Fase final: Terminación (entrevistas 7ª a 8ª si fuesen necesarias)

1. Decisión sobre la terminación.
2. Revisión de los progresos alcanzados.
3. Plan futuro.

La fase inicial, aunque expresado de forma distinta es muy similar a la fase inicial que presenta Du Ranquet. Los pasos no se corresponden exactamente unos con otros pero la secuencia es más o menos la misma. El último paso, el del contrato sí que podemos decir que se equipara al último paso de la otra autora: organizar la acción.

Capítulo 3

Propuesta de Intervención.

3.1.- Manual de intervención en crisis para interventores que trabajan con menores víctimas de violencia intrafamiliar y/o abuso sexual.

En éste capítulo se hará una breve introducción del manual y su contenido.(Anexo 1)

Este manual se hace por la necesidad que tienen algunas instituciones para atender a menores víctimas de violencia familiar y/o abuso sexual y no tienen el personal capacitado y suficiente para atender la demanda de su población.

El manual maneja el concepto de interventor, este va ser la persona mediadora entre el menor, el profesional o institución que se haga responsable de su tratamiento y cuidado. Los interventores pueden ser el personal de las escuelas, internados y centros de orientación para menores, ya sean psicólogos, trabajadores sociales, profesores, padres de familia, voluntarios, etc.

El principal objetivo es que aprendan a detectar las conductas que manifiesten violencia y/o abuso, ser un sostén emocional para reducir las perturbaciones que se hayan desarrollado y si no hay un especialista o esta sobreocupado se les proporciona un directorio de canalización para que se atienda al menor y a su familia. El interventor va ser la persona que tiene un trato constante con los menores y manifieste la intención, aptitudes y actitudes para prevenir que la violencia o el abuso se prolonguen, intensifique o afecte a otros menores. Va a vigilar, reportar y regular el trato que el menor recibe.

El objetivo general del manual es que al término de este el usuario identificará los tipos de violencia, sus consecuencias e indicadores de esta en el menor y en la familia, analizará los procedimientos básicos de intervención en crisis y empleará las herramientas necesarias para canalizar a los menores.

El manual se ubica dentro de los programas de intervención en crisis secundaria, ya que pretende que los interventores detecten y reduzcan la duración de las perturbaciones que ya se han presentado tan pronto como sea posible después del suceso, y facilitar el crecimiento por medio de la experiencia de crisis, los interventores obtendrán la información necesaria para identificar, intervenir, orientar y frenar la exposición de violencia y /o abuso que esté viviendo el menor.

El manual tiene contenido teórico donde se define:

- 1.- La violencia familiar,
- 2.- Tipos de maltrato infantil,
- 3.- Síndrome de estrés postraumático,
- 4.- Intervención en crisis con los modelos de Matilde Du Ranquet, Golan,
- 5.- Intervención de menores abusados sexualmente,

El manual se compone de un reportaje del periódico La Jornada, el cual ejemplifica la situación de los menores que han sido víctimas, para fomentar la participación del lector se tiene un espacio dónde podrán expresar su experiencia al redactar un caso de violencia que hayan vivido.

Cada tema tiene actividades que le permitirá al lector evaluarse, conocer el tema de forma dinámica; contiene cuadros que le permitirá identificar los rasgos de violencia y/o abuso, cuestionarios e imágenes que les permitirá identificar el tipo de violencia que el menor puede vivir y diagramas para mantener la idea principal del tema.

El manual contiene un directorio de canalización donde se encuentran las principales instituciones que atienden a las familias y a los menores que han sido víctimas.

Se les proporciona anexos de información los cuales son:

1. Causales de maltrato infantil,
2. Protocolo de validación de la negligencia,
3. Resumen de las formas que adopta la violencia intrafamiliar,
4. Cuadro de indicadores que se pueden detectar desde el aula,
5. Un modelo de cartilla epidemiológica,
6. Un cuestionario del trastorno por estrés postraumático.

Estas herramientas tienen la finalidad de identificar y llevar un control oportuno de la incidencia de menores víctimas que se encuentran en la institución.

3.2.-Limitaciones y Sugerencias.

3.2.1.- Limitaciones.

La violencia intrafamiliar y el abuso sexual es un tema estudiado por los profesionales dedicados al cuidado del menor y probablemente no tengan el tiempo para capacitar al personal que no es profesional.

Para el personal que tiene experiencia con el cuidado de menores va ser un instrumento que les sugiere cambiar su forma de intervención con el menor, lo que puede ocasionar un rechazo a su uso.

Para el personal técnico, padres de familia y voluntarios habrá información que no van a identificar en una primera lectura por lo tanto el uso del manual tienen que ser supervisado por un psicólogo.

Tanto el personal profesional como el técnico y voluntario, tienen que estar interesados y comprometidos con su labor, para que los objetivos del manual sean alcanzados.

Probablemente los profesores se muestren renuentes a llevar a cabo el trabajo de las cartillas de violencia, por la disposición de tiempo que se requiere para realizarlas.

3.2.2.-Sugerencias.

El estudio del manual va a tener un mejor resultado si se forman equipos de 5 personas y abren mesas de debate para intercambiar opiniones y sugerencias para combatir el fenómeno de violencia en la institución.

El psicólogo o director de la institución puede hacer un equipo de trabajo con el personal técnico, padres de familia y voluntarios para observar y documentar los actos de violencia que se generan en la institución, con la información del manual podrán diseñar un modelo de intervención.

Los profesionales podrán utilizar la información y la cartilla epidemiológica que se encuentra en el manual para modificarla conforme a las necesidades de la institución y así poder llevar un control de la incidencia de la violencia intrafamiliar, violencia entre pares y casos de abuso sexual.

3.2.3.-Sugerencia de Investigación: Cyber Bullying.

La especial afinidad que ha surgido entre menores y las nuevas Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) ha sido ampliamente documentada en los últimos años: constituyen una generación de vanguardia en el uso de las TIC y han sido denominados, entre otras cosas, *nativos digitales* (Premsky, 2001), *net-generation* (Tapscott, 1996) y *también generación interactiva* (Bringué y Sádaba, 2008). (Vite H y Rodríguez G, 2010)

ACOSO POR INTERNET o CYBER BULLYING

“El *cyberbullying* se define como el uso de la información y comunicación a través de la tecnología que un individuo o un grupo utiliza deliberadamente y de manera repetida para el acoso o amenaza hacia otro individuo o grupo mediante el envío o publicación de texto cruel y/o gráficas a través de los medios tecnológicos.” Manson (2008: 323 citado en Vite H y Rodríguez G, 2010).

En MEXICO hay: 27 millones 400 mil usuarios de internet

- 6 millones 382 mil 222 tienen entre 12 y 17 años.

Los adolescentes de entre 12 y 17 años están en un momento esencial para la formación de su personalidad y exigen toda la atención posible a este fenómeno, los menores agresores mediante el uso de la tecnología suben a Internet videos donde difunden hechos violentos o burlas para desacreditar y humillar a sus víctimas y las secuelas en las víctimas van desde daños a la salud, bajo rendimiento escolar, depresión y hasta el suicidio.

Capítulo 4

Conclusiones.

En la actualidad se viven tiempos violentos, fomentados por diversas causas sociales como el desempleo, la falta de educación, desastres naturales, altos niveles de estrés en la sociedad, narcotráfico, etc. Esta situación repercute en los sistemas en donde se encuentra el menor: casa, escuela y comunidad. Ninguno de estos tres sistemas donde se desarrolla el menor puede garantizar al 100% su seguridad física y emocional, sin embargo, se hace un esfuerzo para que sean garantizados sus derechos fundamentales.

La violencia infantil se manifiesta de múltiples formas y combinaciones, como puede ser injusto juzgar a los padres por negligencia cuando son ellos víctimas de pobreza, o puede ser totalmente justo castigar a un padre que golpea y humilla a sus hijos.

Para que la violencia sea castigada, las cicatrices del menor tienen que tener una recuperación mayor a 15 días y la violencia psicológica tiene que ser recurrente para poder intervenir, por tal motivo no se tiene una cifra exacta de cuantos menores son violentados ya que las personas prefieren no denunciar. Ya sea por pobreza o por padres violentos, nos podemos dar cuenta que este fenómeno no pertenece a una sola clase social o cultura, todo menor es vulnerable a ser víctima. Diariamente vivimos este fenómeno de violencia infantil al ver a menores que trabajan en las calles, privados del juego y de tener un desarrollo óptimo. Las instituciones gubernamentales son las que fallan al no hacer los programas necesarios para combatir la pobreza y sus consecuencias. Como sociedad también fallamos al ser indiferentes y adoptar este fenómeno como parte de nuestra cultura.

Los menores de padres que tienen un nivel económico medio y alto se encuentran generalmente solos o al cuidado de personas o instituciones, los padres los tienen en un abandono emocional ya que prefieren un nivel de vida que demanda una sociedad materialista en lugar de conocer y convivir con sus

hijos. Estos menores también son vulnerables a ser víctimas de maltrato y/o abuso sexual.

Las personas que están en contacto con menores, ya sean profesionales o no, deben tener los conocimientos necesarios para entender las conductas indicadoras de maltrato y abuso sexual, ya que muchas de éstas se pueden confundir con trastornos de acuerdo con la edad del menor.

En este trabajo se propone un manual, su primer objetivo es identificar los signos y síntomas que los menores manifiestan e identificar si han desarrollado el trastorno de estrés postraumático, ya que al entrevistarlos con bases dan el primer paso de enlace para que el menor se sienta en confianza y pueda hablar de la violencia y/o abuso del cual está siendo víctima.

El segundo objetivo es que conozcan que existe un modelo de intervención en crisis ya que la violencia en el hogar y en las instituciones es motivo para crear consecuencias físicas y psicológicas en todos los miembros que pertenecen a ellas. La teoría de intervención en crisis es una herramienta lo suficientemente efectiva para que el menor y sus padres acepten la realidad de lo que están viviendo en su hogar o en la institución. Esto con el fin de disminuir el miedo, ansiedad y establecer metas para un futuro. Se les proporciona un método para intervenir con menores y sus familias que han sido abusados sexualmente, ya que se manifiestan necesidades diferentes.

Schaefer y O'Connor (2000), sugieren que no se debe intentar otro tipo de intervención psicológica antes de evaluar a los padres, ya que puede producir ira en los padres poniendo en peligro la seguridad del menor.

Para que la atención del menor sea integral, en el manual se proporciona un directorio de canalización, para que los menores y sus familias sean atendidos en centros especializados. Los interventores tienen la responsabilidad de identificar y canalizar, ya que ellos pueden ser el puente de salvación del menor.

En México existen instituciones que atienden a la violencia intrafamiliar, dándoles una atención médica, psicológica y legal. Atienden principalmente a los padres porque son los que habitualmente ejercen la violencia, en casos extremos se custodia a los menores en albergues, donde sigue en riesgo por que no garantizan que se terminaran los abusos físicos y sexuales. Por ello se necesitan programas de educación y prevención para que el menor tenga las herramientas necesarias para defenderse y denunciar, ya que muchas veces el menor está desprotegido y depende de las decisiones de los padres, tutores y jueces.

Aunque se está trabajando para la defensa del menor, hace falta la creación de instituciones especializadas en el maltrato infantil y programas de prevención. Por otro lado, las instituciones que están al cuidado de los menores necesitan tener óptimas condiciones para evitar que la integridad física y psicológica de los menores sea vulnerada.

Como sociedad tenemos un compromiso con la infancia ya que las consecuencias sociales a largo plazo son evidentes, la dependencia a las drogas, alcohol, suicidio y delincuencia aumentan la inseguridad del país. Tenemos la voz para denunciar el sufrimiento de un menor.

El manual es solo un inicio y no la solución del problema, pero si es un punto para avanzar en el campo de intervención.

Referencias.

- Bauab, D .A. (2001): Los tiempos del Duelo: Argentina: Homo Sapiens
- Barreto, M. P. y Soler, S.C. (2007): Muerte y Duelo: España: Síntesis.
- Bellak. L, (2000): Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia: México: Manual Moderno.
- Bellak, M y Small. L (2005): Psicoterapia breve y de emergencia: México: Pax.
- Berk, E. L. (1999). Desarrollo del Niño y del Adolescente (4a. Ed.). Madrid: Prentice Hall Pearson.
- Berlinerblau, Acosta, Pluis, Palomero y Sanz. (2003): Violencia Familiar y Abuso Sexual: Buenos Aires: Editorial Universidad.
- Beyliss, M y Gómora D. (2009- 02- Julio): IMSS impidió llevar a E.U a víctimas de guardería. *El Universal*. México pág. 4.
- Bowlby, J. (1993). La Pérdida: EL Apego y la Pérdida. (Vols. 1-3). Barcelona: Paidós
- Bragado C, Bersabé R y Carrasco I (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. Disponible en la página <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2012905> . Consultada el 24 de Octubre 2009.
- Bringiotti, M.I. (2000). La escuela ante los niños maltratados: España: Cuestiones de Educación.
- Caballo. V.E. y Simón, M.A. (2001). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales: Madrid: Pirámide.
- Chávez. M. (2009). Consejo para padres Divorciados. México: Grijalbo.
- Callabed, M, Comellas y Mardomingo (1997): Las enfermedades psicosomáticas y su relación con la familia y la escuela: Barcelona: Laertes.
- E- México. Para mejorar la vida en internet (2010). Maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar: Un problema de todos. Disponible en la página electrónica: http://www.e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Maltrato_Infantil. Consultada el 10 de enero 2010.

El Fondo de la Organización de las Naciones Unidas para la Infancia: Violencia y maltrato. Tomado de la página electrónica, www.unicef.org/mexico/spanish/proteccion_6932.htm. Consultado 15 de Enero 2010.

Fuente, R. de la. (1992). Psicología Médica. México: Fondo de Cultura Económica.

Giberti. E. (2005): Abuso Sexual y Malos Tratos contra Niños, Niñas y Adolescentes: Perspectiva Psicológica y Social: Buenos Aires: Espacio Editorial.

Grosman, C. P. y Mesterman, S. (2004). Maltrato al Menor: El lado oculto de la escena familiar: Buenos Aires: Universidad.

González, M. y González, V.(2005) Organizaciones familiares diferentes :Las familias reconstruidas. Revista electrónica de psicología Iztacala vol.8 No 3: México. Disponible en la página electrónica: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/principal/.htm. Consultado el 18 de noviembre.

Gutiérrez Ruélas, U. (2009,14 Junio). Negligencia del IMSS en la atención de los niños quemados. *La Jornada*. Pag 3. México. Disponible en la página electrónica:

www.jornada.unam.mx/2009/06/14/index.php?section=politica&article=003n1po

Herrán, A, González, I, Navarro, M, Bravo, S y Freire, M. (2000). ¿Todos los Caracoles Mueren Siempre?, ¿Cómo Tratar la Muerte en educación Infantil?: Madrid: Ediciones de la Torre.

Houzel, D, Moggio y Francoise: Diccionario Akal de psicopatología del Niño y del Adolescente: Madrid: Akal.

Instituto Mexicano del Seguro Social: Guarderías. Tomado de la página electrónica, www.imss.gob.mx/guarderías. Consultado 18 de marzo 2009.

Lamberti, S. (2003): Maltrato Infantil: Riesgo del Compromiso Profesional: Buenos Aires: Universidad.

Lidia C. (2005): Los Demonios del Edén: México: Grijalbo.

Loredo, A. (2001) y Asociación Mexicana de Pediatría, A. C: Maltrato en el Niño: Mc. Graw-Hill: México.

Manzanera L. R. (2005): Victimología: Estudio de la Víctima: México: Porrúa.

Mardomingo. S. M. (2002): *Psiquiatría para Padres y Educadores: Ciencia y Arte*: Madrid: Nancea.

Mondragón, L. J. y Trigueros, G. I (2002): *Intervención con menores: Acción Socioeducativa*: Madrid: Nancea Ediciones

Morgado B, González R. Divorcio y ajuste psicológico infantil. Primeras respuestas a algunas preguntas repetidas. Universidad de Sevilla Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2224874>. Consultado el 15 de Diciembre 2009.

Oaklander V,(2005): *Ventanas a nuestros niños, terapia gestáltica para niños y adolescentes*: Santiago de Chile: Cuatro Vientos

Pérez V, (2001). *Abuso sexual infantil, una documentación para su tratamiento*. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México: México.

autoestima. *Revista electrónica de psicología Iztacala vol.10 No 4*: Disponible en www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/principal/.htm/. Consultado 28 Diciembre 2009.

Pérez V, (2001). *Abuso sexual infantil, una documentación para su tratamiento*. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México: México.

Reyes, B. (2007). *Propuesta para la aplicación de un modelo de intervención en Crisis a Personas Vulnerables por Violencia Laboral y sus Secuelas*. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México. .

Rivas, González. M, Arredondo L,(2006). *Antídoto contra Monstruos el uso de historias terapéuticas con niños*. *Revista electrónica de psicología Iztacala vol.9 No 3*: México. Disponible en:

www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/principal/.htm/. Consultado 3 de Noviembre 2009.

Rivas B, González, M y Arredondo L.(2008) *Duelo y rituales terapéuticos desde la óptica sistémica*. *Revista electrónica de psicología Iztacala vol.11 No 4*: México. Disponible en:

www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/principal/.htm/. Consultado 3 de Noviembre 2009.

Ruiz (2005).*Rol de la psicoterapia integrada individual/grupal a un programa de rehabilitación para niños damnificados por desastres*. *Revista electrónica de*

psicología Iztacala vol.8 No 3: Hospital Pediátrico de Tarará La Habana Cuba. Disponible en www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/principal/.htm/. Consultado 6 de Noviembre 2009.

Sadurni, B.M, Rostàn, S. C y Serrat, S, E (2003). El desarrollo de los niños paso a paso: Barcelona: Editorial. UOC.

Schaefer, C.E, y O'Connor, J,k (2000). Manual de terapia de juego: México: Manual Moderno.

Secretaria de Salud (2006). Informe Nacional sobre Violencia y Salud: México: SSA

Solloa. G.L. (2001): Los trastornos psicológicos en el niño: Etiología, Características, Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos: México: Trillas: Universidad Anáhuac.

Soria, T. (2006). Paternidad, Maternidad y Empoderamiento Femenino. Revista electrónica de psicología Iztacala vol.9 No 3. Facultad de estudios superiores de Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/principal/.htm/. Consultado 2 de Enero 2010

Sroufe. A. (2000): Desarrollo Emocional. La organización de la vida emocional en los primeros años: México: Oxford

Trujado R,P, Gómez, E,M y Mercado I,J (2004). Violencia Intrafamiliar: Las Terapias Narrativas y su Aplicación en el Maltrato Infantil Psicológico: Historia de un caso. Disponible en Revista Electrónica de Psicología de Iztacala www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/principal/.htm/. Consultado 28 de Octubre 2009.

UNICEF, (2009): Situación de la Infancia en México. Disponible en el portal [www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_\(2009\)](http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_(2009)). Consultado 12 de Diciembre de 2009.

UNICEF, DIF, CIESAS: Infancia Robada; Niñas y niños víctimas de explotación sexual en México: México: Impreso en México.

Vite H y Rodríguez G (Julio 2010): *Informática Forense: Vanguardia en ciencias penales*: Distrito Federal: México.

Wicks, R, Nelson y Allen. C (2004): Psicopatología del niños y del adolescente:Madrid: Prentice Hall Pearson.

Anexo 1

Manual de Intervención en Crisis para Interventores que Trabajan con Menores
Víctima De Violencia Intrafamiliar y/ o Abuso Sexual.

Índice.....	1
Justificación.....	2
Objetivos.....	3

Manual

1. Para Empezar.....	4
2. Violencia Intrafamiliar.....	6
3. Indicadores de Maltrato Infantil.....	9
4. El Síndrome de Estrés Postraumático.....	12
5. Intervención en Crisis.....	18
6. Intervención con Menores Abusados Sexualmente.....	20
7. Directorio de Canalización.....	26

Justificación.

Secretaría de Salud, 2006, para citas subsecuentes (SSA, 2006). Diversos estudios han mostrado que los menores que sufren violencia intrafamiliar y/o abuso sexual influyen en su desarrollo físico y psicológico.

Hobbs et al. (citado en SSA 2006) mostraron que los niños maltratados experimentan muchos más problemas en casa, en la escuela, entre pares y en la comunidad en comparación con los que no la han sufrido.

Perry, Mann, Palker, Ludy, Dobson (citado en SSA 2006) encontraron que las consecuencias emocionales a largo plazo pueden resultar devastadoras, pues estos niños tienen mayor riesgo que otros de generar vínculos de dependencia con el alcohol o las drogas. Es por ello que los especialistas han insistido en que el maltrato infantil, a largo plazo, afecta tanto a familias como a comunidades.

Existe un número significativo de efectos que alteran el funcionamiento del menor a corto plazo. El efecto más comúnmente experimentado es el síndrome de estrés postraumático. Si el abuso no es efectivamente enfrentado, el desorden provocado por dicho síndrome puede devenir en un problema crónico, comprometiendo severamente el bienestar del niño. Domínguez, Nelke y Perry (citado en SSA, 2006).

Este manual está dirigido a los interventores que están involucrados en la asistencia de menores que han sido víctimas de violencia familiar y /o abuso sexual. Tiene por objetivo, identificar, intervenir y canalizar a los menores que manifiestan las secuelas del maltrato psicológico y han desarrollado un tipo de estrés, signos y síntomas asociados con el Trastorno de Estrés Postraumático.

Ayudará a que los menores reciban la atención oportuna para liberar el impacto que produce la violencia, actuar cuando la situación ha estallado y prevenir que el menor siga siendo victimizado.

Dado que cada persona es única, este documento es una guía para efectuar la atención básica para los menores, pero no provee todas las respuestas a las necesidades individuales.

Objetivo General

Al término del Manual el usuario Identificará los tipos de violencia, sus consecuencias en el menor y en la familia, analizará los procedimientos básicos de intervención en crisis y empleará las herramientas necesarias para canalizar a los menores.

Objetivos Específicos.

- El usuario Identificara los tipos de violencia.
- El usuario conocerá las consecuencias de la violencia intrafamiliar.
- El usuario describirá acciones de los menores que demuestran el maltrato infantil.
- El usuario conocerá los pasos básicos de una intervención en crisis.
- El usuario obtendrá las herramientas para canalizar al menor.

El manual está dirigido para Profesionistas, Técnicos y Padres de familia que trabajen con menores de edad que presenten signos y síntomas derivados del maltrato infantil.

Para Empezar

Recibe la PGJDF más de una queja diaria por maltrato Infantil.

Para que los agresores sean detenidos las lesiones de los pequeños deben tardar más de 15 días en sanar, señala

Actualmente la dependencia tiene 60 menores en custodia en albergues



La procuraduría capitalina mantiene la custodia de los niños que son rescatados del maltrato familiar. La imagen, en uno de los albergues **Foto Cristina Rodríguez**
ALEJANDRO CRUZ Y CÉSAR ARELLANO

Periódico La Jornada
Domingo 9 de agosto de 2009, p. 29

En lo que va del año se han presentado 268 denuncias por maltrato infantil ante la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), es decir, poco más de una querrela diaria, señaló el fiscal de investigación para menores de la dependencia, David Suárez Castillo.

Sin embargo, reconoció el funcionario, sólo 10 personas han sido consignadas, toda vez que en la mayoría de los casos se trata de lesiones que no tardan más de 15 días en sanar, y que de acuerdo con el Código Penal no ameritan privación de la libertad.

Aseguró que no todos los casos son denunciados, pues el sistema Locatel señala que durante el primer semestre del año recibió 486 llamadas con reporte de maltrato infantil: 230 relacionadas con niñas y 256 a niños. Estos casos ocurren principalmente en las delegaciones Iztapalapa, Gustavo A. Madero y Álvaro Obregón.

Suárez Castillo señaló que la violencia intrafamiliar contra menores de edad se da en todos los estratos sociales, aunque en la mayoría de los casos los agresores son personas con un nivel educativo bajo, jóvenes que no tienen la experiencia, la responsabilidad de procrear y mantener y educar un hijo.

Violencia Familiar.

El fenómeno de violencia familiar se presenta cuando peligr- física o mentalmente- el desarrollo saludable de toda persona de menos de 18 años de edad. Ese riesgo comprende una amplia escala, desde un mero retardo evolutivo hasta la propia muerte del menor, y puede darse ya sea por acciones o por omisiones, llevadas a cabo por el padre, la madre, otras personas e instituciones responsables de su cuidado. En términos generales, al abuso infantil puede ser físico, emocional, sexual o por negligencia. **Lamberti, Sánchez, Viar, (2003)**

Existen diferentes causas que originan el maltrato infantil (Ver anexo 2)

Actividad 2.

Escribe los tipos de Maltrato Infantil que conoces. Después de escribirlos lee el apartado: **“Se distinguen cuatro tipos de maltrato infantil”** y califica tus conocimientos:

Se distinguen cuatro tipos de maltrato Infantil:

Físico.

Desde los rasguños, heridas, cortadas, quemaduras, fracturas y heridas internas, hasta la muerte. La consecuencia inmediata es el dolor, pero los daños pueden permanecer mucho más allá de las cicatrices. Los niños pequeños están más expuestos a sufrir daños neurológicos de largo plazo incluyendo: irritabilidad, inactividad, temblores y vómitos. En el síndrome de sacudimiento los niños pequeños pueden sufrir desde sordera o ceguera permanentes, parálisis y coma, hasta la muerte Perry, Mann, Palker, Ludy-Dobson (2002). (Citado SSA 2006)

Psicológico Emocional.

Ocurre cuando los padres o las personas responsables del cuidado de un niño le causan o pueden causar, por acción u omisión, serios trastornos, tanto en el comportamiento, como cognitivos, emocionales o mentales (De- Panfilis, Salus 1992). (Citado SSA 2006)

El maltrato psicológico no requiere la presencia de daños físicos; con sólo presenciar la violencia en la familia o experimentar abandono, rechazo o explotación, se considera que el niño ha estado expuesto a comportamientos que constituyen abuso o maltrato psicológico. El maltrato psicológico debe involucrar un patrón de comportamiento destructivo por parte de un adulto, no un incidente aislado.

De acuerdo con el doctor Garbarino 1998, existen cinco categorías de comportamientos que constituyen maltrato psicológico: rechazar, aislar, aterrorizar, ignorar y corromper (citado SSA 2006).

Abuso Sexual.

Ocurre entre un menor y un adulto. Típicamente involucra la explotación sexual del menor o sirve para gratificar o estimular sexualmente al adulto.

Dos Criterios Básicos para definir que fue abuso:

a) La coerción, dado que el agresor utiliza la situación de poder que tiene para interactuar sexualmente con el menor.

b) La asimetría de edad, ya que el agresor debe ser significativamente mayor que la víctima, aunque no necesariamente mayor de edad (Horno y Santos 2001)

El abuso sexual abarca un amplio rango de comportamientos que pueden incluir o no los contactos de naturaleza sexual: Los actos que no involucran dicho contacto incluyen: los comentarios de índole sexual, el exhibicionismo y la masturbación, el voyeurismo y la exposición a material pornográfico.

Los actos de contacto, en cambio, incluyen: el contacto sexual, la penetración digital o con objetos y el intercambio sexual (Ireland 2002). Los abusos sexuales ocurren preponderantemente al interior de la familia en todos los grupos étnicos y clases sociales (Clark, Clark, Adamec 2001).(citado en Vázquez 2001)

Negligencia. (Ver anexo 3)

Suele ser el tipo de maltrato más frecuente, no obstante que es el menos visible, y sobre el que menos se habla.

La negligencia es la forma de maltrato que consiste en el fracaso repetido por parte de los padres, cuidadores o de las personas responsables del cuidado de un niño o una niña, para proporcionarle los estándares mínimos de alimentación, vestido, atención médica, educación, seguridad y afecto, es decir, la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto físicas como emocionales. Algunos estudios longitudinales han mostrado que la negligencia puede ocasionar daños emocionales más severos y duraderos que el maltrato físico. Asimismo, han revelado que los niños que han sufrido negligencia o han sido abandonados presentan mayores problemas de salud que los que han padecido maltratos físicos o abuso sexual. (Clark, Clark, Adamec 2001).

Cabe agregar que, mientras los abusos físicos pueden canalizarse hacia un niño de la familia, la negligencia, en cambio, suele afectar a todos Ireland (2002). (Citado SSA 2006).

Existen diferentes formas que adopta el maltrato infantil (ver anexo 4)

Ahora puedes evaluarte y poner el comentario que te corresponde en el cuadro.

1.- Solo sabía del maltrato físico.

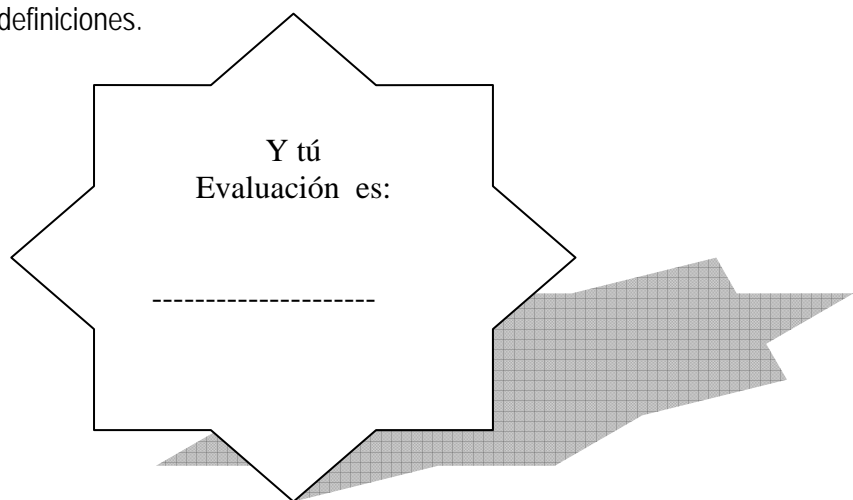
(Necesitas involucrarte más con los menores)

2.- Sabía solo de dos tipos de maltrato infantil.

(Pon más empeño para conocer del tema)

3.- Estoy totalmente familiarizada con las definiciones.

(Puedes orientar a los menores)



Y tú
Evaluación es:

The image shows a star-shaped box with a dashed line for writing an evaluation. The box is white with a black outline and a grey shadow to its right. The text 'Y tú Evaluación es:' is centered inside the box, and a horizontal dashed line is positioned below it for writing.

Indicadores de Maltrato Infantil.

Actividad 2.

Señala en la sopa de letras los indicadores que los menores manifiestan cuando son víctimas de violencia familiar y/o abuso sexual.

F	U	G	A	D	E	L	H	O	G	A	R	E	D	V	C	X	N	A	D	A	R	L	U	T	O	R	D	A	I
L	J	X	S	M	Y	H	M	O	E	L	N	R	Y	D	O	P	A	S	I	V	I	D	A	D	A	C	E	C	B
P	T	E	M	O	R	L	B	X	S	F	K	R	C	E	B	E	A	M	I	N	D	U	Z	Ñ	D	E	S	N	E
B	A	P	R	V	C	O	N	D	U	C	T	A	S	S	E	X	U	A	L	E	S	L	X	P	A	D	N	U	F
C	X	M	D	G	B	R	P	N	U	F	V	B	J	C	B	A	O	D	D	B	E	D	C	O	D	X	U	E	V
A	D	O	R	M	I	L	A	M	I	E	N	T	O	O	T	P	A	L	C	O	H	O	L	L	I	W	T	G	R
W	S	C	E	S	X	C	S	B	U	S	B	F	C	N	T	R	B	I	I	V	W	L	V	I	V	S	R	D	S
M	A	X	N	E	T	I	A	N	E	W	T	U	M	F	A	R	A	V	S	D	G	O	B	K	I	Z	I	V	O
I	O	F	T	O	D	R	O	G	A	S	R	M	U	I	E	J	N	Z	T	T	T	R	N	M	T	Q	C	E	C
U	L	R	A	E	D	A	S	O	R	O	E	A	T	A	T	D	D	E	R	G	B	E	M	U	C	A	I	C	I
Q	P	A	E	J	W	S	E	X	O	E	N	C	I	N	I	N	O	D	E	H	F	N	G	J	A	W	O	U	S
O	B	C	O	T	S	E	J	A	B	R	S	N	S	Z	R	E	N	I	A	Ñ	V	G	F	N	R	T	N	O	I
S	R	T	I	V	O	M	W	C	J	T	V	I	M	A	A	T	O	M	H	P	R	E	D	Y	E	N	E	J	F
D	U	U	M	Z	A	N	O	A	G	E	U	J	O	N	N	O	Y	I	M	O	D	N	S	H	P	O	D	H	S
I	A	R	P	L	X	R	E	G	M	P	S	C	M	N	O	E	R	T	R	L	C	I	A	B	I	S	E	I	E
B	L	A	I	M	W	R	E	S	B	U	M	U	H	W	T	D	E	P	O	K	E	T	H	T	H	B	T	M	R
C	M	S	U	A	Z	Q	V	E	R	T	E	A	S	H	E	R	I	D	A	S	S	A	J	G	I	O	I	A	O
L	I	O	N	T	E	W	C	Q	E	A	S	I	D	T	M	S	O	S	S	I	W	L	K	V	U	E	M	G	L
I	N	H	I	B	I	C	I	O	N	O	I	M	B	R	O	Q	C	V	E	Z	A	E	L	R	B	S	R	E	O
B	A	J	O	D	E	S	E	M	P	E	Ñ	O	A	C	A	D	E	M	I	C	O	S	Ñ	F	E	D	N	N	D

- Temor
- Agresión
- Mutismo
- Dolores físicos
- Pasividad
- Timidez
- Inhibición

- Conductas sexuales
- Dolor en genitales
- Desconfianza
- Alcohol
- Drogas
- Abandono
- Fuga del hogar
- Moretones

- Heridas
- Desnutrición
- Fracturas
- Adormilamiento
- Hiperactividad
- No juega

Cuadro 1. Indicadores de maltrato físico (Le Boeuf, 1982)

Indicadores físicos en el niño	Indicadores comporta mentales en el niño.	Conducta del cuidador.
Magulladuras o moretones en rostros, labios o boca en diferentes fases de cicatrización; en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos; con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido inflingidos; en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado en distintas direcciones.	Cauteloso con respecto al contacto físico con los adultos.	Ha sido objeto de maltrato en su infancia.
Quemaduras de puro o cigarrillos; quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (como un guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas o genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente; quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas; quemaduras con objetos que dejan una señal claramente definida (plancha, parrilla, etc.)	Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran.	Utiliza una disciplina severa, impropia para la edad, falta cometida y condición del niño. No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño, o éstas son ilógicas, no convincentes o contradictorias.
Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula; fracturas en espiral de los huesos largos (brazos, piernas) en diversas fases de cicatrización; fracturas múltiples: cualquier fractura lógica en un niño menor de dos años.	Muestran conductas extremas (por ej., agresividad o rechazos extremos)	Parece no preocuparse por el niño.
Heridas o raspaduras: en la boca, labios, encías u ojos, en los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, en piernas o torso.	Parece tener miedo a sus padres, por ir a casa, o llora cuando terminan las clases y tiene que irse de la escuela o guardería.	Percibe al niño de manera significativamente negativa (por ej., lo ve como malo, perverso...)
Lesiones abdominales, hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos constantes.	Dice que su padre o madre le han causado alguna lesión.	Psicótico o psicópata.
Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de adulto o son reiteradas.		Abuso del alcohol u otras drogas.
Cortes o pinchazones.		Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad del responsable de ésta.
Lesiones internas.		
Asfixia o ahogamiento.		

Cuadro 2. Protocolo de Validación de abuso sexual.

INDICADORES DE ABUSO SEXUAL (Le Boeuf,1982)		
Indicadores físicos en el menor	Indicadores Comportamentales en el niño.	Conducta del Cuidador.
Dificultades para andar y sentarse.	Parece reservado, rechazante o tiene conductas infantiles; incluso puede parecer retrasado.	Extremadamente protector o celoso del niño.
Ropa interior rasgada o manchada.	Tiene escasas relaciones con sus compañeros.	Alienta al niño a implicarse en actos sexuales en presencia del cuidador.
Se queja de dolor o picor en la zona vaginal o anal.	No quiere cambiarse de ropa para hacer algún deporte o pone dificultades para participar en actividades físicas.	Sufrió abuso sexual en su infancia.
Contusiones o sangrado en los genitales externo.	Comete acciones delictivas o se fuga.	Experimenta dificultades en su matrimonio.
Tiene una enfermedad venérea.	Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales.	Abusa de drogas y alcohol.
Tiene el cérvix o la vulva hinchados.	Dice que ha sido atacado por el padre o el cuidador.	Está frecuentemente ausente del hogar.
Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa.		
Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia)		

Green (1978) (citado en Charles y Kevin, 2000). Describió algunos tipos de psicopatología observada en niños víctima de maltrato físico, tratados en psicoterapia. Encontró un daño en la capacidad del menor para evaluar y comprender la realidad, defectos intelectuales en la comprensión, representación y explicación de los objetos, estados de pánico como resultado de traumas inflingidos o temidos, falta de confianza en los demás, control de impulso alterado, no están conformes consigo mismo, manifiestan conductas autodestructivas, dificultades con la separación y en la adaptación escolar, manifiestan una marcada incapacidad para mirar a los ojos. Cualquiera que sea el carácter del menor, siempre que pueda abusar del alguien más débil que él lo hará.

La entrevista con los padres o tutores del menor es un indicador más para verificar si los menores son víctimas de violencia: Si los padres se muestran preocupados, piden ayuda y les dan un seguimiento a la conducta de sus hijos nos indica que el menor tiene unos padres que están al cuidado de su desarrollo y muy probablemente no estén siendo víctimas de violencia intrafamiliar. Si los padres se muestran despreocupados y le depositan toda la responsabilidad al menor, muy seguramente es un menor que está siendo víctima de un tipo de violencia

- Para poder tener un indicador de los menores víctima de violencia puedes adaptar la cartilla epidemiológica a las necesidades de la institución (Ver Anexo 5)

El Síndrome de Estrés Postraumático (TEPT) como una Consecuencia de la Violencia Intrafamiliar y /o Abuso sexual.

El abuso sexual es una de las causas que mayor número de casos de TEPT provoca. La segunda causa es haber vivido un suceso inesperado por causas naturales y con mayor impresión los causados por el hombre, como por ejemplo: El suceso de la Discoteca News Divine y el incendio de la Guardería ABC. El tercer caso es la violencia intrafamiliar que ha sido recurrente y muy violenta.

“La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves”. Rosas (2004).

DSM-IV-TR (APA,2000), (citado en Caballo y Simón 2001).

(Ver anexo 6)

Criterios que hay que identificar en el menor.

- A) El menor ha estado expuesto a un acontecimiento traumático.
- B) Experimentó, presencio, le explicaron algún acontecimiento caracterizado por muertes o amenaza para su integridad física o la de los demás.
- C) El menor responde con comportamientos desestructurados o agitados, comportamiento regresivo muy marcado: pérdida de habilidades adquiridas, es decir, regreso a etapas del desarrollo ya superadas. (Falta de control de esfínteres o succión del dedo pulgar)
- D) El menor manifiesta los recuerdos del acontecimiento recurrentemente en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma. En niños más pequeños, los sueños perturbadores con el trauma pueden, dentro de las semanas subsecuentes aparecer, convertirse en pesadillas generalizadas acerca de monstruos, de rescates de otras personas o de amenazas de muerte para sí mismos o para otros.

E) El menor puede re-escenificar el acontecimiento traumático específico. Presentan otros trastornos cognitivos, como la colocación de acontecimientos en la secuencia equivocada o la identificación retrospectiva de presagios del acontecimiento traumático, niños que dicen haber soñado antes el suceso que ocurrió.

F) El menor manifiesta malestar psicológico intenso como síntomas de depresión y ansiedad. Al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

G) El menor tiene respuestas fisiológicas como dolor abdominal, de cabeza y otros síntomas específicos de activación aumentada al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

H) Evitación persistentes a estímulos asociados al trauma y entorpecimiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- (2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- (3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- (4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- (5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- (6) Restricción de la vida afectiva (incapacidad para tener sentimientos de amor)
- (7) Sensación de un futuro desolador (el menor no juega y se muestra deprimido).

B. Síntomas persistentes de aumento de la activación del estado de alerta y vigilancia (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño
- (2) irritabilidad o ataques de ira
- (3) dificultades para concentrarse
- (4) hipervigilancia
- (5) respuestas exageradas de sobresalto

C. Estas alteraciones se prolongan más de 1 mes.

D. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, escolar o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

“El trastorno tiende a ser más grave y más duradero cuando el suceso sufrido es más intenso y cuando las causas son obras del ser humano y no meramente accidentales”
(Echeburúa, 1998).

El TEPT se clasifica en tres aspectos y puede ser:

1. **Agudo.**- cuando la duración de los síntomas de estrés es inferior a los 3 meses.
2. **Crónico.**- cuando la duración de los síntomas de estrés es igual o superior a los 3 meses.
3. **De inicio demorado.**- indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas de estrés han pasado un mínimo de 6 meses.

El menor tiene que mostrar esta sintomatología para diagnosticar que ha desarrollado este trastorno.

- o Re-experimentación del evento en sueños o recuerdos intrusivos, juegos repetitivos del suceso.
- o Evitación de estímulos asociados con el trauma.

Incremento de la excitación autónoma.- perturbación del sueño, hiperalerta y pérdida de control sobre la agresión.

Actividad 3.

Resuelve el siguiente cuestionario.

¿Qué características necesita una situación para desarrollar un TEPT?

Se mencionaron dos causas principales que causan el TEPT en menores, ¿Cuáles son?

¿Qué sintomatología tiene que manifestar el menor para diagnosticar el TEPT?

¿Cuáles son los Criterios que hay que identificar en el menor?

El TEPT se clasifica en tres aspectos, pon en el paréntesis la definición que corresponde:

a. Agudo

b. Crónico.

c. De Inicio demorado.

() Cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los 3 meses.

() Indica que entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado un mínimo de 6 meses.

() Cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses.

¿Cuáles son las conductas que generalmente el menor va a evitar?

La activación del estado de alerta se clasifica por:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

Actividad 5

Ahora que ya conoces los tipos de violencia hacia los menores, los indicadores, y las consecuencias que afectan su estado físico y emocional. Identifica en las fotografías estos tres aspectos y descríbelos.











Intervención en Crisis Modelo Matilde Du Ranquet y Golan

Situaciones de Crisis.

La finalidad primordial de la intervención en crisis, es ayudar a la persona a que tome las medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación, e iniciar el proceso de solución de problemas.

Du Ranquet (1996) (citado en Reyes 2007) explica que las situaciones de crisis son estados de conmoción, de parálisis en una persona que sufre o ha sufrido un gran shock. Sobreviene cuando el estrés actúa sobre un sistema y requiere un cambio que se sitúa fuera del repertorio habitual de respuestas. Es en estos momentos cuando la persona es más receptiva a la ayuda del exterior. El estado de crisis puede ayudar a crecer y a desarrollar las potencialidades de las personas llevándolas a niveles de funcionamiento óptimo.

Modelo de Matilde Du Ranquet

Du Ranquet 1996 nos presenta un patrón de conducta de la persona que se encuentra en situación de estrés ante un acontecimiento. Estas son las tareas que efectúa:

- Percepción del acontecimiento y de los sentimientos que éste suscita.
- Búsqueda de apoyo adecuado en el entorno.
- Puesta en acción de las capacidades.

Metodología:

Matilde Du Ranquet establece los siguientes pasos a seguir con algunas técnicas adecuadas a cada momento:

Fase inicial:

1. Crear una relación: Creación de una relación de confianza. Es necesario una escucha empática que le permita expresarse al paciente con libertad.
Reformulación que verifique la información, y una primera evaluación del grado de tensión y la percepción de la realidad.
2. Centrarse en la situación
3. Percibir la realidad: Intentar que la persona vea su situación de la forma más real posible.
4. Organizar la acción: Empezar a pensar las soluciones para cada problema. En esta etapa es útil el contrato, se precisan las expectativas y los compromisos. Se aconseja establecer límites de tiempo.

Fase intermedia:

5. Apoyarse en las capacidades del paciente: se basa en lo que las personas suelen realizar espontáneamente para resolver una crisis: Se les ayuda a encontrar las conductas que ha sabido utilizar en el pasado y que, retomadas, podrán responder a la situación real.

Las técnicas son con un fuerte componente pedagógico: dirección por anticipación, repetición o juego de rol con vistas a una acción proyectada, aprendizaje de nuevas técnicas sociales y relacionales, entrenamiento para prever y anticipar.

6. Utilizar el apoyo del entorno: Buscar ayuda del entorno, hay que buscar la red social, familia, amigos, etc. Así como aprovechar la ayuda mutua que se puede dar en grupos informales y asociaciones.

Fin de la intervención.

7. En la última fase es importante establecer el fin del tratamiento cuando la persona sea capaz de conducir por ella misma su propio crecimiento.

Modelo de Golan. (citado en Reyes 2007)

Fase inicial: Formulación (1ª Entrevista)

1. Enfoque sobre el estado de crisis.
2. Evaluación.
3. Contrato.

Fase media: implantación (entrevistas 1ª a 6ª)

1. Recolección de datos.
2. Cambio en la conducta.

Fase final: Terminación (entrevistas 7ª a 8ª si fuesen necesarias)

1. Decisión sobre la terminación.
2. Revisión de los progresos alcanzados.
3. Plan futuro.

Actividad 6.

Escribe 5 elementos de la teoría de intervención en crisis que consideres más importantes.

1.-

2.-

3.-

4.-

5.-

Consideras que la teoría de intervención en Crisis puede ayudar a los menores víctima de violencia y/o abuso sexual. Explica el por qué.

Intervención con Menores Abusados Sexualmente. Pérez (2001)

Es importante que como interventor conozcas que existe un método para hacer una intervención clínica con menores abusados sexualmente y con las personas que están involucradas en este. Probablemente no tendrás las herramientas necesarias para poder hacerlo, pero si podrás dar a conocer a los terapeutas que existe la información si no la conocen.

Mac Donald, Lambie y Simmonds (1995) plantean etapas de Tratamiento que facilitan la recuperación.

Las etapas que contribuyen en el proceso de recuperación son:

1. Reconocimiento de que el abuso sucedió.
2. Tomar la decisión de recuperarse.
3. Hablar a otros sobre el abuso.
4. Responsabilizar al verdadero culpable.
5. Trabajar con las pérdidas y tristezas.
6. Expresar furia o enojo.

7. Trabajar a través de las dificultades causadas por el abuso.
8. Construir un futuro.

Éstas se planean con base a las necesidades y habilidades del paciente para superar cada una de ellas. La intervención con el menor tiene que incluir un significativo componente educacional esto ayuda a los pacientes a comprender su experiencia así como recibir una perspectiva diferente de lo que les sucedió.

Es muy importante distinguir entre quienes no recuerdan el abuso y no han sido afectados seriamente por éste, de quienes son afectados, pero se las han arreglado para bloquear sus recuerdos. Se les aclara que el tratar el abuso no es causa para sentirse culpable o para ser criticado. El objetivo es que le puedan dar significado a sus recuerdos dolorosos en una sola etapa que le permita atender otras áreas de su vida.

En el caso de descubrimiento y atención inmediata es importante comprender que el proceso evaluativo, así como el propio tratamiento implica al niño y a la familia. (Browne y Finkelhor, 1986, Glaser 1991 citados por Vásquez 1995).

Para enriquecer la evaluación es importante determinar cuáles fueron las circunstancias sociales dentro de la cual se ha llevado el abuso y las posibles relaciones que la familia establece como:

- La familia se encuentra fuertemente involucrada y afectada por el abuso en forma crónica y en torno a ésta se establecen pautas de relación anómalas y una cohesión patológica. Esto puede ser el caso de la relación incestuosa.
- La familia no ejerce un abuso sexual directo sobre el menor, pero si algún tipo de abandono material y/o emocional que ha favorecido o permitido que el niño haya sufrido el abuso con personas que se dicen proteger a los menores, abusan de ellos, pero los compensan cubriendo sus necesidades básicas .
- Este abuso ha ocurrido de forma continuada en el tiempo, generalmente el agresor suele ser un conocido de la familia o una persona que se relaciona familiarmente con el menor.
- El abuso ha ocurrido de forma única o esporádica y ha sido rápidamente conocido por la familia, que hasta entonces presentaba pautas funcionales de comunicación con el menor.

Ante un caso de abuso sexual se debe siempre seguir un cuidadoso proceso de evaluación por pasos.

1.- Analizar las variables externas de la víctima.

- Determinar si hay sospechas de abuso o si se ha descubierto.
- Qué tipo de experiencia vivió, frecuencia, duración y contenido.
- Cuáles son los factores contextuales, como la dinámica familiar anterior al descubrimiento.

A partir del “descubrimiento” del hecho, todos los miembros de la familia presentan algún grado de deterioro emocional. Siendo también susceptibles a recibir tratamiento.

- Aspectos relativos al descubrimiento como la reacción familiar (hiperprotección, auto culpabilidad, negación, etc.).
- Medidas preventivas urgentes (Medidas de tratamiento y medidas legales).

Una vez evaluado estas necesidades se debe establecer el programa propiamente dicho, el cual, esquemáticamente, se compone de los apartados siguientes:

- Aspecto educativo: Informativo.
- Aspecto psicoterapéutico: Estrategias, tipo de terapia a seguir: Terapia Individual y Terapia de grupo (familiar o iguales).

Las intervenciones no se realizaran de forma secuencial, sino a veces de forma simultánea y/o paralela.

Prevención.

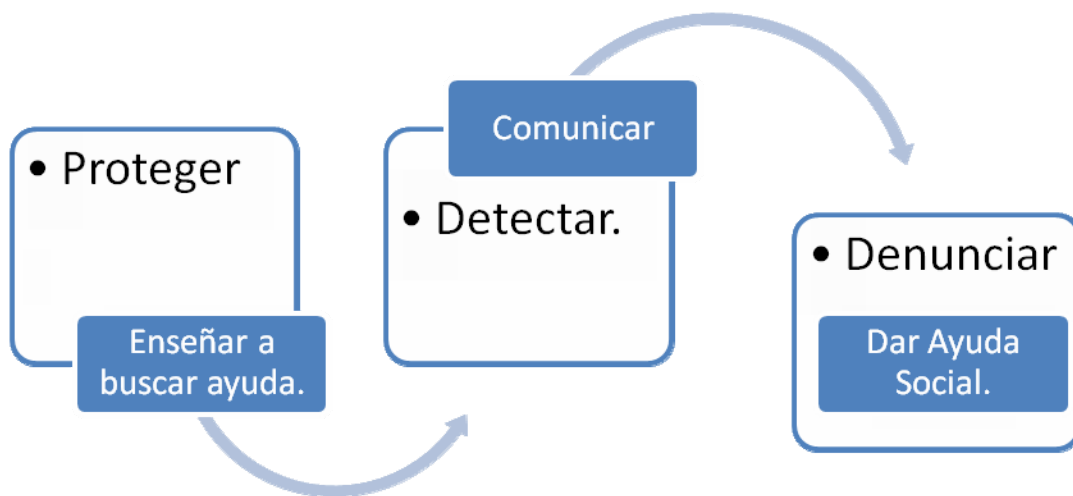
Es necesario entender que la prevención es cualquier tipo de acción social o educativa dirigida a la conservación de algunos objetivos tales como:

- Prevenir el abuso sexual infantil utilizando métodos que involucren a los padres, profesionales y cualquier adulto responsable de los niños.
- Educar a los niños y las niñas para que aprendan a protegerse a sí mismos y a los demás.

La prevención debe incluir algunos aspectos como son:

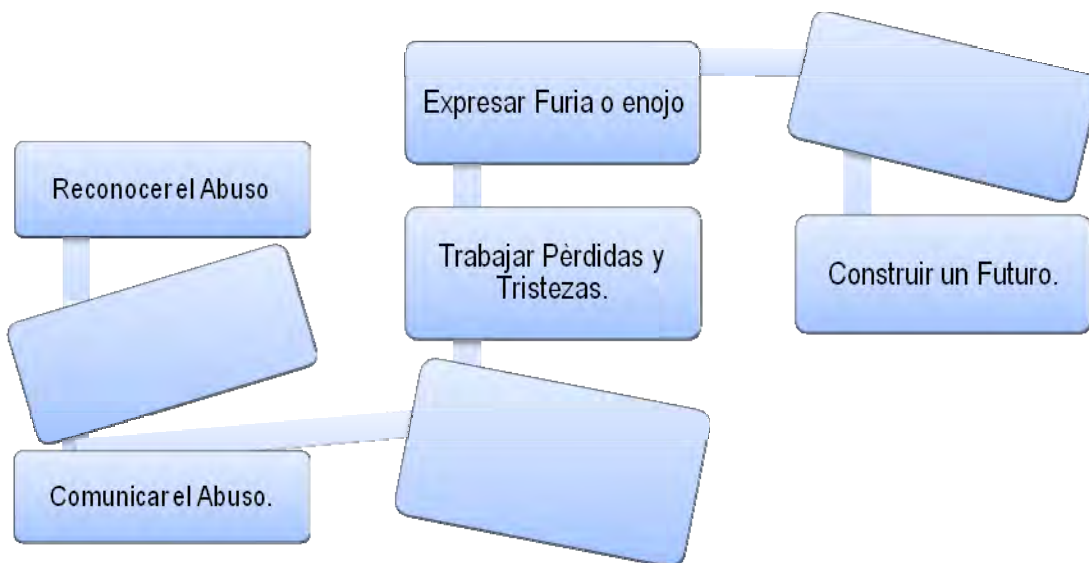
- a.- Que los niños aprendan que en caso de llegar a ser víctimas comuniquen el abuso de que han sido objeto que busquen ayuda efectiva.
- b.- Que los padres, profesionales y adultos en general aprenden a detectar casos de abusos.
- c.- A las víctimas, sus padres, adultos y profesionales que denuncien los casos de abuso.
- d.- A los compañeros de los niños o niñas, sus padres, adultos y profesionales a que aprenden a reaccionar de una manera adecuada cuando un niño (a) Les diga que ha sido objeto de abuso sexual, y le sepan ofrecer apoyo social.

La Prevención Es:



Actividad 7.

Completa el diagrama.



Completa las siguientes afirmaciones.

La terapia para el menor víctima de abuso sexual tiene que incluir un _____
_____. Es muy importante _____
entre quienes no recuerdan el abuso y _____
_____ por éste, de quienes son afectados, pero _____
_____.

Lo importante es que ellos puedan _____
Recuerdos _____.

Menciona los aspectos de prevención.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Directorio de Canalización.

Institución.	Procedencia	Página Web.	Teléfono.
Agencia Del Ministerio Público Especializada En Violencia Intrafamiliar y Sexual, De la PGJE	Estado de México		015553109771 108851 173135
Agencia del Ministerio Público más cercano al domicilio.	D.F		52 00 90 00.
Asociación para el Desarrollo Integral de las Personas Violadas (ADIVAC)	D.F		59 04 70 65 56827969 55434700
Centro de Atención a Víctimas de violencia Intrafamiliar.	Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.	www.pgjdf.gob.mx	52 00 90 00.
Centro Virtual de Atención a víctimas.	Secretaría de Seguridad Pública Federal.	www.atencionavictimas@ssp.gob.mx	5598 0691 y 5598 0793 018009029832
Centro de Atención a la Violencia Doméstica. (CAVIDA)	D.F		55545611 y 5659 05 04
Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA)	D.F	www.pgjdf.gob.mx .	5200-9632 al 36
Fiscalía PGR. Delitos Sexuales a Menores.	Federal		01 800 080 1127 53463605 y 07
Fundación Dr. José Ma. Álvarez. Apoyo a madres solas	D.F		52 29 56 00
FUPAVI		www.fundacionenpantalla.org	55438119 y 55438147.
Hospital Pediátrico Iztapalapa	DF		55852156 Consultorio 17
Instituto Nacional de las Mujeres. (In Mujeres). Programa: Vida sin violencia	D.F		01 800 911 25 11
Instituto de la Mujer	D.F		53 41 96 91
LOCATEL: Línea Mujer.	D.F		56 58 11 11

Red de Referencia a la Atención de la Violencia	D.F		56 05 65 11 y 54 49 30 33
Unidades de Atención y Prevención de la violencia Familiar. (UAPVIS)	Distrito Federal	www.equidad.df.gob.mx/directorio/uapvifs.html	ÁLVARO OBREGÓN, 55 93 83 44 y 55 93 27 16
		UAPVIS	AZCAPOTZALCO 53 53 64 70
		UAPVIS	COYOACÁN 54 21 73 31
		UAPVIS	IZTACALCO 22 35 46 14
		UAPVIS	MAGDALENA CONTRERAS 56 81 27 34
		UAPVIS	MILPA ALTA 58 44 19 21
		UAPVIS	TLALPAN 55 13 98 35
		UAPVIS	XOCHIMILCO 56 75 82 70
<p>Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia(DIF)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de Prevención y Atención de Embarazos de Adolescentes. • Programa para menores en la frontera. • Trabajo Infantil Urbano Marginal. • Prevención de Riesgos Psicosociales. • Atención a la salud de los niños. • De la calle a la vida. • Atención Integral a niñas, niños y adolescentes en desamparo. 	Federal	www.dif.gob.mx	(55)30032200 (55)10350646 56040127

Anexo 2

Causales de Maltrato Infantil.

Factores individuales

Algunas características individuales de los propios niños y niñas pueden ser causantes de situaciones de maltrato infantil, como por ejemplo:

- Embarazo no deseado
- Niños prematuros
- Niños con impedimentos físicos o psíquicos
- Niños hiperactivos

También se pueden identificar, como factores de riesgo, características individuales de los padres, como ha de ser su personalidad, la experiencia o inexperience de estos en la crianza de niños, entre otros.

Factores familiares

Los factores de riesgo para que se produzca una situación de maltrato dentro de una familia están referidos tanto a la estructura de la misma como al funcionamiento y a la dinámica de esta.

En cuanto a las condicionantes de tipo estructural se encuentran: número de integrantes de la familia, familias monoparentales, padres adolescentes, entre otras.

Las malas relaciones y comunicación, la carencia de vínculos afectivos y la violencia familiar, son factores de riesgo relacionados con el funcionamiento de la propia familia.

Por último, la inexistencia de límites o reglas familiares y la relación marital, pueden influir de manera negativa en la dinámica familiar, contribuyendo a que se produzca una situación de maltrato infantil.

Factores socioculturales y ambientales

Problemas tales como una situación de desequilibrio en la familia, repercuten directamente en el niño, quien suele ser una de las primeras víctimas.

Entre los problemas ambientales y socioeconómicos que pueden actuar como factores de riesgo para que se produzca una situación de maltrato se encuentran:

- Situación laboral: desempleo, inestabilidad laboral, excesiva carga horaria, entre otras.

- Vivienda: hacinamiento, viviendas compartidas con otras familias, malas condiciones de habitabilidad, etc.
- Necesidades básicas insatisfechas, problemas de marginalidad, entre otras.

En primer lugar, es preciso señalar que los factores de riesgo anteriormente señalados dan cuenta *parcialmente* del conjunto de "condiciones adversas" en las que se pueden generar situaciones de maltrato infantil.

En segundo lugar, en la mayoría de los casos en que se producen situaciones de maltrato se conjugan más de uno de estos factores.

Según Garbarino, "el microsistema del niño se convierte en una fuente de riesgo para su desarrollo cuando es socialmente empobrecido. Es decir, el desarrollo del niño sufre siempre que el microsistema está limitado, ya sea porque hay muy pocos participantes o muy poca interacción recíproca, patrones de interacción psicológicamente destructivos, o alguna combinación de los tres".

A continuación se enumeran una serie de causales del maltrato infantil (clasificación no exhaustiva) al interior de las familias:

- La negligencia: desprotección, descuido y/o abandono
- Cambios en la estructura familiar: cuando se rompe el equilibrio del funcionamiento familiar se pueden dar casos de conductas violentas con los hijos.
- Malos tratos como forma natural y habitual de relacionamiento. Barudy distingue cuatro situaciones en las que se generan situaciones de violencia intrafamiliar:
 - a. Carencia de los padres de cuidados maternos en su medio social y familiar durante su infancia
 - b. Carencia de los padres de una figura parental.
 - c. Carencias en la estructura familiar, alteraciones en la organización jerárquica de la familia.
 - d. Carencia de intercambios entre la familia y su entorno.

Anexo 3

Protocolo de validación de la negligencia.

Indicadores de Maltrato Físico.					
Indicadores físicos en el niño		Indicadores comporta mentales en el niño.		Conducta del Cuidador.	
Constantemente: Sucio, escasa higiene, hambriento o inapropiadamente vestido		Pide o roba comida.		Abuso de drogas o alcohol	
Constante falta de supervisión, especialmente cuando el menor está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo (solo o con sus hermanos).		Participa en acciones delictivas (Por ej., vandalismo, prostitución, drogas y alcohol, etc.)		La vida en el hogar es caótica.	
Cansancio o apatía permanentes.		Raras veces asiste a la escuela.		Muestra evidencias de apatía.	
Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (por ej., heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios necesarios.		Se suele quedar dormido en clase.		Está mentalmente enfermo o tiene un bajo nivel intelectual.	
Es explotado, se le hace trabajar en exceso o no va a la escuela.		Llega muy temprano a la escuela y se va muy tarde.		Tiene una enfermedad crónica.	
Ha sido abandonado.		Dice que no hay nadie que le cuide.		Fue objeto de negligencia en su infancia.	

Anexo 4

Indicadores de Violencia que se puede detectar en el aula.

En el niño:

- Ausencias injustificadas o repetidas, así como carencia de estímulos que condicionan un bajo nivel de adquisición de instrucción.
- Síndrome inverso de escolaridad: Los lunes el niño desea el inicio de clases y los viernes se rechaza abandonar la escuela. Los lunes ha perdido todo lo que había ganado en el aprendizaje y el comportamiento durante la semana anterior.
- Desinterés de llevar al domicilio los trabajos escolares ante la acogida negativa de los padres.
- Tendencia a dormirse habitualmente en la clase.
- Llama habitualmente la atención a través de la conducta.
- Inesperados cambios en el rendimiento escolar.
-
- Serias dificultades en la escuela: No hace trabajos, no se concentra, etc.
- Problemas en la presentación de los trabajos: pueden ser muy deficientes, se estropean al llegar a la casa o se pierden.
- Fracaso escolar.
- Trabaja, mendiga, hace algo más que ayudar en su casa.
- Manifiesta tristeza, desánimo, desconfianza, etc.

En los padres:

- Des información acerca de los profesores, las actividades, los programas escolares.
- Poco interés por establecer contacto con los maestros del niño.
- Crítica dirigida a hijo más que la propia escuela; no suelen defenderlos.
- Incapacidad para explicar las ausencias escolares de sus hijos. De Paul Ochotorena y otros, 1993.pàg 103. Citado en Bringiotti (2000).

Hay otros indicadores inespecíficos que podría llegar a observar el docente.

En el niño:

- Miedo aparentemente injustificado ante personas adultas.
- Tendencia a la soledad y el aislamiento.
- Prolongada permanencia fuera del ámbito familiar durante las edades preescolares o escolares.
- Inquietud desmedida frente al llanto de otros niños.
- Reacciones de agresividad verbal o física desmesuradas desde pequeños.
- Participación en acciones delictivas.
- Inhibición en el juego.

En los padres:

- Poca preocupación pro la higiene y la alimentación del niño.
- Poca vigilancia en situaciones peligrosas.
- Corrección física o verbal desmesurada.
- Sobreprotección o rechazo verbal público del niño.
- Aislamiento personal o social.
- Desigualdad en el trato con los hermanos.
- Dificultades en la relación de pareja.
- Percepción extremadamente negativa del niño.

En el niño abusado sexualmente se observan indicadores sexuales y no sexuales que hacen sospechar tal situación.

Indicadores Sexuales.

- A. Conductas sexuales.
 - Erotización prematura.
 - Conductas o comentarios sexuales inadecuados a la edad.
 - Masturbación excesiva.
 - Interacción sexual entre iguales.
 - Agresiones sexuales a otros niños más pequeños o vulnerables.
 - Conductas seductivas.
 - Promiscuidad.

- B. Conocimientos Sexuales.
 - Más conocimientos de lo que puede esperarse para su desarrollo evolutivo.
- C. Comentarios sexuales.
 - Comentarios realizados de forma indirecta. "me duele". "Me tocó en..."

Indicadores no sexuales.

- A. Desordenes funcionales (muchos de ellos pueden llegar a los maestros a través de relatos, comentarios y al realizar una entrevista con uno o ambos progenitores).
 - Problemas nocturnos con el sueño, pesadillas,, movimientos o expresiones verbales.
 - Miedo a la oscuridad.
 - Hablar dormido.
 - Enuresis o encopresis.
 - Desordenes del apetito (anorexia y bulimia)

B. problema

Anexo 5

Glosario.

Formas que adopta la violencia Intrafamiliar

Maltrato Infantil.

Abandono Físico: Aquella situación en la que las necesidades físicas básicas del menor- alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas y /o cuidados médicos- no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.

Maltrato emocional: Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica y amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles- desde la evitación hasta el encierro. Por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

Esta puede ser desencadenada por un suceso que ponga en crisis el equilibrio de la familia aumentando el estrés en sus padres.

Muerte de un padre o Familiar; Características del Duelo Patológico.

Únicamente confusión y patología pueden nacer de ocultar o deformar a los niños la muerte de un padre y cuando implícita o explícitamente los adultos hacen que los niños refrenen la expresión de sus sentimientos.

Divorcio: Dificilmente los niños se encuentran en posición de comprender las causas o los motivos que produjeron el rompimiento del matrimonio y pueden incluso llegar a obsesionarse pensando que ellos fueron los culpables. Los menores producen un temor irracional de que el padre que permanece con ellos, no los querrá por mucho tiempo y que sus padres nunca los volverán a querer.

Desastres Naturales: Los desastres naturales constituyen eventos de carácter agudo, que ocurren en forma repentina, que son de corta duración y tienen un efecto devastador importante entre los niños es mayor la tasa de TEPT en caso de un desastre natural que de cualquier acto criminal.

Abandono emocional: La falta de persistente de respuesta a las señales – llanto, sonrisas- , expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de alguna figura adulta estable.

Explotación laboral o mendicidad: Los padres o tutores asignan al niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos –domésticos o no- que exceden los límites de lo habitual, que deberían ser realizados por adultos y que interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y /o escolares de los niños y, por último, que son asignadas

con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres o la estructura familiar.

Corrupción: Conductas que ponen la normal integración del niño y refuerzan pautas de conductas antisociales o desviadas, especialmente en las áreas de agresividad, sexualidad, drogas o alcohol.

Síndrome de Münchausen: Simulación por parte del padre, madre o tutor- especialmente por parte de la madre- de síntomas físicos patológicos mediante la administración de sustancias o manipulación de excreciones o sugerencia de sintomatologías difíciles de demostrar, que llevan a internaciones o estudios complementarios innecesarios.

Incapacidad parental de controlar la conducta del niño: los padres o tutores manifiestan o demuestran claramente su total incapacidad para controlar y manejar de manera adaptativa el comportamiento de sus hijos.

Abandono: Dejar literalmente al niño abandonado en una puerta, plaza, techo de basura, etc., sin intención aparente de volver

Maltrato Prenatal: Consumo de drogas durante el embarazo que provoque que el menor nazca con un crecimiento anormal, patrones neurológicos anormales o con síntomas de dependencia física a las drogas

Intoxicación: siguiendo a otros autores (Molina Cabecero, 1997), podemos agregar esta forma específica de maltrato, que implica la ingestión de un compuesto por sustancias químicas por acción de los padres. Suelen reconocerse los siguientes tipos: intoxicación intrauterina, intoxicación a través de la lactancia, intoxicación por descuido o negligencia e intoxicación violenta. Hay que diferenciar el síndrome de Münchaussen mencionado anteriormente.

Formas raras y graves del maltrato infantil: Son cuadros confusos que pueden llevar a suponer que se trata de lesiones accidentales: quemaduras por microondas y quemaduras por secadores de pelo; intoxicación por sal común (cuyo exceso produce, entre otros efectos, deshidratación); aspiración de pimienta (oclusión de laringe, tráquea y bronquios; afecta también al esófago y estómago, la mayoría de los casos son fatales); síndrome de oreja en conflicto (golpe en el oído, torceduras de vértebras y asfixia); ritualismo (Ceremonias o prácticas "religiosas" donde se somete a los niños a diferentes formas de abuso); déficit de vitamina B12, debido a madres vegetarianas estrictas que alimentan sólo a pecho a sus hijos, sin ningún tipo de complemento.

Riesgo Psicosocial: afecta su desarrollo integral como resultado de la subatención a las necesidades de alimentación, vivienda, recreación, salud estudio, entre otras.

Semiabandono: Se trata de un problema nuevo, consecuencia directa de la urbanización, la economía de mercado y la extrema pobreza que obliga a ambos padres a participar en trabajos remunerados y, al no contar con recursos adecuados, se ven obligados a dejarlos solos o con hermanos mayores durante muchas horas.

Discriminación: Se refiere a formas de rechazo de un grupo por otro, por edad, por sexo, por pertenecer a otros grupos étnicos, por los pobres, etc.

Trabajo Infantil: si bien se trata de un problema antiguo, hoy se acepta que el niño no debe trabajar hasta la mayoría de edad, por lo que pasa a ser un problema nuevo a resolver, ya que diferentes estudios realizados demuestran que la mayoría de los niños se incorporan a temprana edad las estrategias de supervivencia familiar. Justamente los niños que trabajan en la calle y viven con su familiar son denominados niños "en la calle".

Niños de la calle o vivir en la calle: Es una de las manifestaciones más claras de pobreza absoluta e indigencia. Estos niños han apresurado su salida de la familia y pasaron a vivir en la calle, desarrollando mecanismos de supervivencia y realizando actividades laborales de tipo convencional en el sector informal de la economía. En la mayoría de los casos hay un adulto que utiliza al niño como medio para servicios sexuales, manejo de productos robados, tráfico de drogas o participación en bandas de delincuentes.

Tráfico de niños: Generalmente se trata de su venta para la adopción, pero también se incluye la entrega a una madrina para que sirva en un casa o aquellas situaciones en la que, engañados, son trasladados a otros lugares para trabajar o ejercer la prostitución, podríamos agregar en este caso el tráfico de órganos. Bringiotti (1999).

Negligencia y el abandono en los niños.

Los adultos, especialmente los padres, presentan de una manera permanente comportamientos que se expresan por una omisión o una insuficiencia de cuidados a los niños que tienen a cargo. Un contexto de pobreza y/o de aislamiento social rodea a menudo al sistema familiar; este contexto coincide muy frecuentemente con una historia de carencias múltiples en la biografía de los padres. Los padres negligentes corresponden a adultos que, como consecuencia de las circunstancias ya enunciadas, no se ocupan de sus hijos y presentan fallos importantes a nivel de sus funciones parentales.

La negligencia Biológica: El Fracaso del Proceso de Apego.

Existen diversas razones por las cuales no se pudo establecer el encuentro sensorial entre el adulto y el niño; por lo tanto, no se crea un sentimiento de familiaridad. Este trastorno grave se manifiesta por la ausencia de interés y/o un rechazo de los niños por parte de los padres. Este tipo de negligencia puede ser también comprendida como un trastorno o como un fracaso del

encuentro biológico entre el adulto y su bebé, producto de una deficiencia en el tratamiento recíproco de las señales químicas, físicas, sonoras o visuales, que les hubieran permitido reconocerse como pertenecientes a un mismo "grupo familiar".

Los factores dependientes del niño.

Las características del niño, como hiperactividad, los problemas de sueño o los trastornos de la alimentación, aumentan los riesgos de que puedan ser golpeados.

Los comportamientos pasivos del niño, que no hace nada para llamar la atención de su madre, son causa o consecuencia de un trastorno del apego.

La negligencia cultural.

Los padres son portadores de modelos de crianza peligrosos para los niños. Algunas de las creencias contenidas en esos modelos pueden provocar incluso la muerte del niño; otras menos peligrosas son la consecuencia de una falta de conocimientos y/o conocimientos inadecuados sobre los cuidados necesarios para asegurar un crecimiento y un desarrollo sano al niño.

Negligencia contextual: La pobreza y el Aislamiento social como medio ambiente.

Acusar los padres de familias pobres de maltratar a sus hijos por que presentan signos exteriores de estar "mal cuidados", sin considerar la situación social en la que viven, es una nueva injusticia social que agrava la situación de los niños. No se puede exigir a padres que no tienen trabajo, ni vivienda adecuada y que viven con un mínimo de dinero que cuiden, vistan, alimenten y eduquen a sus hijos como si esta situación no existiera.

Anexo 6

Modelo Cartilla Epidemiológica.

CARTILLA PARA INTERVENTORES.

Institución: _____

Rango de edad: _____ Grado Escolar: _____

Esta cartilla es para que ponga información muy concreta acerca de los niños que tiene actualmente a su cargo.

Se presentaran los criterios para la identificación de 9 tipos de maltrato que el niño puede estar sufriendo en su familia.

El objetivo es obtener un indicador de cuántos niños son víctimas de un tipo o mas de violencia intrafamiliar, y si el menor es atendido.

El cuadro 1 sirve para registrar aquellos casos en los que usted sabe con certeza que se presenta uno solo de los tipos de maltrato mencionados.

El cuadro 2 es para el registro de aquellos en los que usted conoce con certeza que ocurre más de un tipo simultáneamente.

El cuadro 3 sirve para indicar aquellos casos en los que usted tiene una fuerte sospecha de la ocurrencia de uno solo de los tipos de maltrato mencionados.

El cuadro 4 es para aquellos casos de fuertes sospecha de ocurrencia de más de un tipo de maltrato simultáneamente.

El cuadro 5 el objetivo es conocer cuáles de las características mencionadas en el listado-FACTORES DE RIESGO- aparecen presentes en las familias de los niños detectados anteriormente como sufriendo alguna forma de maltrato. En la casilla superior del cuadro 5 hay un espacio para que usted identifique a qué caso se refiere, por ejemplo:

Caso 1	Caso 2	Caso3	Caso 4.....	Caso 8
--------	--------	-------	-------------	--------

MF/F/8	ME/M/9			
--------	--------	--	--	--

Ej. Caso 1: Maltrato físico, femenino, 8años.

Ej.Caso2: Maltrato emocional, masculino, 9años.

Para cada FACTOR DE RIESGO, marque con una cruz si está presente; deje el espacio en blanco si no está presente y coloque NS si desconoce si está o no presente.

TIPOS DE MALTRATO.

1.

MALTRATO FÍSICO.

Cuando el niño se observan golpes, moretones, quemaduras, fracturas, heridas o rasgaduras, señales de mordedura humana, supuesto accidentes domésticos o no a repetición.

2.

ABANDONO FÍSICO.

El niño está permanentemente sucio y su alimentación y su vestimenta son insuficientes e inadecuada; pasa largos períodos solo, sin cuidado o supervisión de un adulto responsable; tiene accidentes debido a la falta de supervisión; se observan inasistencias repetidas e injustificadas a la escuela; tiene problemas físicos necesidades médicas no atendidas o ausencia de control médico periódico.

En los casos de ABANDONO FÍSICO se trata de consignar aquellos niños en los cuales la situación es crónica y habitual, no debiéndose a una coyuntura económica momentánea. Incluye aquellos casos en los cuales, pudiendo estar mejor atendido, ello no ocurre por problemas familiares, escasas disposición para el ejercicio del rol parental o problemas conflictivos en la relación con el menor.

3.

ABUSO SEXUAL.

Se refiere a los casos en los que el niño es utilizado por sus padres o tutores para realizar alguna forma de contacto sexual o como objeto de estimulación sexual. Incluye también a los niños en los cuales el abuso es realizado por otros parientes sin ser protegido por los adultos responsables.

4.

MALTRATO EMOCIONAL.

En este caso los padres ejercen sobre el niño una desvalorización permanente verbal crónica; humillaciones y denigraciones constantes; realizan amenazas de abandono y/o castigos; interfieren en el desarrollo de relaciones sociales con otros niños; son fríos y rechazantes, descartando iniciativas de contacto afectivo; no muestran interés por los problemas del niño en la escuela ni en otros ámbitos, tienen expectativas desmesuradas con el niño y los castigan por no alcanzarlas.

5.

MENDICIDAD.

El niño es utilizado esporádicamente o habitualmente por los padres, cuidadores o tutores para mendigar con el objetivo de contribuir a la economía familiar; o sin ser utilizado por sus padres o cuidadores, ejerce la mendicidad por iniciativa propia de forma habitual o esporádica.

6.

TRABAJO DEL MENOR.

Los padres o cuidadores asignan al niño con carácter obligatorio la realización continua de trabajos-domésticos o no-, que exceden los límites de lo habitual, que deberían ser realizados por los padres y que interfieren en las actividades y necesidades sociales y escolares del niño; se les asigna para obtener un beneficio económico para los padres o para la estructura familiar.

7.

CORRUPCIÓN.

Los padres o tutores facilitan y refuerzan pautas de conductas antisociales o desviadas como premiar al niño por robar, alentar el consumo de drogas y/o alcohol, iniciar al menor en contactos sexuales o prostitución, etc., impidiendo la normal integración del niño.

8.	PARTICIPACION DEL MENOR EN ACCIONES DELICTIVAS CON SU FAMILIA. Los padres utilizan al niño como ayuda para la realización de acciones delictivas.
9.	FALTA DE CONTROL PARENTAL SOBRE LA CONDUCTA DE SUS HIJOS. Los padres o cuidadores muestran una total incapacidad para controlar y manejar el comportamiento de su hijo, ignoran dónde está ni con quién; no establecen horarios para cumplir; no se respetan consignas, todo ello basado en una justificación de "no poder más con ese hijo, tan difícil" pero sin solicitar ayuda externa.
10.	OTROS TIPOS DE MALTRATO.
11.	Si ha observado usted alguna otra forma de maltrato, no mencionada anteriormente y que considere relevante, indique aquí cuál es: _____ _____ _____ _____

Cuadro. 1. Casos en los que se conoce u observa la presencia de un solo tipo de maltrato.

Tipos	Nº de casos	Sexo	Edad	Constante / Esporádico	¿Reciben atención?
1. Maltrato Físico.	M				
2. Abandono físico.	A				
3. Abuso sexual.	A				
4. Maltrato emocional.	M				
5. Dependencia.	M				
6. Trabajo del menor.	T				
7. Corrupción.	C				
8. Acciones delictivas.	A				
9. Falta de control	F				

Cuadro 2. Casos en los que se conoce u observa la presencia de más de un tipo de maltrato.

Especifique tipos	Nº de casos	Sexo	Edad	Constante / Esporádico	¿Reciben atención?

Cuadro 3. Casos en los que sospecha la presencia de un solo tipo de maltrato.

Tipos	Nº de casos	Sexo	Edad	Constante / Esporádico	¿Reciben atención?
1. maltrato Físico.			M		
2. abandono físico.			A		
3. abuso sexual.			A		
4. maltrato emocional.			M		
5. negligencia.			M		
6. trabajo del menor.			T		
7. corrupción.			C		
8. acciones delictivas.			A		
9. falta de control			F		

