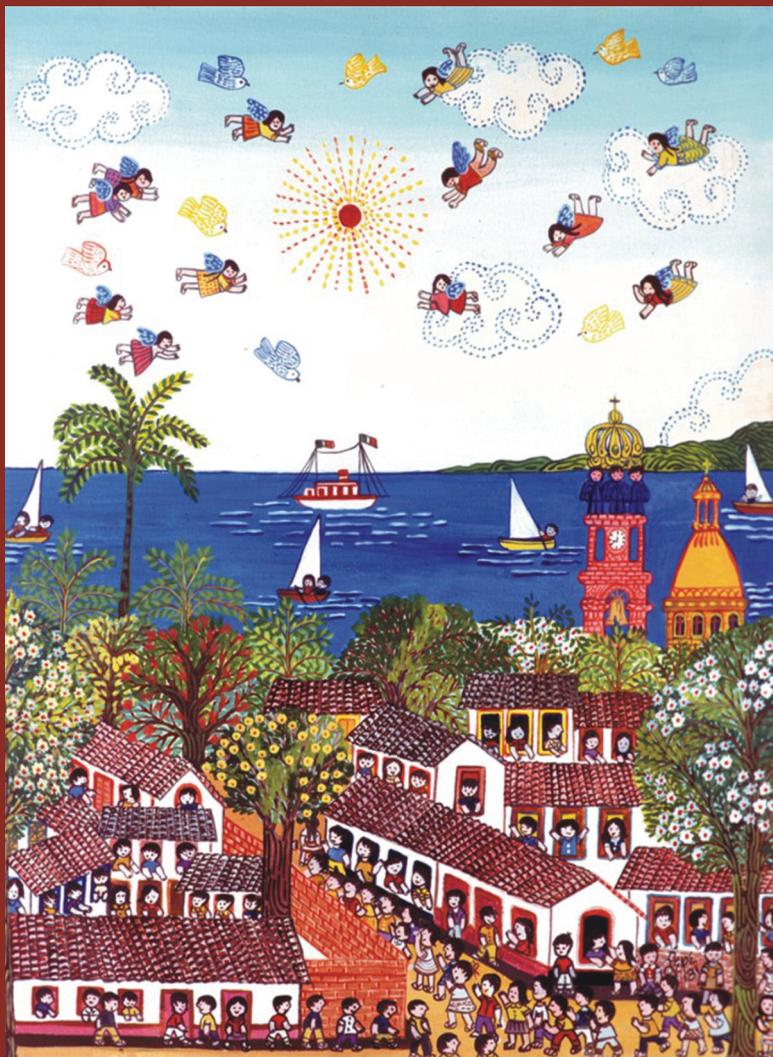


Aportes para la salud mental en Puerto Vallarta

Jesús Cabral Araiza
Luis Roberto González Gutiérrez
Lorena Gutiérrez Fabian
(coordinadores)



Universidad de Guadalajara
Universidad del Valle de Atemajac
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Aportes para la salud mental en Puerto Vallarta

Jesús Cabral Araiza
Luis Roberto González Gutiérrez
Lorena Gutiérrez Fabián
Coords.

Primera edición, 2007

D.R. © 2007, UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
Centro Universitario de la Costa
Av. Universidad de Guadalajara, 203, Delegación Ixtapa
C.P. 48280, Puerto Vallarta, Jalisco, México
<http://www.cuc.udg.mx>

D.R. © 2007, UNIVERSIDAD DEL VALLE DE ATEMAJAC
Plantel Puerto Vallarta
Av. Universidad del Valle de Atemajac, 500, Fracc. Villas Universidad
C.P. 48290, Puerto Vallarta, Jalisco, México
www.univavallarta.edu.mx <<http://www.univavallarta.edu.mx>>

D.R. © 2007, INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
(ISSSTE, Clínica Hospital Puerto Vallarta)
Av. Francisco Villa esquina Carlos Jonguitud Barrios, FOVISSSTE 100
www.issste.gob.mx <<http://www.issste.gob.mx>>

ISBN: 978-970-27-1257-2

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Contenido

<i>Prólogo</i>	5
Propuesta ejecutiva para la creación y operación de un hospital ambulatorio de atención psicológica-psiquiátrica en Puerto Vallarta	7
<i>Jesús Cabral Araiza</i>	
Buenas prácticas en la prevención de los abusos sexuales infantiles	17
<i>José Manuel Alonso Varea</i>	
Contribuciones del psicoanálisis en el tratamiento de niños con problemas de desarrollo	35
<i>María Luisa González Aguilera</i>	
Estructura familiar de las jóvenes en la calle del Instituto Pro-Infancia y Juventud Femenina A.C.	43
<i>Madeleine Contreras Davito</i>	
Evaluación de una experiencia partícipe en la prevención del abuso sexual infantil en Puerto Vallarta, Jalisco	51
<i>Esperanza Vargas Jiménez y Remberto Castro Castañeda</i>	
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, su abordaje en las escuelas primarias públicas y privadas de Puerto Vallarta	57
<i>Emilia Chanes Sánchez y Jesús Cabral Araiza</i>	
Una posibilidad de intervención clínica en pacientes oncológicos infantiles	63
<i>Blanca Susana Vega Martínez y María del Carmen Rojas Hernández</i>	
Subjetividad materna y violencia física hacia los hijos: análisis de un caso	71
<i>María del Carmen Rojas, Verónica Moreno y Silvia Larisa Méndez</i>	
La familia de la adolescente con y sin embarazo en un contexto escolar	79
<i>Carlos A. Navarrete Cueto y Claudia E. Bonilla Castillón</i>	
Hablando de sexo con jóvenes. Educación sexual y prevención del embarazo en Puerto Vallarta	91
<i>Flor M. Ramírez Leyva</i>	
Aprendizaje profesional en la licenciatura en psicología	101

Sandra Castañeda Figueiras

Conductas alimentarias de riesgo en púberes mexicanos de ambos sexos 111
Teresita de Jesús Saucedo-Molina, Amanda Peña Irecta y Zuli Calderón Ramos

Psicopatología carcelaria 117
Cuauhtémoc Morales Aguayo

Prólogo

La región de Bahía de Banderas, en donde se enclava la ciudad de Puerto Vallarta, comprende una gama de situaciones sociales y particularidades en las que también confluyen elementos que históricamente han sido trastocados tanto por aspectos vinculados a la actividad turística, como por la propia dinámica sociocultural de un pueblito típico mexicano en permanente crecimiento y evolución.

Puerto Vallarta presenta un desarrollo social que es necesario indagar y evaluar a fin de realizar diagnósticos confiables de sus diversas problemáticas que permitan una adecuada intervención en la búsqueda de soluciones. Los problemas son diversos: violencia intrafamiliar, drogadicción, alcoholismo, prostitución infantil, prostitución, embarazos no deseados en adolescentes, enfermedades de transmisión sexual (sida, particularmente), suicidios, etc. De ahí que se pueda afirmar que esta comunidad está siendo rebasada por tales problemáticas, que no son fáciles de controlar o trabajar.

El crecimiento en los índices conflictivos, el propio crecimiento demográfico, la falta de servicios y, en ocasiones, la mala planeación o falta de visión o de voluntad en la búsqueda de

soluciones, generan o aumentan los conflictos en una sociedad en transición, es decir, una sociedad que hasta hace pocos años se consideraba solamente el “pueblito típico,” y que ha llegado a ser una importante ciudad media de Jalisco, para ser más precisos, la segunda en importancia después Guadalajara.

En este sentido, la presente obra –producto de un congreso internacional de psicología y psiquiatría organizado por tres importantes instituciones– busca aportar elementos, desde la experiencia profesional y el análisis prospectivo, de las problemáticas ya señaladas, poniendo a consideración elementos destacados tanto por profesionistas de la salud mental y organizaciones relacionadas, como por las autoridades gubernamentales, en un compromiso con la sociedad que permita mejores esquemas de búsqueda de la salud mental para esta bella ciudad.

Finalmente un agradecimiento a todas las autoridades que han dado su apoyo para que esta obra sea publicada, particularmente al Dr. Javier Orozco Alvarado, rector del Centro Universitario de la Costa, quien entiende y guía adecuadamente el rol de la universidad en los compromisos sociales de nuestra comunidad.

JESÚS CABRAL ARAIZA
Agosto de 2007

Propuesta ejecutiva para la creación y operación de un hospital ambulatorio de atención psicológica-psiquiátrica en Puerto Vallarta

Jesús Cabral Araiza

1. CONTEXTO

La región de Bahía de Banderas en donde se enclava la ciudad de Puerto Vallarta, comprende una gama de situaciones sociales y particulares, donde también confluyen elementos sustentables que históricamente han sido trastocados. Presenta un desarrollo social que es necesario evaluar e indagar a fin de realizar diagnósticos confiables de sus diversas problemáticas, así como de su adecuada intervención en la búsqueda de soluciones.

En la ciudad de Puerto Vallarta, centro turístico internacional, se detectan problemáticas concretas que ameritan un análisis profundo, que merecen ser evaluadas a fin de planear una intervención que propicie un desarrollo integral y sustentable para esta sociedad y sus habitantes.

Los problemas emergen en diferentes formas: violencia intrafamiliar, drogadicción, alcoholismo, prostitución infantil, prostitución, embarazos no deseados en adolescentes, enfermedades de transmisión sexual (sida particularmente), suicidios, etc. De allí que se puede afirmar que esta sociedad en su conjunto está siendo rebasada por estas situaciones problemáticas que no son fáciles de controlar o trabajar.

Uno de los factores que influye fuertemente en el desarrollo y acrecentamiento de los problemas es la interacción con los turistas; esta situación aumenta el conflicto dentro de la sociedad, como ya ha ocurrido en Acapulco y otros sitios. De ahí la necesidad de enfrentar este reto con respeto a las tradiciones y a la modernidad. Baste considerar que actualmente Vallarta cuenta con un millón de turistas al año y que para el año 2010 se proyecta que serán cerca de tres millones.¹

Sin embargo, no solo el flujo turístico tiene que ver con el crecimiento en los índices conflictivos poblacionales, el propio crecimiento de la población, la falta de servicios y en ocasiones la mala planeación o falta de visión o de voluntades en la búsqueda de soluciones hacia dichos problemas, generan o aumentan los conflictos en una sociedad en transición, es decir una sociedad que hasta hace pocos años se consideraba solamente el «pueblito típico,» y que actualmente es una importante ciudad media del Estado de Jalisco, para ser más precisos, la segunda en importancia después de la capital, Guadalajara.

Partiendo de estos principios podemos contextualizar que en la región de Bahía de Banderas se dan diversos fenómenos sociales que tienen que ver con la forma en que se organizan las familias, sus vínculos afectivos, la demografía, la educación y la incorporación al aparato productivo turístico. Estos fenómenos sociales y su influencia en las actitudes y valores de la población determinan diferentes aspectos que serán tema de trabajo permanente en la institución hospitalaria:

a) El tipo de vínculos familiares que se van constituyendo a partir de la influencia social de la industria turística (empleadores, turistas, etc.).

b) Los aspectos conflictivos psicológico-sociales que se generan y su relación con el desarrollo sustentable regional.

c) La influencia de este desarrollo psicosocial de integración, para los planes gubernamentales sobre desarrollo y salud regional.

¹ Reunión de las Bahías más bellas del mundo, realizada en el Centro Universitario de la Costa, Puerto Vallarta, Jalisco el 16 de mayo de 2002.

2. LA GEOGRAFÍA SOCIAL

La sociedad de Puerto Vallarta es un mosaico multicolor en lo que respecta a su composición social, se integra por diversos grupos humanos como a continuación se señala:

- a) Originarios.
- b) Connacionales que han emigrado por trabajo.
- c) Grupos nacionales de estancia relativa.
- d) Turismo nacional.
- e) Turismo extranjero.
- f) Grupos marginados que se incorporan desde otras regiones.

3. EVALUACIÓN DE UNA SOCIEDAD TURÍSTICA EN TRANSICIÓN

La evaluación permanente de la realidad psicosocial que realizan las instituciones de educación superior, así como los organismos de salud pública y privada de Puerto Vallarta presenta retos particulares, dada la variedad y dinámica propias de una ciudad que vive día a día fenómenos relacionados con el turismo, así como la manera en que los habitantes se integran a esta actividad que es eje integrador de la economía de la región. No es sólo la gente que de manera originaria vive y ha vivido en esta ciudad, sino, por otra parte, la gente que se incorpora desde diferentes sectores y regiones geográficas del país o del extranjero. Será tarea evaluar la influencia de las personas que han venido de fuera y se han integrado de diversas formas a la sociedad en su conjunto. Todos estos retos por lo tanto plantean que dicha evaluación tendrá que contemplar los aspectos que se signifiquen por su importancia en el terreno local a evaluar.

4. CONTEXTO Y ANTECEDENTES DEL TRABAJO INTERINSTITUCIONAL

En 2003 se inició un trabajo de difusión académica profesional de intervención en problemas psicológico-psiquiátricos en la población de Puerto Vallarta bajo el esquema de la primera jornada en salud mental organizada por la Univa y el ISSSTE. El siguiente año, 2004, se

realizó el evento «Tópicos selectos en salud mental» en los que la Universidad de Guadalajara participó con conferencistas, procurando contribuir en el mismo sentido de la intervención y orientación a la población local en materia de problemas psicosociales. En 2005 inició la organización tripartita entre la Universidad de Guadalajara, la Univa y el ISSSTE, con miras a realizar el I Congreso Internacional de Psicología y Psiquiatría, siendo sus objetivos pro-psicosociales:

- 1] Propiciar un espacio de reflexión y orientación a los profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras) para solventar y profesionalizar su práctica cotidiana en Puerto Vallarta.
- 2] Propiciar un espacio de reflexión y orientación a la población abierta a fin de orientar profilácticamente su interacción social y familiar.
- 3] Crear las bases para la consolidación y certeza jurídica, administrativa e institucional de un centro de atención psicológica-psiquiátrica para la población en Puerto Vallarta.

De este tercer objetivo se desprende el interés de instaurar una institución pública que dé apoyo psicológico-psiquiátrico en Puerto Vallarta, que a la fecha es escaso o insuficiente.

Las tres instituciones comprometidas en dicho proyecto estamos trabajando en la organización y gestión de los diversos aspectos por cubrir, a fin de poder iniciar trabajos el presente año durante la realización del citado Congreso Internacional del 5 al 8 de octubre. Otro aspecto a destacar es que los recursos económicos producto del Congreso se canalizarán de forma íntegra al hospital. Por otra parte, se enfatiza que dicho hospital no recibirá pacientes para su internación, solo para su valoración, tratamiento ambulatorio y canalización o remisión al hogar.

Igualmente, se destaca que las instituciones universitarias participantes cuentan entre sus recursos con la experiencia y antecedentes tanto de personal profesional como de prestadores de servicio social que podrán apoyar significativamente los procesos de trabajo en los objetivos señalados. A este esfuerzo se suma el aporte desde la psiquiatría y la gestión de di-

versos recursos del ISSSTE, que con laboratorios farmacéuticos e instituciones diversas mantiene una imagen de trabajo profesional gubernamental comprometido con la salud.

En materia institucional de intervención clínica se requiere de la organización específica que contemple la atención de pacientes partiendo de cualquier enfoque psicoterapéutico, siempre y cuando sea congruente con el tipo de pacientes en los que interviene y con los principios y la técnica en cuestión.

Se buscará no recluir a los pacientes para evitar el abandono de los familiares para con él, de igual manera se requiere mantener el sostenimiento financiero para el adecuado funcionamiento institucional.

Se pretende que la condición de escasos recursos no sea impedimento de atención psicoterapéutica, sino que precisamente el trabajo sea para quienes menos pueden costear un tratamiento en dicho sentido.

Se realizará trabajo de evaluación inicial médica y canalización para exploración a profundidad, buscando contar con los convenios hospitalarios adecuados para que emitan el diagnóstico profesional respectivo.

Al interior se realizará trabajo interdisciplinario para la revisión de los casos y toma de decisiones respectivas sobre los mismos.

5. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL POR ÁREAS DE DETERIORO Y PSICOSOCIAL

Las diversas problemáticas psicosociales que se presentan en Puerto Vallarta obedecen a multiplicidad de factores, motivo del análisis y justificación respectivo; aquí sólo señalaremos algunos de ellos:

- a) Trastornos psicológico-psiquiátricos.
- b) Violencia de género.
- c) Violencia intrafamiliar.
- d) Abuso sexual infantil.
- e) Turismo sexual.
- f) Prostitución.
- g) Enfermedades de transmisión sexual.
- h) Somatizaciones.
- i) Alcoholismo.
- j) Drogadicción.
- k) Orfandad.

- l) Embarazos no deseados en adolescentes.
- m) Natalidad sin planificación familiar.
- n) Delincuencia.
- ñ) Suicidios.
- o) Niños «de» y «en» la calle.
- p) Mala o nula planeación urbana y falta de sustentabilidad.

5.1 Objetivo general

Crear y consolidar una institución con certeza jurídico, administrativa e institucional denominada Centro de Atención Psicológico-Psiquiátrica para la población en Puerto Vallarta que pueda atender las necesidades de la población abierta en Puerto Vallarta respecto a sus problemáticas psicosociales con intervención desde el ejercicio profesional psicológico, psiquiátrico y médico desde una perspectiva interdisciplinar. Sus áreas de intervención se dividirían en: a) investigación, b) intervención preventiva, c) intervención clínica psicológica y psiquiátrica y d) prevención.

5.2 Objetivos particulares

- 5.2.1. Realizar investigación profesional en las diversas problemáticas psicosociales que se presentan en la población de Puerto Vallarta a fin de conocerlas e intervenir en su solución.
- 5.2.2. Realizar trabajo de intervención de tipo clínica ambulatoria en las áreas psicológica y psiquiátrica.
- 5.2.3. Realizar trabajo interdisciplinar con los pacientes a fin de intervenir integralmente en sus problemáticas en la búsqueda de soluciones efectivas.
- 5.2.4. Realizar trabajo de orientación y prevención en la comunidad de Puerto Vallarta a fin de evitar el incremento de los índices de problemas psicosociales que se presentan.
- 5.2.5. Sumar recursos humanos, materiales y económicos desde la gestión con las propias instituciones participantes en la organización de la instancia hospitalaria.

6. COMPROMISOS ASUMIDOS POR LAS INSTITUCIONES PARTICIPANTES

6.1 De la UdeG y la Univa

- Capacitación a psicólogos y psiquiatras.
- Atención clínica psicológica por parte de prestadores de servicio social.
- Participación en trabajo clínico psicológico en atención directa a la población.
- Capacitación a la población abierta en programas preventivos.
- Apoyo logístico operativo de la institución.
- Participación en comisiones y estrategias para recabar los fondos económicos y el capital humano necesarios para el funcionamiento institucional (Congreso anual para recabar fondos).
- Evaluación, intervención y canalización de pacientes a otras instituciones.

6.2 Del ISSSTE

- Gestión ante sus autoridades para la asignación de plazas de psicólogo y psiquiatra. Insumos hospitalarios.
- Medicamentos.
- Apoyo logístico institucional.
- Participación en programas de población abierta, preventivos y de atención directa.
- Participación en comisiones y estrategias para recabar los fondos económicos y el capital humano necesarios para el funcionamiento institucional (Congreso anual para recabar fondos).

7. REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE PERSONAL PARA LA OPERACIÓN INSTITUCIONAL

Salarios de personal

- a) 1 Director
- b) 2 Psicólogos clínicos
- c) 1 Psiquiatra
- d) 1 Médico internista
- e) 2 Enfermeras
- f) 1 Trabajador social
- g) 1 Tesorero-contador
- h) 1 Abogado
- i) 2 Secretarías
- j) 1 Intendente

8. REQUERIMIENTOS MÍNIMOS EN INFRAESTRUCTURA Y MATERIAL PARA LA OPERACIÓN INSTITUCIONAL

Considerando el apoyo fundamental que se está solicitando para la operación básica y partiendo de ello crecer en servicio, se plantean los requerimientos indispensables con los que el Ayuntamiento tendría que participar.

Inmueble que posea:

- De tres a cinco consultorios.
- Área de recepción.
- Área de espera.
- Bodega.
- Baño.
- Pagos de servicios (luz, agua, teléfono, predial, etc.).
- Dos computadoras (preferentemente con conexión Internet).
- Suministros (medicamentos, papelería, material de limpieza, uniformes, reparaciones y mantenimiento del inmueble).

9. REQUERIMIENTOS DE PERSONAL, PERFIL DE PUESTOS Y FUNCIONES

9.1 Consejo directivo (sin salario)

Perfil

Representantes institucionales. Está compuesto por dos representantes del Centro Universitario de la Costa de la Universidad de Guadalajara (Cucosta), dos representantes de la Universidad del Valle de Atemajac (Univa-Puerto Vallarta), dos representantes de instituto de seguridad y servicios sociales para los trabajadores del estado (ISSSTE) y un representante del H. Ayuntamiento de Puerto Vallarta.

Funciones

- Nombrar al director por oposición y de manera anual. La decisión de quien será el director será tomada por mayoría de votos.
- Diseñar, aplicar y evaluar políticas de acción para recaudar fondos para la institución.
- Decidir respecto al funcionamiento, objetivos y estrategias generales y particulares para el bien de la institución.

Director (asalariado)

Perfil

Psicólogo clínico.

Funciones

- Realizar un plan de trabajo anualizado en coordinación con el consejo directivo para la operación institución.
- Rendir un informe anual de sus actividades y el ejercicio de gastos.
- Dirigir los aspectos organizativos y funcionales del personal de la institución para la profilaxis clínica de la misma.
- Realizar y dirigir los programas de investigación encaminados a conocer el origen, la evolución y las formas de intervención en problemas psicosociales.
- Gestionar los recursos económicos necesarios en instituciones de gobierno o particulares para el funcionamiento institucional.
- Elaborar y diseñar los materiales diversos para difundir una cultura de prevención en la población abierta.
- Suscribir convenios que favorezcan en lo económico, material o humano la infraestructura funcional de la institución.
- Reportar o sancionar el mal uso de las instalaciones o manejo profesional del personal a su cargo.
- Otorgar permisos o licencias al personal a su cargo.

9.3 CONSEJO SOCIAL (sin salario)

Perfil

Diverso, ya que será conformado por distintos representantes sociales, reconocidos por su solvencia moral y por su interés en pro de la población de Puerto Vallarta; lo conformarán:

- Cronista de la ciudad
- Representante de ONG
- Representante cultural
- Representante educativo
- Representante urbanista
- Representante eclesiástico
- Representante militar
- Representante de Ceinjure (penitenciaría)
- Representante de hoteleros
- Representante de restauranteros

Funciones

- Nombrar un presidente y un secretario del propio consejo social.
- Realizar reuniones periódicas a fin de sugerir políticas y acciones que contribuyan al mejoramiento funcional de la institución.
- Apoyar las labores de gestión para obtener recursos materiales, humanos o económicos que apoyen el trabajo hospitalario institucional.
- Realizar observaciones o sugerencias a fin de mejorar la operación de las funciones sustantivas del hospital.
- Apoyar en la organización de eventos o acciones que apoyen de diversas manera la difusión del trabajo institucional y sea un catalizador de la respuesta social de las mismas.
- Ser portavoces de sus gremios o círculos profesionales respecto a las problemáticas sociales por atender.

9.4 FUNDACIÓN (sin salario)

Perfil

Diverso, se podrá componer por aquellas personas reconocidas socialmente por su conducta social ejemplar y que puedan dedicar tiempo y entrega a la recaudación de fondos varios para el funcionamiento de la institución hospitalaria.

Funciones

- Realizar sesiones periódicas de organización a fin de diseñar estrategias para la obtención de bienes para el funcionamiento institucional hospitalario.
- Regirse en colaboración con el comité directivo a fin de realizar una mejor coordinación de la gestión e incorporación de bienes diversos.
- Realizar o apoyar la organización de eventos o acciones que apoyen de diversas manera la difusión del trabajo institucional y sea un catalizador de la respuesta social de las mismas.

9.5 Psicólogo (asalariado)

Perfil

Psicólogo clínico

Funciones

- Realizar labores de evaluación e intervención clínica psicológica en pacientes que lleguen a la institución.
- Realizar y apoyar al director en investigación profesional desde su ámbito de competencia en las problemáticas psicosociales en que incide la institución.
- Diseñar, ejecutar, coordinar y evaluar campañas de prevención de trastornos psicosociales en población abierta.
- Realizar labores de apoyo o gestión directa para la obtención de fondos o recursos varios para el buen funcionamiento institucional.
- Desempeñar sus labores con valores de profilaxis clínico-psicológica personal y de trabajo en equipo.
Apegarse a las normas éticas y legales de la profesión.

9.6 Psiquiatra (asalariado)

Perfil

Psiquiatra

Funciones

- Realizar labores de evaluación e intervención clínica psiquiátrica en pacientes que lleguen a la institución.
- Realizar y apoyar al director en investigación profesional desde su ámbito de competencia en las problemáticas psicosociales en que incide la institución.
- Diseñar, ejecutar, coordinar y evaluar campañas de prevención en trastornos psicosociales en población abierta.
- Elaborar y diseñar los materiales diversos para difundir una cultura de prevención en la población abierta.
- Realizar labores de apoyo o gestión directa para la obtención de fondos o recursos varios para el buen funcionamiento institucional.
- Desempeñar sus labores con valores de

profilaxis clínico-psicológica personal y de trabajo en equipo.

- Apegarse a las normas éticas y legales de la profesión.

9.7 Médico internista (asalariado)

Perfil

Médico internista

Funciones

- Realizar labores de evaluación e intervención clínica médica en pacientes.
- Realizar y/o apoyar al director en investigación profesional desde su ámbito de competencia en las problemáticas psicosociales en que incide la institución.
- Diseñar, ejecutar, coordinar y evaluar campañas de prevención en trastornos médicos en población abierta.
- Realizar labores de apoyo o gestión directa para la obtención de fondos o recursos varios para el buen funcionamiento institucional.
- Desempeñar sus labores con valores de profilaxis clínico-psicológica personal y de trabajo en equipo.
- Apegarse a las normas éticas y legales de la profesión

9.8 Enfermero(a) (asalariados)

Perfil

Enfermero hombre y enfermera mujer.

Funciones

- Realizar labores de apoyo a la evaluación médica y de enfermería.
- Apoyar campañas de prevención de la institución en población abierta.
- Realizar labores de apoyo o gestión directa para la obtención de fondos o recursos varios para el buen funcionamiento institucional.
- Desempeñar sus labores con valores de profilaxis clínico-psicológica personal y de trabajo en equipo.
- Apegarse a las normas éticas y legales de la profesión

9.9 Trabajador social (asalariado)

Perfil

Trabajador social

Funciones

- Realizar estudios socioeconómicos en la población de pacientes que se atiendan en la institución, con la finalidad de establecer cuotas de recuperación económica acordes a las posibilidades de dichos pacientes.
- Realizar y/o apoyar al director en investigación profesional desde su ámbito de competencia en las problemáticas psicosociales en que incide la institución.
- Apoyar campañas de prevención de la institución en población abierta.
- Realizar labores de apoyo o gestión directa para la obtención de fondos o recursos varios para el buen funcionamiento institucional.
- Desempeñar sus labores con valores de profilaxis clínico-psicológica personal y de trabajo en equipo.
- Apegarse a las normas éticas y legales de la profesión.

9.10 Tesorero-Contaduría (asalariado)

Perfil

Contador

Funciones

- Llevar la administración financiera de la institución.
- Realizar los informes o reportes al interior y/o al exterior de la institución sobre el estado financiero de ingresos y egresos.
- Sugerir programas para la recaudación de fondos para la institución.
- Supervisar en coordinación con el director el buen ejercicio del gasto institucional.
- Realizar trabajo de coordinación y recepción de los recursos varios que se ingresen a la institución, tanto por particulares, institucionales y obtenidos por la Fundación.
- Apegarse a las normas éticas y legales de la profesión.

9.11 Abogado (asalariado)

Perfil

Abogado

Funciones

- Apoyar o asesorar al personal que labora en la institución a fin de canalizar y solventar conflictos relacionados con el trabajo institucional.
- Velar y defender los derechos institucionales a fin de lograr los objetivos fundamentales para los que fue creada.
- Orientar a la población de pacientes cuando a sugerencia de alguno de los responsables de la salud lo considere pertinente.
- Realizar o colaborar en la realización de materiales de orientación jurídico-legal para orientación de la población abierta en los problemas psicosociales que se presentan.
- Desempeñar sus labores con auténtica actitud de servicio y de trabajo en equipo. Apegarse a las normas éticas y legales de la profesión.

9.12 Secretaria

Perfil

Secretaria (una para dirección y otra para los demás profesionistas)

Funciones

- Apoyo logístico permanente en funciones institucionales.
- Orientación presencial o vía telefónica a la población solicitante de servicios.
- Actividades secretariales competentes (manejo de computadora, programas de office).

9.13 Intendente (asalariado)

Perfil

Educación secundaria o preparatoria.

Funciones

- Mantener limpio el lugar.
- Dar mantenimiento funcional al inmueble.
- Cooperar en labores de logística funcional para la institución.

- Contar con actitud y aptitud de servicio en sus labores.

10. PARTIDA PRESUPUESTAL ESTIMADA

Los presupuestos están considerados con base en tabuladores aproximados y en la consideración de que no se pagará renta de inmueble. De igual manera, se considera que inicialmente se tendrá que adquirir cosas nuevas para el funcionamiento básico, tales como: test psicológicos, muebles de oficina, materiales y equipo médico y muebles de hospital.

Durante el primer año: \$1,700,000.00

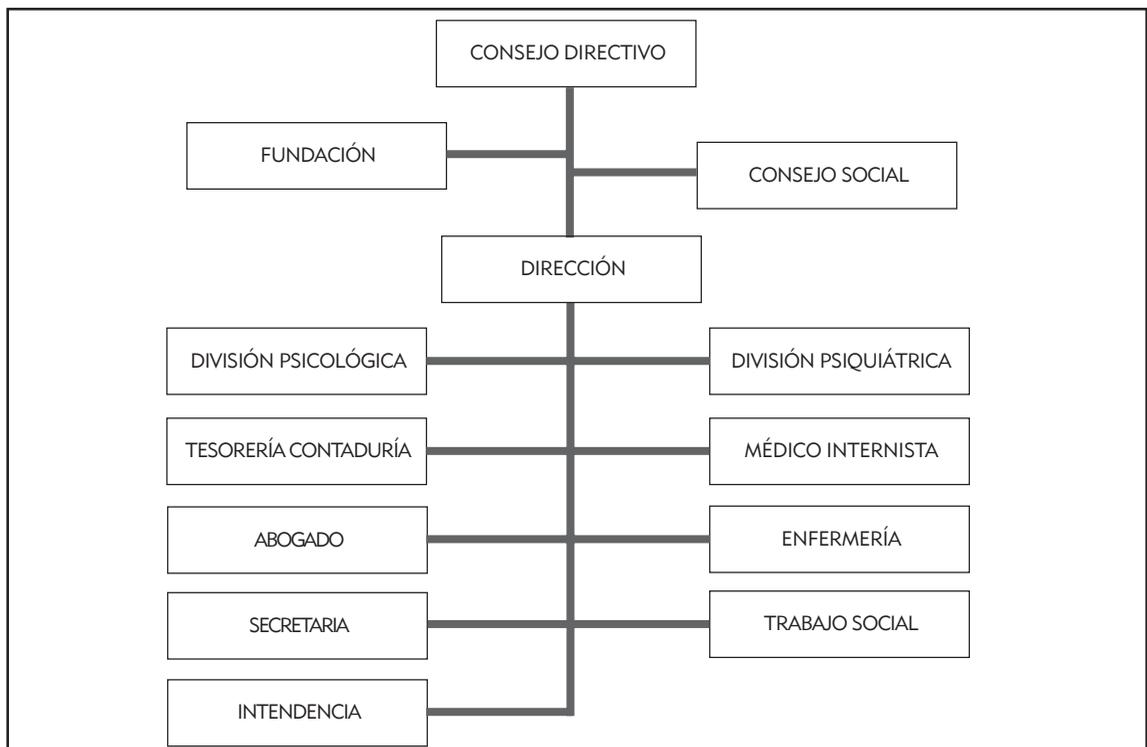
Durante el segundo año \$ 1,400,000.00

11. PRINCIPALES BENEFICIOS

- Prevención y atención en problemas de salud psicológico-psiquiátrica.
- Atención expedita en problemas de salud integral.

- Intervención interdisciplinaria en salud (psicólogo, psiquiatra, médico y trabajador social).
- Evaluación e intervención directa en población abierta en programas de prevención.
- Apoyo directo en la regulación de servicios psicológico-psiquiátricos a otras instituciones de salud.
- Orientación e intervención profesional en población abierta a bajo costo. Ahorro en costo de atención en programas de salud pública, por persona con la intervención en trastornos psicossomáticos (7 de cada 10 enfermedades comunes). Investigación científica para conocer la realidad de los conflictos y trastornos psicossociales.
- Apertura al trabajo interinstitucional en la suma de esfuerzos en materia de salud pública y privada.
- Obtención directa de apoyos internacionales y nacionales (universidades, laboratorios, organismos, ONG) para incrementar la calidad del servicio.

ORGANIGRAMA



PARTIDA PRESUPUESTAL ESTIMADA PARA EL PRIMER AÑO (SALARIOS)

No.	Cargo	Salario mensual	Anual	Cantidad	Total
1	Director	12,000.00	144,000.00	1	144,000.00
2	Psicólogo	8,000.00	96,000.00	2	192,000.00
3	Psiquiatra	8,000.00	96,000.00	1	96,000.00
4	Médico Internista	9,000.00	108,000.00	1	108,000.00
5	Enfermera	7,000.00	84,000.00	2	168,000.00
6	Trabajador social	7,000.00	84,000.00	1	84,000.00
7	Contador-administrador	8,000.00	96,000.00	1	96,000.00
8	Abogado	8,000.00	96,000.00	1	96,000.00
9	Secretaría	6,000.00	72,000.00	2	144,000.00
10	Intendente	4,000.00	48,000.00	1	48,000.00
Total					1,176'000.00

Los salarios fueron calculados con base en salarios aproximados en diversas experiencias institucionales y en la consideración de las diversas y nuevas funciones de algunos de los cargos. No están contempladas prestaciones (*V. gr.* aguinaldo).

Estos cargos darán la certeza solicitada, pero se incorporarían mas profesionistas de manera voluntaria en programas definidos (por ejemplo, en el programa «Ayuda a un paciente» (APA), psicólogos, medico o psiquiatras externos que trabajarían de manera gratuita con un paciente hasta darlo de alta).

Existe una alta posibilidad de que dentro de las gestiones de profesionistas el abogado trabaje como parte del apoyo institucional del CUC, se contempla su salario en caso de que esto no prospere

- Agilidad institucional en la obtención de recursos materiales, económicos o humanos para el incremento en la calidad del servicio.
- Confianza social en el trabajo profesional en materia de salud mental profesional por parte de una institución pública.
- Aporta y aborda respecto a la Agenda Local 21 en: Sección I: punto 2, cooperación internacional para acelerar el desarrollo sostenible de los países en desarrollo y políticas internas conexas; punto 5, dinámica demográfica y sustentabilidad; punto 6, protección y fomento de la salud Humana; punto 7, fomento del desarrollo sostenible de los recursos humanos. Sección III: punto 24, mujer y desarrollo sostenible; punto 25, la infancia y la juventud en el desarrollo sostenible; punto 31, comunidad científica y tecnológica. Sección IV: punto 35, ciencia para el desarrollo sostenible; punto 36, educación, la capacitación y la toma de conciencia.

RESPONSABLES DEL PROYECTO

Universidad de Guadalajara
Centro Universitario de la Costa

Dr. Javier Orozco Alvarado
Rector

jorozco@pv.udg.mx

Mtro. Jesús Cabral Araiza

Coordinador de la carrera de psicología

jcabral@pv.udg.mx

ISSSTE

Lic. Miguel A. Sánchez Obregón

Delegado estatal

Dra. Lorena Gutiérrez Fabián

Directora

gutierrez1959@hotmail.com

directorgf@salud.gob.mx

Universidad del Valle de Atemajac

M.A. Luis Roberto González Gutiérrez

Director

luis.gonzalez@univa.mx

PRESUPUESTO ESTIMADO

Los presupuestos están considerados con base en tabuladores aproximados y en la consideración de que no se pagara renta de inmueble. De igual manera se considera que de forma inicial se tendrán que comprar artículos nuevas para el funcionamiento básico, tales como: test psicológicos, muebles e insumos para oficina, materiales y equipo médico, medicamentos y muebles de hospital, entre otros.

PARTIDA PRESUPUESTAL ESTIMADA PARA EL PRIMER AÑO (BIENES MATERIALES)

No.	Material	Costo aproximado	Multiplicado por 12 meses	Núm de veces	Total
1	Luz, agua, predial.	\$6,000.00	si	1	\$72,000.00
2	Pruebas psicométricas y material de apoyo	\$90,000.00	no	varios	\$90,000.00
3	Teléfono	\$2,500.00	si	1	\$30,000.00
4	Papelería y suministros de oficina	\$20,000.00	no	Varios	\$20,000.00
5	Muebles de oficina	\$20,000.00		varios	20,000.00
6	Fotocopiadora	\$30,000.00	no	1	\$30,000.00
6	Computadora e impresora	\$8,000.00	no	4	\$32,000.00
7	Conexión a Internet	\$400.00	si	2	\$9,500.00
8	Muebles para consultorio	\$20,000.00	no	1	\$20,000.00
9	Equipo de exploración médica básico	\$30,000.00	no	1	\$26,000.00
10	Material de difusión (trípticos, carteles)	\$70,000.00	no	varios	\$70,000.00
11	Manuales de orientación (20 páginas aprox.)	\$80,000.00	no	varios	\$80,000.00
12	Materiales de reparación del inmueble	\$15,000.00	no	1	\$15,000.00
13	Uniformes	\$5,000.00	no	1	\$5,000.00
14	Grabadoras para entrevistas de investigación	\$1500.00	no	3	\$4,500.00
	Total				\$524,000.00

Total de salarios	\$ 1,176'000.00
Total de materiales y suministros	\$ 524,000.00
Total primer año	\$ 1,700'000.00

Vale recordar que se realizará trabajo de investigación, el cual requiere de recursos materiales tales como papelería, grabadoras, viáticos de gasolina o transporte.

Los costos de la reproducción de materiales podrán abarataarse en la medida que las dos universidades elaboren los originales de los mismos.

Una manera directa y efectiva de incidir en la gente será con los materiales impresos y ellos consumen un costo considerable, si el Ayuntamiento facilita la reproducción en *offset*, el costo será menor.

De igual manera, recordemos que se requiere de material bibliográfico para las diferentes profesiones y que no se ha incluido, independientemente de que las instituciones responsables aporten copias como apoyo. De igual manera en este rubro se harán gestiones con casas editoriales para buscar donativos en especie (libros y test).

PARTIDA PRESUPUESTAL ESTIMADA PARA EL SEGUNDO AÑO

1	Pruebas psicométricas y material de apoyo	\$ 90,000.00	no	varios	\$90,000.00
2	Bibliografía	\$30,000.00	no	1	\$30,000.00
3	Muebles de oficina	\$20,000.00		varios	20,000.00
4	Fotocopiadora	\$30,000.00	no	1	\$30,000.00
5	Computadora e impresora	\$8,000.00	no	4	\$32,000.00
6	Muebles para consultorio	\$20,000.00	no	1	\$20,000.00
7	Equipo de exploración médica básico	\$30,000.00	no	1	\$26,000.00
8	Grabadoras para entrevistas de investigación	\$1500.00	no	3	\$4,500.00
9	Suministros de oficina ya adquiridos				10,000.00
10	Material impreso de información inicial*				\$20,000.00
	Total				\$282,500.00

* Trípticos de identificación institucional o manuales que se harán en mayor número durante el primer año).

Algunos materiales bajan su costo de consumo porque se compran una sola vez y en ocasiones solo se reparan o en su defecto se les da mantenimiento. Considérese, de igual manera, que no se cuenta con precisión con el dato de gastos de teléfono, luz, agua y predial y que aquí hay un juego importante de variación de costos, que puede representar la cantidad que falta (\$17,500.00) para restar los \$300,000.00 totales.

Buenas prácticas en la prevención de los abusos sexuales infantiles

José Manuel Alonso Varea¹

INTRODUCCIÓN

En nuestra cultura muchos adultos todavía excluyen a la infancia como si fueran «los aún-no» frente a «los ya-sí» adultos, «responsables, capaces, competentes, fiables, con suficientes conocimientos», etc. Siguen existiendo muchas representaciones sociales entre los adultos, profesionales o no, que se resisten a reconocer las capacidades, competencias y derechos de la infancia, que continúan sin admitir que hasta ahora eran las diferentes disciplinas las que no eran competentes para entender suficientemente a la infancia. Esto genera actitudes del tipo «la infancia no es un tema prioritario», «es una cuestión privada de cada familia», etc. La sensación que se tiene es que hay poca responsabilidad colectiva y se valora a la infancia por lo que llegará a ser y no por lo que es (Casas, 1998).

La idea de infancia es una construcción social, lo que hace que cada sociedad tenga su concepto de infancia y sus maneras de tratarla y de maltratarla. Lo que se entiende en cada época por violencia familiar, en general, y por malos tratos a la infancia, en particular, es una síntesis entre la ciencia y la cultura. Para valorar si hay o no malos tratos se ha de conocer cómo están atendidas las necesidades de los niños y sus derechos, así como la presencia de factores de riesgo y de protección. Atender las necesidades supone intervenir desde diversos contextos procurando que sean atendidas preferentemente desde la propia familia de los niños. En el abordaje de los malos tratos infanti-

les, a pesar de que se ha avanzado mucho, todavía es una cuestión clave el si somos capaces de plantearnos la hipótesis del posible maltrato y si podemos creer o no las manifestaciones de los niños cuando éstos tienen o verbalizan indicadores de malos tratos.

Aunque es cierto que existe un amplio consenso sobre la importancia de encontrar soluciones para la infancia que no tiene atendidas suficientemente sus necesidades, a la vez hay una baja intensidad en el consenso para traducir éste en acciones. La prevención se convierte en una estrategia ineludible después de revisar experiencias e investigaciones, ya que se han comprobado los beneficios de que los niños(as) aprendan a tomar decisiones sobre cuestiones que afectan a su seguridad personal. Este trabajo preventivo resulta más efectivo si se apoya no solo en profesionales, sino en sus padres y madres y en el resto de agentes sociales.

Los lentos avances que se están viviendo en determinados países, respecto al reconocimiento social de la infancia, su mayor visibilidad social y la mayor preocupación por su bienestar (se comienzan a formular tímidamente políticas y planes de acción tanto para atender las situaciones de malos tratos como para prevenirlas), están ocurriendo paradójicamente en un siglo en el que en esos mismos países puede estar desapareciendo el concepto de infancia tradicional debido a las grandes transformaciones sociales, tecnológicas, económicas y culturales.

Ante este panorama cambiante, las instituciones y los adultos hemos de afrontar, entre otros, dos grandes retos:

- Educar a los niños y adolescentes en sus derechos. Esto es necesario para que entiendan y cumplan sus deberes. Utilizar estilos educativos respetuosos con las nece-

¹ Licenciado en psicología (Universidad de Barcelona), master en administración pública (ESADE), consultor, investigador y docente en bienestar, salud y organizaciones. [josem@alonsovarea.com] [www.alonsovarea.com]

TABLA 1. NECESIDADES DE LA INFANCIA

Físico-biológicas^a	
Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuada alimentación de la madre. • Suficiente, variada, secuenciada en el tiempo, adaptada a la edad.
Temperatura	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones del hogar, ropa y colegio adecuados.
Higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Del cuerpo, hogar, ropa y entorno. • En la alimentación.
Sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente espacial protegido y silencioso. • Suficiente según la edad. • Durante la noche. • Con siestas, si es pequeño.
Actividad física: ejercicio y juego	<ul style="list-style-type: none"> • Libertad de movimiento. Paseos, excursiones, etc. • Espacio con objetos, juegos y otros niños. • Contacto con elementos naturales: agua, animales, plantas, etc.
Protección de riesgos reales.	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento y control sobre las relaciones de los niños. • Procurar que el hogar sea un espacio seguro. Controlar detergentes, ventanas, enchufes, etc.
Integridad física	<ul style="list-style-type: none"> • Procurar la seguridad en el colegio. • Trabajar para que la ciudad sea un espacio seguro para los niños.
Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Revisiones adecuadas para la edad y estado de salud. • Vacunas.
Cognitivas^b	
Estimulación sensorial	<ul style="list-style-type: none"> • Un entorno que estimule los sentidos. • Interacción lúdica en la familia. • Estimulación planificada en el colegio. • Estimulación lingüística en el entorno familiar y en la escuela.
Exploración física y social	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto con un entorno físico y social rico en objetos: juguetes, elementos naturales, personas, etc. • Proporcionar a los niños bases de seguridad. • Compartir la exploración con ellos (adultos e iguales).
Comprensión de la realidad física y social	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar y responder de forma contingente.
Adquisición de un sistema de valores y normas	<ul style="list-style-type: none"> • Decir la verdad. • Hacerlos participar en el conocimiento de la vida, el placer, el dolor, la muerte. • Transmitir los valores y las normas. • Tolerancia con las discrepancias y las diferencias: sexo, razas, discapacidades, etc.
Emocionales y sociales^c	
<i>Sociales.</i> Seguridad emocional, identidad emocional y autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Apego incondicional: aceptación, disponibilidad, accesibilidad, respuesta adecuada a las demandas. • Contacto íntimo: visual, verbal, etc. • Capacidad de control. • Capacidad de protección. • Resolver los conflictos con moral inductiva: explicaciones, exigencias conforme a la edad, posibilidad de revisión si el niño protesta la decisión.
Red de relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el contacto y las interacciones: iguales, familia y escuela. • Continuidad en las relaciones. • Actividades conjuntas de familias con hijos que son amigos. • Incorporación a grupos o asociaciones infantiles.
Participación y autonomía progresivas, a la vez que necesidad de establecer límites al comportamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en decisiones y gestión de todo aquello que le afecta y puede hacer por sí mismo y los demás de la familia, el colegio y la sociedad.
<i>Sexuales.</i> Curiosidad, imitación y contacto.	<ul style="list-style-type: none"> • Responder a las preguntas. • Permitir juegos y autoestimulación sexual. • Proteger de los abusos.
<i>Con el entorno físico y social.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar, comprender y responder a sus temores: al abandono, la enfermedad, la muerte, etc.
Protección de riesgos imaginarios	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de expresar el miedo. • Evitar verbalizaciones y conductas que fomenten los miedos: violencia verbal, física, etc.
Interacción lúdica	<ul style="list-style-type: none"> • Con la madre, el padre y otros familiares. • Juegos con iguales.

^a Los tipos de malos tratos relacionados con la deficiente cobertura de estas necesidades son: maltrato físico y abandono físico o negligencia.

^b La no atención a estas necesidades se relaciona especialmente con: abandono físico o negligencia, retraso del desarrollo no orgánico.

^c La no-atención a estas necesidades se relaciona especialmente con: maltrato emocional, abandono emocional, abandono, abuso sexual, explotación laboral, corrupción, incapacidad (López, F. y otros, 1995).

sidades de la infancia y formas de corrección razonadas y basadas en el lenguaje y no en la fuerza física ni en el chantaje emocional.

- Proporcionar una infancia a los niños. Para lo cual quizá hagan falta padres y madres rebeldes y que vayan a contracorriente; es decir, que ayuden a los niños a no satisfacer inmediatamente sus deseos, que les hagan comprender la necesidad de respetar normas y controles, que les faciliten el acceso a su familia extensa, que controlen y eduquen en el uso de los medios de comunicación, que les den cultura, etcétera.

NECESIDADES DE LA INFANCIA

El enfoque más frecuente ante situaciones de riesgo de desamparo de los niños y niñas es centrarse en el estudio de las carencias de la familia o en las formas de malos tratos que padece el niño. Este enfoque es útil pero dificulta centrar la intervención en el apoyo a la familia y en la prevención. Cada vez se da más importancia al disponer de un discurso positivo que reconozca las necesidades de la infancia para poder identificar riesgos y formas de prevenirlos. Por lo tanto, podemos formular hipótesis sobre la existencia de un continuo entre necesidades, situaciones y factores (de riesgo y de protección) y malos tratos. Estas serían actuaciones que amenazan o impiden satisfacer dichas necesidades. Este «enfoque necesidades» nos ayuda a:

- Dirigir la atención sobre las respuestas que la sociedad y todos los adultos (padres, escuela, servicios de apoyo social) han de dar tanto para prevenir satisfaciendo las necesidades básicas de los niños como para atender una situación de maltrato o desatención.
- Facilitar la toma de decisiones ya que proporciona una visión más global de la situación del niño y de las necesidades que han de satisfacerse en cualquier contexto en el que se desarrolle.

LA VIOLENCIA FAMILIAR

La violencia familiar todavía es considerada por muchos adultos como una forma aceptada de ejercer el control y el poder sobre la conducta de sus familiares. La violencia familiar está formada por un conjunto de fenómenos (entre la pareja, entre los hermanos, de los padres contra los abuelos, etc.), uno de los cuales es la violencia hacia los niños. La relación entre la violencia en la pareja y los malos tratos infantiles es estrecha. La violencia familiar, en general, y los malos tratos infantiles, en particular, son algunos de los problemas más graves que afectan negativamente al desarrollo y socialización de los niños.

La violencia familiar puede, en muchas ocasiones, favorecer la aparición sucesiva y a veces simultánea de diferentes tipos de violencia. Podemos hablar de una reproducción de los fenómenos de violencia familiar entre los diferentes miembros de la familia, pero no de una forma determinista, pues cada vez vamos conociendo mejor el por qué algunas personas maltratadas en su infancia no lo reproducen cuando alcanzan la edad adulta. La toma de conciencia sobre lo que les ocurrió durante la infancia, y la ayuda por alguna persona cercana, sea profesional o no, son algunos de los elementos que pueden ayudar a romper este círculo.

Hay muchas similitudes entre estas diversas manifestaciones de violencia familiar, algunas de ellas son:

- Las formas que puede tomar esta violencia: negligencia, maltrato físico, maltrato emocional, maltrato sexual, o negar los medios de subsistencia.
- Las características de los maltratadores: percepción distorsionada de la víctima, baja autoestima, aislamiento social, falta de empatía, pobre autocontrol, dificultades en la relación de pareja, historia de abuso o abandono durante la infancia, etc.
- Las características de las víctimas: dependencia del abusador, aislamiento emocional y social, etc. Las víctimas tienen más riesgo de sufrir malos tratos por parte de otras personas dentro o fuera de la familia.
- Los mitos o creencias erróneas que las mantienen y refuerzan

MALTRATO INFANTIL, ¿CONCEPTO O REALIDAD?

El maltrato se ha definido como: «cuando el niño es objeto de violencia, física, psíquica o sexual, y también si sufre falta de atención, por parte de las personas o instituciones de las cuales depende para su desarrollo (Generalitat de Catalunya, 1996).

Los malos tratos infantiles tienen una incidencia y prevalencia elevadas en nuestra sociedad, lo que ha hecho que se comience a crear un consenso sobre la necesidad de realizar programas de detección, tratamiento y prevención. Hay algunas consideraciones específicas que nos pueden ayudar a entender por qué las situaciones de malos tratos producen dificultades en la definición y en la detección a las personas más cercanas, sean profesionales o no:

- No hay un estándar universal de crianza y de lo que es el buen trato
- Lo que se entiende por malos tratos a la infancia en cada época es una síntesis o negociación entre la ciencia y la cultura. De hecho, la definición y las diferentes formas que se conceptualicen como malos tratos se va ampliando conforme mejora el conocimiento científico sobre los efectos de los tipos de crianza y en consecuencia la sociedad se dota de normas que pongan límites a las conductas de riesgo de los cuidadores.
- Al valorar las posibles situaciones de riesgo y de malos tratos se ha de evitar tanto el etnocentrismo («nuestros valores y formas de cuidado son superiores a las de otros grupos y culturas») como el relativismo cultural extremo («no tenemos derecho a valorar el trato que dan a los niños otros grupos y culturas»).
- Son difíciles de pensar, de ver y de definir. La sociedad es más propensa a no ver aquellas situaciones generadoras de malestar emocional o que exigen un determinado grado de implicación política y social.
- No se detecta lo que no se piensa y lo que no se puede pensar no existe. Los malos tratos son invisibles... si el observador no tiene ese concepto incorporado. Sólo existen si se piensa la hipótesis de maltrato, si se la nombra y se la consensúa entre los profesionales que atienden la situación.

Tipologías de malos tratos infantiles
Los malos tratos pueden ser situaciones muy diferentes entre sí y suelen darse varios tipos de maltrato a la vez en diferentes combinaciones. A continuación los describiremos brevemente.

- **Negligencia.** Puede realizarse de forma consciente o por ignorancia o incapacidad parental. Son aquellas situaciones en las cuales las necesidades básicas del niño (físicas, sociales y psicológicas) no son atendidas, temporal o permanentemente, por ninguno de los miembros del grupo con el que convive (Generalitat de Catalunya, 1996). El abandono sería el grado extremo de la negligencia.
- Se considera maltrato prenatal a las condiciones de vida de la madre (alimentación deficitaria, exceso de trabajo corporal, enfermedades infecciosas, hábitos tóxicos, seguimiento inadecuado de una enfermedad crónica, etc.) que, pudiéndolas evitar, se mantienen y tienen consecuencias negativas en el feto (Martínez Roig y De Paul, 1993).
- **Malos tratos físicos.** Hacen referencia a cualquier acción intencional (no accidental) por parte de los padres o personas que tienen responsabilidad en el cuidado del niño que le provoque daño físico, enfermedades o intoxicaciones. Dentro de ésta tipología se considera el síndrome Münchhausen por poderes, ya que se trata de un cuadro que atenta contra la salud de los niños, sobre todo desde la vertiente física. Consiste en la descripción de hechos falsos o en la provocación de síntomas de enfermedades por parte de los padres o tutores de un niño para generar un proceso de diagnóstico y atención médica continuados (Martínez Roig y De Paul, 1993).
- **Maltrato psicológico o emocional.** Es aquella situación crónica en la cual los adultos responsables del niño, mediante determinadas actuaciones, le provocan sentimientos negativos hacia la propia autoestima y limitan las iniciativas que tiene (Garbarino y otros, 1986). Podemos encontrar el maltrato emocional en mayor o menor medida como un componente en todos los malos tratos, pero además, en sus formas más

graves, podemos considerarlo como un tipo específico.

- Abandono psicológico o emocional. Se trata de la falta persistente de respuesta (de afecto, estimulación, apoyo y protección necesarios) a las señales (llantos, sonrisa) y conductas iniciadas por el niño que proporcionan proximidad e interacción, así como a la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de una figura adulta. Es un estado de falta de disponibilidad por parte del adulto (Garbarino y otros, 1986).
- Abusos sexuales infantiles. El National Center of Child Abuse and Neglect los definen como «...contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuando ésta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro». Dentro de esta concepción, destacamos las siguientes categorías:
 - Abuso sexual. Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir: penetración vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas.
 - Agresión sexual. Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento.
 - Exhibicionismo. Es una categoría de abuso sexual sin contacto físico.
 - Explotación sexual infantil. Una categoría de abuso sexual infantil en la que existe un abuso sexual y una explotación económica del menor. Por un lado el cliente tiene relaciones sexuales con el menor, por otro el explotador, que puede o no ser la misma persona que el cliente, obtiene un beneficio económico de dichas relaciones sexuales. Este fenómeno engloba la prostitución y la pornografía infantil, así como el tráfico sexual infantil y el turismo sexual infantil como modos de lograr el acceso a las víctimas de explotación sexual infantil. Se sue-

le equiparar la explotación sexual con el comercio sexual infantil.

- Explotación laboral. Situación en la que los pares o tutores asignan al niño, con carácter obligatorio, la realización continuada de trabajos domésticos o fuera del hogar que: a) exceden los límites de lo que se considera habitual en el contexto sociocultural en el que se desarrolla el niño; b) interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño; c) habrían de ser realizadas por los adultos, y d) son asignadas al niño con el objeto fundamental de obtener un beneficio económico o similar por los pares o la estructura familiar.
- Maltrato institucional. Cualquier legislación, procedimiento, actuación o bien omisión procedente de los poderes públicos o derivada de la actuación individual del profesional que pueda convertirse en un abuso, negligencia, disminución de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la maduración adecuada o que viole los derechos básicos del niño o de la infancia.

Datos sobre la desprotección infantil en España

En realidad, lo único que conocemos son los casos sobre los que se interviene (punta del iceberg), a pesar de que hay un número elevado de casos que pasan desapercibidos delante de los profesionales (falsos negativos). En España, la negligencia es la forma más frecuente de malos tratos, le siguen el maltrato emocional y el maltrato físico, en cuarto lugar encontramos los abusos sexuales infantiles, que es donde se está produciendo el mayor incremento en la detección. En un porcentaje muy amplio se produce un cierto solapamiento entre todas las tipologías de maltrato. Casi todos los tipos de maltrato aparecen combinados con otro u otros, excepto en el caso de la negligencia.

En un estudio retrospectivo para toda España (López y otros, 1995), en el que se preguntaba a adultos sobre si sufrieron diferentes modalidades de abusos sexuales antes de cumplir 17 años, el 23% de las mujeres y el 15% de

los hombres habían sufrido abusos sexuales con diferente intensidad. La mayoría de los abusos sexuales son perpetrados por personas cercanas y conocidas por el niño, muy a menudo de su propia familia, o amigos de los padres, vecinos, etcétera.

TABLA 2. MALOS TRATOS INFANTILES. INCIDENCIA EN ESPAÑA

Tipos de malos tratos infantiles	España*		Cataluña**	
	1995 ^a	1998 ^b	1990 ^c	1998 ^d
Negligencia	79.1%	86.4%	78.5%	72.7%
Maltrato emocional	42.5%	35.4%	43.6%	38.8%
Maltrato físico	30.1%	19.9%	27%	15.5%
Explotación laboral	4.2%		9.3%	2.5%
Mendicidad	9.3%		- -	
Corrupción	4.2%		0.7%	1.2%
Abuso sexual	4.2%	3.6%	2.1%	9.2%
Maltrato prenatal	5.0%		3.1%	4.1%
Tasa de prevalencia	0.44‰	0.71‰	5.1‰	18‰
Número de casos	8,575	10,777	7,590	5,154

* Casos que han llegado al sistema de protección.

** Casos detectados desde diferentes ámbitos.

^a Jiménez, J., Oliva, A., Saldaña, D. (1996).

^b Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (2002).

^c Inglés, A y otros (1991).

^d Inglés, A y otros (2000).

En la tabla 2 se expone un resumen de los resultados de algunos de estos estudios.

- Estudios sobre expedientes de protección en España (columna de la izquierda en la tabla). Podemos observar que los porcentajes de casos de abuso sexual infantil son similares en los dos estudios realizados a nivel estatal aunque el número total de casos ha ido aumentando. La tasa de expedientes de protección era para 1998 de 7.1 casos cada 10,000 menores. El hecho de que el porcentaje de expedientes no se haya incrementado con el paso del tiempo puede explicarse apoyados en los estudios de Cataluña, que comentamos a continuación, en que el nivel de detección es desigual entre diferentes comunidades autónomas. El Observatorio de la Infancia (organismo consultivo para todos los temas de infancia impulsado a nivel nacional por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, con presencia de las diferentes comunidades autónomas)

mas) ha desarrollado una hoja de registro de casos única que favorezca un sistema unificado de detección, notificación y registro de casos que facilite la cuantificación y permita conocer la dimensión real del problema.

- Estudios sobre casos de diferentes tipos de malos tratos detectados desde diferentes ámbitos: servicios sociales, educación, salud, etc. aunque no todos hayan llegado al sistema de protección (columna de la derecha en la tabla). En Cataluña, única comunidad autónoma que ha realizado dos estudios comparables de estas características, los abusos sexuales infantiles han sido la única forma de maltrato que ha aumentado significativamente, concretamente los casos detectados se han multiplicado por cuatro. El porcentaje de abuso sexual infantil era para 2000 de 9.2% de todos los casos detectados. La tasa de malos tratos infantiles detectados era para el año 1998 de 18 casos por cada 1,000 menores.

La edad de máxima incidencia de casos de abuso, tanto en niñas como en niños, suele ser de los 6 a los 12 años. Todo niño se encuentra en situación de riesgo de convertirse en víctima de abuso sexual infantil, independientemente de su origen o características. Sin embargo, las posibilidades aumentan en el caso de pertenecer a un grupo de riesgo. Por ello debemos destacar la prevalencia mayor del abuso sexual infantil entre los niños con discapacidad física o psíquica. Un niño con este tipo de características tiene tres veces más de probabilidades de sufrir un abuso sexual que cualquier otro niño. El abuso sexual infantil no es un fenómeno reciente, aunque sí es cierto que en los últimos años se están registrando algunas tendencias novedosas. Existen, por ejemplo, indicios de un incremento de los abusos cometidos por jóvenes y adolescentes. Algunas investigaciones afirman que el 20% de las violaciones son realizadas por menores.

En un estudio sobre la credibilidad del testimonio infantil en situaciones de abuso sexual, una muestra de 100 casos realizado por la Clínica Medico-Forense de Madrid (Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia, 2004), los resultados fueron:

- La mayoría eran abusos crónicos (49%), el abuso con penetración había ocurrido en el 47% y solo en el 11% habían recurrido a la violencia física. Solo el 7% de los agresores eran desconocidos. Las secuelas principales son emocionales (57%), conductuales (35%), físicas (25%), sociales (17%) y sexuales (8%).
- Después del análisis de la validez de las declaraciones (SVA) el 79% de los casos son considerados creíbles, el 17% son considerados increíbles y el 4% son considerados indeterminados.

BUENAS PRÁCTICAS EN LA PREVENCIÓN DE ABUSOS SEXUALES

Se han señalado en los últimos años líneas de acción preferente que habría de tener la acción preventiva de los malos tratos infantiles en España algunos de los cuales son:

- Desarrollo y difusión del saber que hemos acumulado sobre la infancia y sus derechos y necesidades.
- Eliminar las normas y condiciones que promueven y legitiman la violencia en la sociedad.
- Democratizar la vida familiar.
- Reducir el aislamiento social de las familias en riesgo social. Una de las líneas que concretar es la promoción del sentimiento de comunidad.
- Potenciación de la capacidad de afrontamiento de las personas (*empowerment*). Hay un consenso sobre las orientaciones que ello supone en el ámbito de la prevención de los malos tratos infantiles:
- Capacitar a los padres, por ejemplo: mejorar sus conocimientos sobre el desarrollo infantil y de las exigencias que comporta asumir el rol de padres, mejorar la vinculación, los lazos emocionales y la comunicación entre padres e hijos, así como mejorar el acceso a los recursos comunitarios y a los servicios sociales y de salud para todos los miembros de la familia.
- Capacitar a los niños y adolescentes. Algunos de estos programas se han centrado en protegerlos del ataque de sus iguales, promover comportamientos alternativos a la

agresión, prevenir los embarazos no deseados, y la prevención del abuso sexual infantil.²

Durante los últimos años, en España, el desarrollo de programas y centros así como la participación institucional a diferentes niveles ha contribuido a un avance significativo en el abordaje de este problema. Precisamente por eso, el incremento de la detección de los abusos sexuales producido durante los últimos años, básicamente por el aumento de sensibilización de las propias víctimas y de los profesionales ha de implicar la mejora constante de las respuestas institucionales, consolidando los compromisos ya adquiridos y generalizando y promoviendo las experiencias de buenas prácticas.

A partir de la experiencia de otros países hemos de evitar los efectos negativos que se pueden producir si este aumento de la detección no va acompañado de la mejora de dichas respuestas: disminución de la credibilidad de las víctimas, menor apoyo social e institucional y, paradójicamente, una disminución de la detección al sentirse frustrados tanto las víctimas como los profesionales implicados.

Los seis bloques temáticos en torno a los que presentaremos las buenas prácticas son:

- 1] Trabajo de influencia política.
- 2] Perspectiva interdisciplinar e interinstitucional.
- 3] El procedimiento judicial en casos de abuso sexual infantil.
- 4] Tratamiento de víctimas y agresores.
- 5] Evaluación y seguimiento.
- 6] Participación infantil y trabajo en el ámbito educativo.

² Para la consideración como buenas prácticas en la prevención, detección e intervención en casos de abuso sexual infantil en España (del que aquí solamente señalamos algunos contenidos, recomendamos descargar informe completo en www.savethechildren.es/interior.asp?IdItem=1166, así como el informe mundial realizado por Save the Children para Naciones Unidas en www.redbarnet.dk/Files/Filer/Rapporter/UNStudyOnViolence_Report.pdf) hemos considerado que estas contengan varios de los siguientes criterios: innovación, estrategia, integralidad, efectividad, participación, transferibilidad y transversalidad.

1. Trabajo de influencia política (*Advocacy*)

El programa de sensibilización y formación de Save the Children España es un ejemplo de programa de prevención primaria, por lo que una de sus áreas prioritarias de trabajo son las actividades de *advocacy* sobre abusos sexuales infantiles para lograr influir en las políticas de infancia con el objetivo último de lograr una protección real y eficaz de los niños y niñas de cualquier forma de violencia, una intervención de calidad en los casos en que esta violencia no haya sido posible de evitar y la promoción del derecho de los niños y niñas a un trato adecuado que garantice su pleno desarrollo. Los mensajes clave de influencia política impulsados son:

- Promoción del trabajo en red interinstitucional e interdisciplinar en la intervención en el abuso sexual infantil.
- Promoción de la sensibilización social, mejora de la educación afectivo-sexual y de la promoción del buen trato, así como de los programas de apoyo familiar.
- Igualación de estándares entre comunidades autónomas en la atención a los menores víctimas de abuso sexual infantil.
- Comprometer a las instituciones para ampliar o dotar de recursos y garantizar la continuidad de los programas de prevención y tratamiento existentes en distintas comunidades autónomas y desarrollarlos en las comunidades que carecen de ellos.
- Promoción de un modelo de protocolo de actuación conjunta en casos de abuso sexual infantil para todas las comunidades autónomas.
- Formación interdisciplinar e interinstitucional de profesionales
- Demanda de un centro de evaluación y tratamiento especializado en cada comunidad autónoma.
- Sensibilización y formación de los agentes del sistema judicial.
- Impulso al Plan Nacional de Explotación Sexual Infantil, como vía de sensibilización social y abordaje de la problemática, básicamente como país de origen de turistas sexuales, receptor de tráfico de menores y de demanda de prostitución y consumo de pornografía infantiles.
- Promoción de la investigación y desarrollo de programas de tratamiento para agresores sexuales, especialmente los menores de edad.
- Promoción de un cambio en el enfoque del sistema de protección en la línea de las medidas de protección de la víctima contempladas en distintos países europeos.³

Perspectiva interdisciplinar e interinstitucional. Investigación, formación y sensibilización

Todas las instituciones deberían:

- Promover la realización de estudios de incidencia de abuso sexual infantil en las distintas comunidades autónomas, estableciendo además un registro unificado de casos en las mismas, si se quiere tener una visión real de la magnitud del problema en nuestro país.
- Desarrollar líneas de trabajo que incluyan formación a profesionales, sensibilización social, evaluación de programas y estudios de incidencia relativos a todas las tipologías de maltrato, incluidas la negligencia y el maltrato psíquico.
- Proporcionar a los profesionales implicados en programas de prevención las estrategias de actuación y una formación multidisciplinar. Asimismo, se debe incluir el tema de abuso sexual en el currículo formal de los profesionales directamente implicados en la atención a la familia.
- Promover programas de sensibilización social que difundan el conocimiento sobre el abuso sexual infantil y erradiquen las falsas creencias sociales que están en la base de una visión distorsionada del problema que posibilita que las personas e instituciones lo nieguen o se inhiban ante él.⁴

³ Como buenas prácticas en esta línea recomendamos consultar el Plan Nacional contra la Explotación Sexual Infantil, propuesta desarrollada en la mesa de trabajo para la evaluación del Plan Nacional contra la Explotación Sexual Infantil 2002-2003 promovida por Save the Children y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, que recogió una serie de propuestas de mejora de cara al desarrollo del nuevo plan para el periodo 2005-2007.

⁴ Como buenas prácticas en esta línea consultar la Campaña «No hay excusas» contra la explotación sexual en los viajes (www.nohayexcusas.org/). La campaña tiene como principal objetivo la prevención de la explotación sexual infantil

Prevención

Prevenir el abuso sexual infantil es una labor compleja, que atañe no sólo a los profesionales, sino que ha de desarrollarse involucrando a los distintos agentes sociales de la comunidad. Todo programa de prevención ha de:

- Ir enmarcado en un enfoque de promoción del buen trato a la infancia y de educación afectivo sexual.
- Hacer referencia a unos contenidos mínimos, con independencia de la población a la que vaya dirigido.
- Ir dirigido a la posible víctima pero también al potencial agresor.
- Contemplar tres niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria.

Los programas de prevención primaria del abuso sexual infantil cubren áreas diferentes y se desarrollan en ámbitos y con poblaciones distintas, pero han de cumplir una serie de condiciones comunes para resultar eficaces:

- Formar parte del currículo amplio de educación afectivo-sexual. En este tipo de programas no se trabaja el abuso en sí mismo como agresión sino dentro del enfoque de buen trato del que se hablaba al principio, es decir, cómo han de ser las relaciones afectivo-sexuales en cada edad.

mediante la sensibilización de aquellas personas que viajan desde España a destinos turísticos conocidos por la facilidad que ofrecen para mantener relaciones sexuales con menores de edad. La acción de sensibilización pública (mediante materiales como folletos, carteles, pegatinas o un vídeo) es sólo un parte de la campaña que incluye, además, otras acciones de sensibilización y formación más específicas dirigidas tanto al sector turístico como a los medios de comunicación y otros profesionales. Los mensajes de la campaña se centran en dos aspectos: mantener relaciones sexuales a cambio de dinero con menores de edad vulnera los derechos fundamentales de los niños y niñas, y la explotación sexual comercial de niños y niñas es delito en todos los países del mundo.

- FAPMI Programa de sensibilización (www.fapmi.es).
- Plataforma de Organizaciones de Infancia (www.poi.es).
- ANESVAD Campaña contra la explotación sexual infantil (www.anesvad.org).
- ECPAT (End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes) (www.ecpat.org).
- Investigaciones de Save the Children: explotación sexual infantil, tráfico de menores, menores desaparecidos, menores víctimas de abuso sexual y el procedimiento judicial (www.savethechildren.es).
- Estudios del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (www.gva.es/violencia/).

- Conservar la perspectiva de los valores de la ética relacional, como un modo de relacionarse con los otros basado en el respeto a los derechos humanos. Dichos valores son: igualdad entre los sexos, reconocimiento de la sexualidad infantil, reconocimiento y fortalecimiento de los vínculos afectivos. La sexualidad entendida como encuentro placentero e intercambio de afecto, no sólo como el acto sexual.
- Ser un programa comunitario que involucre a los diferentes agentes que influyen en el desarrollo del niño: instituciones de ámbito local, profesionales del ámbito sanitario, educativo, de los servicios sociales, de los cuerpos de seguridad del Estado y del sistema judicial, padres y educadores, voluntarios, asociaciones.

Algunos contenidos de un programa de promoción del buen trato podrían ser:

- La no violencia en las relaciones personales, sociales e institucionales.
- El respeto a la igualdad de género.
- El respeto al propio cuerpo y al de los otros.
- La potenciación de los vínculos afectivos.
- La promoción de la tolerancia.
- El interés superior del niño.
- El reconocimiento y aceptación de los sentimientos y la afectividad.
- La participación de los individuos en la comunidad.
- El reconocimiento de las cosas positivas que acontecen, la promoción que sigan pasando y pasen más, el reconocimiento de lo positivo en los demás.
- La potenciación de la comunidad como red de apoyo psicosocial, no como algo institucional, sino como un aprendizaje desde las relaciones personales.

Ámbito comunitario

Las instituciones locales deben impulsar circuitos de trabajo comunitario en red donde se coordine el trabajo de los profesionales implicados. Estos circuitos deben ser interdisciplinares e interinstitucionales, cumpliendo las siguientes características:

- Ser de ámbito local, limitado.
- Tener carácter dinámico y fomentar el trabajo en red.

- Dar importancia a las relaciones personales.
- Garantizar la equidad del peso de los diferentes ámbitos involucrados.
- Tomar como punto de partida del trabajo la promoción del buen trato, el trabajo desde la convivencia y educación, no enmarcado en la violencia.
- Partir de la evaluación de las necesidades reales.
- Establecer protocolos de actuación adaptados al ámbito local. Los protocolos juegan un papel esencial en la intervención puesto que permiten: evaluar los resultados de la intervención, unificar procedimientos, definir tareas de cada miembro del circuito, establecer responsabilidades diferenciadas para los profesionales, evitando el solapamiento y la duplicidad, y recabar la información completa adecuada a cada caso.
- Definir límites y responsabilidades de cada uno de los integrantes del circuito. Es importante que cada miembro sepa qué, cómo y con quién debe cumplir sus cometidos dentro del circuito.⁵

Es necesario diseñar programas de prevención que atiendan las características diferenciales de los grupos de riesgo identificados, sin

estigmatizarlos y ofreciéndoles herramientas preventivas.⁶

Ámbito socio-sanitario

Las pautas que deben estar presentes en el trabajo de prevención primaria son:

- La sensibilización y formación de profesionales.
- La inclusión de conocimientos sobre prevención e identificación de riesgos en el currículo formal de los profesionales implicados.
- Insistir en la necesidad y el derecho a la información de los padres y madres y de los profesionales.
- La educación afectiva sexual como parte de los contenidos a trabajar en atención primaria con las familias.
- El trabajo de la autoestima y la asertividad.
- El favorecimiento de la lactancia materna.
- El seguimiento a las familias, durante los primeros años del niño, enseñándoles habilidades psicoeducativas.
- La incorporación de la perspectiva de género al trabajo, la igualdad de sexos en los roles familiares.
- El trabajo de la relación madre-hijo en los cursos de preparación al parto.⁷

⁵ Como buenas prácticas en esta línea recomendamos consultar:

- Respuestaenred (<http://fresno.cnice.mecd.es/respuestaenred>). Es un proyecto de investigación innovador sobre el abuso sexual y otras formas de maltrato infantil así como sobre la promoción de programas de prevención primaria en el ámbito comunitario basados en la constitución y fortalecimiento de las redes interdisciplinares de trabajo.
- «¡Eh! ¡No te Despistes!» programa comunitario de prevención del abuso sexual y otros malos tratos infantiles (www.ub.edu/orsb/).
- Preescolar Na Casa (www.preescolarnacasa.org/).
- Programa de apoyo familiar y programa educativo en televisión.
- Preinfant, programa de apoyo a la madre y a los niños en los primeros años de vida (www.abd-ong.org).
- Manual de formación para profesionales sobre abuso sexual de Save the Children (www.savethechildren.es).
- Mesa de trabajo sobre tráfico de menores en España, Save the Children (www.savethechildren.es).
- Los programas de tratamiento mencionados como modelos de buena práctica incluyen trabajo de prevención en ámbito comunitario.

⁶ Como buenas prácticas en esta línea, consultar:

- Save the Children realizó una investigación piloto sobre los centros de atención a niños y niñas con discapacidad física o psíquica de la comunidad de Madrid, y en él los profesionales reconocían no trabajar los contenidos sobre abuso sexual (www.savethechildren.es).
- Universidad de Salamanca (www.usal.es/inico/personal/miguelangel).

⁷ Como buenas prácticas en esta línea recomendamos consultar:

- Asociación Española de Pediatría (AEPAP) (www.aepap.org/previnfad/).
- Comunidad de Madrid. Instituto Madrileño del Menor y la Familia: Programa de Atención al Maltrato infantil.
- Formación de profesionales del ámbito sanitario. Comisiones de apoyo familiar. Desarrolla este programa desde 1997 de forma interdisciplinaria. Se han establecido hojas de registro y protocolos de actuación conjunta para los distintos ámbitos y se imparte formación a los profesionales del ámbito sanitario desde el 2001. El protocolo establece que en los casos de abuso sexual con contacto físico que requieren de un peritaje médico, éste será realizado en el hospital de referencia con contacto con el Grume y el Juez de Guardia para evitar la pérdida de pruebas

Ámbito educativo

Los programas de prevención primaria del abuso sexual infantil contemplan actuaciones en el campo educativo formal y en el informal, y en el área de ocio y tiempo libre. La base, en ambos casos, será trabajar la actitud del educador, que puede ser cauce de movilización del resto de la comunidad educativa y transmisora de valores de buen trato. Es recomendable que los programas cumplan los siguientes requisitos:

- Aplicación en los tres niveles educativos (infantil, primaria y secundaria).
- Aplicación a los niños y niñas no sólo como posibles víctimas sino también como potenciales agresores.
- Continuidad en la aplicación del programa, de forma que los niños y niñas reciban este tipo de informaciones en varias ocasiones, aumentando su grado de conocimiento según avanza el curso; sería recomendable que al menos recibieran el programa tres veces a lo largo de su escolarización.
- Enmarcar los programas de prevención del abuso sexual infantil en un programa o intervención más amplia de educación sexual o educación para la salud.
- Integración de los programas en el currículo formal como uno más de los contenidos transversales, única forma de lograr que los programas de prevención del abuso sexual infantil lleguen a toda la población infantil.

periciales y la repetición de las evaluaciones periciales al menor. Existen disponibles los manuales y los protocolos de actuación (www.comadrid.es/cservicios_sociales/immf/consejo_de_atencion/index.html).

- Hospital de Valme (Sevilla). Juan M. Gil Arrones. Coordinador del Programa de Pediatría Social (PPS). Programa de prevención, detección e intervención en casos de abuso sexual de forma interdisciplinar, desde un hospital del sistema sanitario público de Andalucía, con especial dedicación a menores que presentan factores de riesgo social (FRS), indicadores de maltrato y, especialmente, indicadores de sospecha de abuso y agresiones sexuales. El PPS recoge las hojas de consulta enviadas por los profesionales que detectan los indicadores de sospecha, las derivaciones para estudio por parte de la policía, jueces, psicólogos, trabajadores sociales u otros médicos de atención primaria, las posibles denuncias o relatos del menor o de sus familiares, las valora desde el punto de vista médico y social, establece un diagnóstico y una valoración inicial sobre su protección y, posteriormente, deriva a las instituciones de justicia y/o de protección. Tienen concertada la exploración psicológica de los menores y la posibilidad de tratamiento psicológico (juanm.gil.sspa@juntadeandalucia.es).

- Combinación de metodologías activas con el conocimiento efectivo no informativo, proponiendo actividades que requieren la colaboración de los padres y que se prolonguen a lo largo del ciclo educativo.

En prevención secundaria en el ámbito educativo se propone:

- Dar apoyo y formación a los educadores, tanto para la posible detección de los casos de abuso sexual como para la reacción ante la revelación de los mismos, y el tratamiento del caso en la comunidad escolar. Es importante que reciban un apoyo y asesoramiento eficaz por parte de profesionales especializados.
- Proporcionar pautas y contenidos para trabajar el abuso sexual con los niños y niñas en el aula.
- Favorecer la coordinación de estos profesionales con los centros de salud y los servicios sociales.
- Informar a las familias y a los niños y niñas de los recursos de los que disponen en su comunidad para reaccionar ante un caso de abuso sexual infantil o para mejorar la prevención secundaria del mismo en los grupos de riesgo.

La labor de prevención terciaria debería contemplar:

- Acompañamiento y apoyo afectivo al niño o niña víctima de abuso sexual.
- Garantizar la privacidad de la información. En cada caso ha de analizarse cuál sería el mejor proceder, pero es importante conservar como referencia la posible estigmatización del niño o niña, tanto en el caso de que sea la víctima como, por supuesto, en el caso de que sea el agresor.
- La realización de un seguimiento al niño(a).
- Informar a las autoridades pertinentes de los casos de abuso sexual de los que se tenga sospecha o conocimiento.
- La intervención en los casos de agresiones sexuales intraescolares no puede limitarse a la sanción, ha de ser educativa.
- Tanto en los centros escolares como en los de internamiento, es necesario que los profesionales tomen conciencia de que no pueden ocultar y proteger a sus compañeros

cuando éstos son los posibles agresores sexuales. La protección no sólo del niño o niña víctimas sino la del resto de los escolares ha de anteponerse al «supuesto o temido desprestigio» del colegio en la comunidad. Si el profesional es trasladado a otro centro, el problema no se resuelve, se esquivo y se pone en peligro a otros menores. Esta responsabilidad incumbe tanto a los profesionales del centro como a las instituciones públicas responsables del mismo.⁸

Ámbito policial y judicial

Se proponen el desarrollo de actuaciones concretas:

- Sensibilización y concienciación social respecto a lo que supone la pornografía, el turismo sexual y a las redes que los sustentan.
- Realización de investigaciones sobre la incidencia real de estas problemáticas y, si existen «grupos de riesgo» diferenciados, aplicación de programas de intervención específicos para ellos.
- Implicación de los medios de comunicación en esta labor, puesto que pueden hacer públicos, entre otros contenidos, los nexos de unión existentes entre los países productores y consumidores.
- Trabajo con los profesionales del ámbito del turismo para sensibilizarlos sobre su responsabilidad en el tema del tráfico sexual infantil, estableciendo un código de conducta internacional común para todos los profesionales involucrados.
- Desarrollo de programas de cooperación y coordinación internacional en el ámbito de

la promoción y defensa de los derechos de la infancia que aborden específicamente este tema, impulsando las reformas legislativas necesarias en cada país.

- Establecimiento de pautas de control de acceso a las páginas de pornografía infantil, dando a conocer a los padres y a la sociedad en general los mecanismos de filtrado de las ya existentes.
- Penalización del consumo de pornografía infantil, no sólo su producción o distribución.
- Establecimiento de los mecanismos necesarios para una persecución eficaz de los agresores y de las redes internacionales que los amparan.
- Facilitar la atención terapéutica de los niños y niñas víctimas de este tipo de explotación sexual y de los recursos necesarios para la misma.⁹

Medios de comunicación

Los profesionales de los medios de comunicación han de implicarse de modo activo en la labor de sensibilización social, pero no desde el sensacionalismo, sino desde el rigor y la protección de los niños y niñas implicados. Es importante que entiendan que su papel es fundamental, pero que pueden perjudicar a los implicados, tanto a la víctima como al agresor. Algunos de los criterios que deben guiar la actuación de los medios en este tema son los siguientes:

- No grabar imágenes del niño ni de su entorno.
- No proporcionar datos personales del niño o la niña.
- No contar detalles íntimos de lo sucedido. El relato puede obligar a proporcionar datos que no deberían ser públicos.
- No dar datos del presunto agresor, puesto que mientras el abuso no sea probado, la presunción de inocencia debe prevalecer, y el daño que una falsa acusación puede pro-

⁸ Como buenas prácticas en esta línea recomendamos consultar:

- Fundación Márgenes y Vínculos: Sentir que sí, sentir que no. Desde este programa se interviene con la comunidad educativa (padres y madres, profesores y alumnos) cuyo eje es ofertar educación afectivo-sexual para niños(as), dándoles instrumentos para identificar situaciones de riesgo y formas de autoprotección ante la violencia sexual. Se favorece la importancia y el valor protector de los adultos que rodean al niño. Este programa se lleva a cabo con materiales adaptados y propios, por medio de la expresión corporal, la música y el teatro (www.fmyv.org).
- «¡Eh! ¡No te despistes!» Programa comunitario de prevención del abuso sexual y otros malos tratos infantiles (www.ub.edu/orsb/).

⁹ Como buenas prácticas en esta línea recomendamos consultar:

- Unidad de delitos, red de la Policía Nacional (www.policia.es/denuncias/).
- Europol (www.europol.net/).
- Guardia Civil, Unidad de Delitos Telemáticos. EMUME (Equipo Mujer-Menor) (utpj-reg@guardiacivil.es).

ducir es irreparable. En el caso de que el abuso quede probado, para evitar la estigmatización social del agresor que impida su reinserción social y le haga desistir de su propio proceso de rehabilitación.

- Tener responsabilidad social sobre la veracidad de los datos para deshacer falsas creencias sobre el abuso sexual arraigadas en nuestra sociedad, para denunciar las situaciones de riesgo o la falta de atención institucional a éstas, para fomentar la sensibilización social respecto a la incidencia de este problema y la importancia de los programas preventivos y para crear conciencia social.¹⁰

El procedimiento judicial

Comunicar la sospecha de abuso sexual es una obligación legal y ética del profesional. Es necesario que las autoridades garanticen el anonimato del adulto que comunica y la protección de los servicios que denuncian. El adulto, sea quien sea, ante la revelación del abuso por parte del niño o niña, ha de proporcionar acompañamiento, apoyo afectivo, ha de desculpabilizar al menor y comunicar el hecho a las instancias pertinentes para garantizar su protección. Los principios que deberían guiar la actuación de cualquier profesional en un caso de sospecha de abuso sexual son:

- El cumplimiento del Código Deontológico correspondiente.
- El consentimiento informado. Se ha de informar al niño y a su representante legal de forma comprensible del objetivo de la intervención, de los límites de la información y del proceso administrativo y judicial posterior.
- El interés superior del niño.
- El respeto a los derechos del presunto agresor.
- El respeto a la legislación vigente.
- Reducir al mínimo las intervenciones para evitar la revictimización.
- La calidad de las intervenciones.
- El tratamiento de la información y la obli-

¹⁰ Como buena práctica en esta línea recomendamos consultar el Boletín de Noticias de Abuso Sexual, editado por Save the Children y FAPMI.

gación de la pertinente comunicación.

- El trabajo en equipo.

Es necesario respetar el ritmo del niño o niña a la hora de realizar una evaluación pericial. La urgencia del proceso no debe anular al niño ni dificultar su relato. En el informe final el psicólogo siempre debería recomendar tratamiento o apoyo profesional al niño o niña como medida preventiva. Este apoyo debería hacerse extensivo al entorno del niño.

Los profesionales han de adoptar la misma actitud ante una revelación que ante una retractación, de modo que no se desestimen ni los falsos positivos ni los falsos negativos. Los profesionales implicados en un procedimiento judicial han de ser conscientes de que un menor inducido a realizar una denuncia falsa de abuso sexual se encuentra, en cualquier caso, sometido a un maltrato.¹¹

¹¹ Como buenas prácticas en esta línea recomendamos consultar:

- Mesa de trabajo para la coordinación Institucional (Equipo EICAS). EICAS se integra en el entorno social, coordinándose con todos los sectores profesionales e institucionales que pueden tener información relevante para investigación de la sospecha de abuso sexual relativas al menor supuesta víctima y su familia (escuela, centro protección, SSCC, centro de salud, etc.) y origen más inmediato (antecedentes policiales, judiciales, disputas, estabilidad laboral, antecedentes médicos, psiquiátricos), así como con aquellos profesionales que van a verse implicados con su intervención (análisis pediátrico, ginecológico, forense, terapia psicológica, tratamiento farmacológico) en la atención multidisciplinar de un caso de abuso sexual. Con este objetivo, desde el equipo EICAS se promovió, en colaboración con la Fiscalía de Menores de Sevilla, una mesa de trabajo para la coordinación institucional; se logró reunir a 42 profesionales de todos los ámbitos implicados en la intervención del abuso sexual (Adima@correo.cop.es).

Las principales ventajas que se pusieron de manifiesto con una investigación y evaluación coordinada fueron evitar la duplicidad de las actuaciones, prevenir la revictimización de los niños y sus familias en los procedimientos de intervención, favorecer el aprovechamiento de recursos, lograr una mayor fiabilidad en el diagnóstico del caso, ya que permite la actuación y el consenso interdisciplinar y conseguir mayor agilidad en las actuaciones, puesto que se trabaja con una sistemática de coordinación establecida y acordada, donde se comparten responsabilidades, pero se limitan las acciones que debe llevar a cabo cada sector, fomentándose así el trabajo en red.

- Investigación sobre menores víctimas de abuso sexual y el procedimiento judicial. En el informe se diferencian las recomendaciones en el ámbito administrativo y judicial, la fase de instrucción y la del juicio oral.

Tratamiento a víctimas y agresores

Todas las actuaciones de los profesionales deben estar guiadas por la anteposición del interés superior del niño a cualquier otro tipo de intereses, dando seguimiento a los casos y ofreciendo apoyo a la familia, no sólo al niño o niña víctima del abuso sexual.

Todas las instituciones públicas están obligadas a dotar a los servicios sociales correspondientes de los recursos humanos y materiales suficientes para proporcionar una protección real al menor, dirigida a promover y mantener el ámbito protector del niño, evitando siempre todo contacto con el agresor.

El trabajo en prevención terciaria tiene como objetivos evitar la revictimización de los niños y niñas, una vez que han sufrido abuso sexual, y la reincidencia de los agresores sexuales, una vez que han cometido la agresión. Esta labor coincide, a menudo, con el trabajo de la fase de tratamiento, puesto que si se desarrolla una intervención terapéutica individualizada, tanto con el agresor como con la víctima, hemos de abordar obligatoriamente ambos temas. Las dos intervenciones persiguen idénticos objetivos pero con metodologías diferentes. Por ello, es importante diferenciar entre:

- Intervención psicoeducativa (a menudo grupal) en diferentes ámbitos: educativo, servicios sociales, incluso en las cárceles con los agresores.
- Intervención terapéutica e individualizada, a medio y largo plazo.

1. Establecer protocolos de actuación conjunta a nivel autonómico y circuitos de prevención primaria a nivel local, además de hojas de registro unificadas para cada uno de los ámbitos: educativo, sanitario, social, policial y judicial.

2. La única posibilidad real de intervención en el maltrato infantil es el trabajo preventivo y el tratamiento de los agresores.

3. Establecer centros de tratamiento para víctimas y agresores, al menos uno en cada comunidad autónoma.

4. Fomentar e incrementar la formación de los profesionales involucrados en el proceso. Tanto la formación de los profesionales como los centros de referencia garantizarían la especialización de los profesionales que hicieran los peritajes, por un lado, la y la posibilidad de rehabilitación para la víctima y el agresor por otro.

5. Es necesario modificar el enfoque del sistema de protección para evitar la victimización secundaria de la víctima.

- www.savethechildren.es/interior_fill.asp?IdItem=1123).
- Oficinas de Asistencia a la Víctima de los Juzgados del País Vasco (zutitu@correo.cop.es martin.s@AJU.ej-gv.es).

Una de las demandas claras es la de proporcionar tratamiento terapéutico a los agresores sexuales, sean o no menores de edad. Aunque por ley no se les pueda obligar, debería establecerse una figura que lo permitiera, cuando una persona es condenada por determinados delitos. De otro modo, lo único que garantizamos es su reincidencia dentro y fuera de la cárcel. No hay otra posibilidad para garantizar la reinserción de estas personas en la sociedad. Se ha de posibilitar lo que se supone que el derecho penal persigue, es decir, la rehabilitación.

En el tratamiento terapéutico de un caso de abuso sexual, ya sea con una víctima o con un agresor, se deberán incluir algunos elementos comunes a ambos colectivos, aunque obviamente el abordaje deberá ser diferente:

- Los contenidos comunes podrían ser: reconocimiento del hecho, educación afectiva-sexual, habilidades de comunicación y resolución de problemas. En el caso de las víctimas se insistirá en la asertividad (saber decir no), y en expresión de deseos para fomentar unas relaciones sexuales «saludables» en un futuro.
- La metodología podría ser: conjugación del tratamiento individual y grupal, implicación de la familia, grupos de pertenencia y comunidad. La intervención terapéutica debería contemplar no sólo el trabajo con la víctima o el agresor sino también con la familia y con otros grupos significativos para aquélla.¹²

¹² Como buenas prácticas en esta línea recomendamos consultar:

- EICAS (Evaluación e Investigación de Casos de Abuso Sexual). Dispone de una metodología interna de trabajo que favorece la investigación de un caso de abuso sexual sin duplicar actuaciones, y que a pesar de seguir un procedimiento sistematizado, es dinámico y se adapta específicamente en cada momento de la intervención a las características concretas e intrínsecas de cada caso. En este sentido, todas las entrevistas que se practican se graban en sistema audiovisual, permitiendo una atención centrada en el niño, recogida fiel de la información verbal y no verbal, supervisión por parte de otros componentes de EICAS de cualquier evaluación, segundas valoraciones por otros profesionales externos, pruebas preconstituídas. Con ello evita la repetición de entrevistas y por lo tanto la revictimización del menor, supuesta víctima de abuso sexual. (www.fapmi.es/adima; Adima@correo.cop.es).
- Fundación Márgenes y Vínculos. Programa de Tratamiento de Agresores Sexuales Menores de Edad. El «Programa

Tratamiento a víctimas

Todas las víctimas de abuso sexual necesitan ayuda y apoyo de su red psicosocial para aprender a integrar la vivencia del abuso en su vida, pero no todas requieren una intervención terapéutica. Lo que sí precisan todas las víctimas es ayuda, entendida como apoyo incondicional, provenga del entorno de la víctima o de los profesionales. Resulta fundamental la actitud que adopte la persona o personas a las que la víctima revele la experiencia.

El objetivo del tratamiento será evitar que el abuso y la victimización secundaria vuelvan a producirse y tratar las secuelas psicológicas. Además, se dotará a la víctima de habilidades y herramientas que permitan la superación de los efectos del abuso. La clave del proceso terapéutico reside en conseguir establecer una bue-

de Intervención Psicoterapéutica, Orientación Social y Jurídica en Familias en cuyo seno se produce Violencia Doméstica y Tratamiento a Agresores de Violencia Sexual y/o Doméstica», nace de la necesidad de abordar integralmente la problemática del maltrato infantil, y por lo tanto se requiere tanto de la reparación del daño a la víctima como de la rehabilitación del agresor. Hay dos aspectos fundamentales en este programa específico de tratamiento: el primero referido a aspectos preventivos con el objeto de impedir que los usuarios realicen futuras agresiones, y el segundo el considerar a los agresores (y especialmente a los menores), como víctimas que expresan mediante la agresión una serie de carencias, tanto afectivas como materiales, y que les llevan a comportarse de manera abusiva hacia aquellos que le rodean.

La intervención se lleva a cabo a través de las siguientes fases:

1. Proceso de inicio. Durante este proceso se recopilará toda la información necesaria para tener un planteamiento claro y longitudinal del caso a través del estudio y análisis de documentos procedentes de otras instancias sociales, coordinación con los técnicos de otras instancias sociales implicadas en el caso para el intercambio de información. El tiempo para completar el proceso de inicio es un mes.
2. Proceso de intervención. Este proceso comenzará con la fase de evaluación y diagnóstico, en la que se intentará determinar a través de una serie de intervenciones, la tratabilidad/no tratabilidad, y en caso de que sea tratable emitir un diagnóstico/pronóstico psicosocial en el que se estime el grado de recuperabilidad/no recuperabilidad, fundamentado principalmente sobre dos pilares básicos de la intervención: el reconocimiento de la perpetración de la violencia y la empatía con las víctimas. El tiempo estimado para esta fase va de uno a tres meses. En caso de tratabilidad, pasaría a la fase de tratamiento en la se intervendrá en aquellos factores, tanto psicológicos como sociales, que la evaluación haya determinado como involucrados en el proceso de agresión y/o maltrato. El tiempo máximo estimado va de 6 meses a 1 año.
3. Proceso de cierre o baja en el Programa. Puede ir precedido de cualquiera de los otros procesos. En el proceso

na relación que garantice la reconstrucción de vínculos afectivos, quizás en un primer momento con el terapeuta y, posteriormente, con otras figuras significativas para el niño diferentes del agresor.

Los contenidos terapéuticos a priorizar con víctimas son: reconocimiento del hecho, mecanismos de defensa, manejo de la rabia, distorsiones cognitivas, manejo de culpa, análisis del impacto emocional, control del afecto hacia el agresor, explicar por qué y cómo se llega a la agresión.

Tratamiento a agresores

Las instituciones públicas deberían garantizar la existencia de programas de atención psicológica a agresores sexuales, al objeto de su reha-

de cierre será necesario dejar constancia de los motivos de baja y cierre del expediente (www.fmyv.org).

- Centro de Psicología Noguerol. Programa de Intervención psicológica con Niños y Adolescentes agresores sexuales víctimas de ASI: realizan una evaluación exhaustiva: pruebas diagnósticas y recogida de información en entrevistas con el menor, colegio, padres/educadores de la sintomatología asociada al ASI que el adolescente presenta, planteando la intervención en dos dimensiones: el niño víctima y el agresor. El tratamiento se realiza mediante sesiones de terapia individual y sesiones grupo. Dentro de un enfoque cognitivo-conductual trabajan con material de soporte especializado: videos, testimonios escritos, experiencias de otros menores (www.psicologianoguerol.com).
- Servicio de Atención Psicológica a Menores. Consellería de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana, concertado con el Instituto de Psicología, Sexología y Medicina Espill de Valencia. Diagnóstico, tratamiento, seguimiento y peritajes psicológicos de menores víctimas de abusos y agresiones sexuales. Atención a las familias. Tratamiento a los perpetradores menores de edad (www.espill.org).
- INFOABU. Servicio Telefónico de Información y Asesoramiento sobre abusos sexuales a menores, dirigido tanto a los propios menores como a los adultos que quieran protegerlos. Asesoramiento técnico a profesionales sobre detección e intervención en abusos sexuales. (www.infoabu.com).
- «Guía de actuación del psicólogo en los abusos sexuales y otros maltratos en la infancia» (1999) Col.legi Oficial de Psicòlegs Catalunya (www.copc.org/informacio/materials/cincoc.asp).
- CAVAS Madrid y Cantabria (www.violacion.org/donde/default.html).
- Clínica Médico Forense de Madrid. (www.psicologiajuridica.com/).
- Hospital Sant Joan de Deu Unitat funcional d'abusos sexuals i maltractaments a menors (www.hsjdbcn.org/catm4.html).
- FADA Associació per a l'Assessorament i la Prevenció dels Abusos Sexuals a Menors (www.fada.voluntariat.org).

bilitación, de tal forma que el abanico de recursos sea similar para los agresores menores y para los adultos. Igualmente han aportar recursos y apoyo a la investigación en este campo, sobre todo si se es consciente, por un lado, de que casi uno de cada tres agresores sexuales es menor de edad, con lo que las posibilidades de una intervención terapéutica eficaz aumentan y, por el otro, si recordamos que muchos de ellos fueron víctimas de abusos sexuales.

Los contenidos terapéuticos a priorizar con agresores son: el reconocimiento del problema como requisito prioritario, empatía, distorsiones cognitivas, control y modificación de impulsos sexuales, manejo de agresividad, educación emocional, solución de problemas y técnicas de reducción de ansiedad.

La obligatoriedad inicial del tratamiento puede favorecer que, al menos, algunos agresores puedan ser rehabilitados. Será responsabilidad del terapeuta evaluar la permeabilidad al cambio en una fase inicial, y fomentar el reconocimiento del problema por parte del agresor. En estos casos, la implicación en el tratamiento por parte de los progenitores u otros familiares será fundamental. En los casos en los que el agresor acuda voluntariamente a terapia, el terapeuta deberá evaluar cuidadosamente esta voluntariedad. No debemos olvidar que, en algunos casos, esta asistencia al tratamiento puede ir asociada a un cambio de medidas judiciales. Si el beneficio secundario que se obtiene asistiendo a tratamiento es grande, habrá que cuestionar la aceptación por parte del agresor de la necesidad de cambio.

Evaluación y seguimiento

Recomendamos la integración de la evaluación en el proceso de planificación de las intervenciones preventivas. La metodología general en el trabajo de prevención pasa por:

- La implicación de padres y otros agentes sociales.
- El apoyo y asesoramiento a los profesionales de campo.
- La consideración especial de grupos vulnerables.
- La planificación del programa y de la evaluación del mismo

- La evaluación previa y posterior de todos los programas de prevención.

Un programa debe integrar una visión crítica de sus actividades, a través de un proceso sistemático de evaluación, del cual los elementos clave son:

- Definir claramente el propósito o finalidad de la evaluación.
- Definir claramente los objetivos de la evaluación.
- Planificar y gestionar estratégicamente las actividades de la evaluación.
- Identificar claramente a los agentes sociales implicados.
- Establecer una metodología clara, rigurosa y adaptada a los objetivos de la evaluación.
- Desarrollar un sistema de indicadores y de protocolos de recogida de información en concordancia con la finalidad y los objetivos de la evaluación.
- Valorar los costes y los beneficios de la evaluación.
- Promover la credibilidad del proceso de evaluación.
- Asegurar la relación con el proceso de toma de decisiones.
- Comunicar los resultados de manera abierta y transparente.
- Un componente de calidad añadido a la evaluación de un programa de prevención del abuso sexual infantil es la participación infantil no sólo en su desarrollo sino también en su evaluación.¹³

Participación infantil y trabajo en el ámbito educativo

Respecto a los programas comunitarios de prevención educativa resumimos los principales objetivos de trabajo con docentes y no docentes:

- ¹³ Como buenas prácticas en esta línea recomendamos consultar:
- ¿Así que quiere implicar a los niños y niñas en la investigación? Herramientas para la participación infantil de cara al estudio de Naciones Unidas sobre violencia. Alianza Save the Children 2003 (www.savethechildren.es/interior_fills.asp?IdItem=1123).
 - Del Campo, A. y López, F. Prevención de abusos sexuales a menores (1997)
 - «¡Eh! ¡No te despistes!» programa comunitario de prevención del abuso sexual y otros malos tratos infantiles (www.ub.edu/orsb/).

- La adquisición de conocimientos.
- El conocimiento de los factores de riesgo.
- El aprendizaje sobre cómo transmitir los conocimientos a los niños.
- La adquisición de habilidades de detección.
- La adquisición de habilidades de revelación y comunicación a los padres.
- El conocimiento de los indicadores del abuso sexual infantil.
- El aprendizaje sobre cómo reaccionar a la revelación de los niños.
- La adquisición de habilidades de comunicación con el menor.
- La identificación de los indicadores.
- La adquisición de habilidades que permitan saber cómo reaccionar a la revelación.
- El conocimiento sobre los recursos de ayuda.
- El apoyo a la formación en la escuela mediante la realización de tareas o con la creación de espacios de intercambio de experiencias.

Igualmente los principales objetivos de trabajo con los padres y madres son:

- La adquisición de la toma de conciencia.
- La adquisición de conocimientos.

Seleccionamos como ejemplo de contenidos educativos con niños y niñas los del programa de prevención educativa «¡Eh! ¡No te despistes!».¹⁴

Conceptuales	Procedimentales	Actitudinales
<ul style="list-style-type: none"> • El propio cuerpo: partes públicas y partes privadas. • Nos relacionamos. • Sentir que sí, sentir que no. • Contactos apropiados e inapropiados. • Abuso sexual infantil. • Maltrato infantil. • Situaciones de riesgo. • El agresor. • Los secretos. • La culpabilidad. • Pedir ayuda. • El apoyo del grupo de iguales. • Los recursos más al alcance. • Los derechos del niño. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposiciones en el aula. • Debates participativos. • Trabajos en grupos pequeños. • Recogida de información. • Entrenamiento en habilidades de discriminación de situaciones potencialmente peligrosas. • Entrenamiento en estrategias. • Entrenamiento de resolución de situaciones problemáticas. • Entrenamiento en habilidades de comunicación. • Entrenamiento en la petición de ayuda para sí mismo o para otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de la autoestima y la confianza. • Predisposición a expresar sentimientos y afectos. • Respeto y estima hacia el propio cuerpo. • Sentimientos y actitudes positivas hacia la propia sexualidad. • Respeto por la intimidad. • Solidaridad hacia los otros compañeros (as) víctimas de abuso y/o agresiones. • Confianza en la ayuda que le puede prestar el maestro. • Confianza en la ayuda que puede recibir de otros adultos significativos.

¹⁴ Como buenas prácticas en esta línea consultar:

- «¡Eh! ¡No te despistes!»: programa comunitario de prevención del abuso sexual y otros malos tratos infantiles (www.ub.es/psicolog/observatori/ep/index.htm). El programa consta de: a) Guía para padres y madres (www.ub.edu/orstb/); b) Guía pedagógica para educadores (www.ub.edu/orstb/); c) vídeo «Sentir que sí, sentir que no» (www.ancoraaudiovisual.com/). Formación on line: (www.complementaria.uvirtual.com/ca/).
- Del Campo, A. y López, F. Prevención de abusos sexuales a menores (1997).

Referencias

- Arruabarrena, M.I., De Paul, J. y Torres, B. (1994), *El maltrato infantil. Detección, notificación, investigación y evaluación*. Programa SASI (mejora del sistema de atención social a la infancia), Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales
- Cantón, J. y otros (1997), *Malos tratos y abuso sexual infantil*, Madrid, Siglo XXI Editores.
- Cantón Duarte, J. y Cortés Arboleda, M^a R. (2000), *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*, Madrid, Pirámide.
- Casas, F. (1998), *Infancia: perspectivas psicosociales*, Barcelona. Paidós.
- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (2002), *Maltrato infantil en la familia (1997/98)*, Generalitat Valenciana.
- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (2004), *Abuso sexual infantil. Evaluación de la credibilidad del testimonio* (Serie documentos núm. 6).
- De Mause, L. (1982), *Historia de la infancia*, Madrid, Alianza Universidad.
- Garbarino, J., Guttman, E. y Seeley, J.W. (1986), *The psychologically battered child*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Generalitat de Catalunya (ICS/ ACIM) (1996), *El Llibre d'en Pau. Guia per a l'abordatge del Maltractament en la Infància per als professionals de la salut*.
- Inglés, A. y otros (1991), *Els maltractaments infantils a Catalunya. Estudi global i balanç de la seva situació actual*, Generalitat de Catalunya.
- Inglés, A y otros (2000): *El maltractament d'infants a Catalunya. Quants, com i perquè*, Departament de Justícia (Col. Justícia i Societat, 22), Generalitat de Catalunya.
- Jiménez, J., Oliva, A. y Saldaña, D. (1996), *El maltrato y protección a la Infancia en España*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.
- López, F. (1995), *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*, Salamanca, Amarú Ediciones.
- López, F. y otros (1995), *Necesidades de la infancia y protección infantil: Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos*, núm. 1; *Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores*, núm. 2 (Col. SASI), Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.
- Martínez Roig, A. y Paul, J. (1993), *Maltrato y abandono en la infancia*, Barcelona, Martínez Roca.

Contribuciones del psicoanálisis en el tratamiento de niños con problemas de desarrollo

María Luisa González Aguilera

Es preciso desear, es preciso querer,
Es preciso alargar la mano y andar
Para crear el porvenir. El porvenir
No es lo que viene hacia nosotros,
Sino aquello hacia lo cual vamos.

G. BACHELARD, *La intuición del instante*

La presentación de éste trabajo está animada por tres razones fundamentales: la primera, presentar en este congreso las aportaciones que el psicoanálisis hace en el tratamiento de los niños con problemas en el desarrollo, niños que, con cierta frecuencia, son marginados de las distintas alternativas de tratamiento, ya sea por los padres, o por las instancias de salud.

La segunda razón es que me une a este campo un cariño arraigado, ya que hace aproximadamente unos 20 años me inicié en el ejercicio profesional en una institución de salud dedicada al tratamiento de este tipo de casos, y de entonces a la fecha, de alguna o de otra manera, he permanecido activa e inquieta en la búsqueda de alternativas de atención.

La tercera razón es una reciente vinculación con Teseo, una fundación formada por colegas psicoanalistas cuyo interés central ha sido, desde que inició en 1987, la investigación, el tratamiento y la generación de alternativas para niños con severos problemas en el desarrollo.

Teseo, en su conjunto, es un grupo organizado para el estudio y la investigación clínica y teórica de las patologías más severas de la infancia: psicosis infantiles, autismo y retardo mental. Oficialmente formó la Asociación Mexicana para el Estudio del Retardo Mental y la Psicosis Infantil.

Teseo, en su referencia al mito griego, evoca los elementos implicados en esta labor: el mi-

notauro, el laberinto y Teseo que, en unión con Ariadna, son la pareja que libera y encuentra la salida del laberinto.

Una rápida referencia al mito nos permitirá seguir sus enseñanzas.

El rey Minos, de Creta, tenía varios hijos: Ariadna, Fedra, Glauco, Catreo, pero su predilecto era Androgeo, joven fuerte y vencedor en el gimnasio y la palestra.

El minotauro, había sido concebido por la reina Parsifae, mujer del rey Minos, producto de sus relaciones con el toro blanco que Poseidón había dado de regalo al rey en respuesta a la ayuda que éste le pidió para lograr que lo nombraran rey. Poseidón lo concedió, pidiendo a su vez que se cumpliera como única condición, matar al toro una vez tomara el reinado. Sin embargo, Minos y Parsifae decidieron dejar vivo al toro, razón por la cuál, en venganza, Poseidón impuso un hechizo por el cuál haría que Parsifae se enamorara del toro. Así nació el minotauro. Minos, ignorante del hechizo que había hecho efecto, decidió, loco de celos, enclaustrar a Parsifae y mandar construir un laberinto para encerrar en él al minotauro, mitad humano y mitad bestia. Una vez esclarecido su origen, liberó a Parsifae, continuó su matrimonio con ella y tuvieron más descendencia, pero el minotauro permaneció escondido, lejos del contacto humano y convertido en un monstruo temible.

Cuando en Atenas se organizaron los juegos en honor de Palas Atenea, se reunieron los mejores atletas griegos, y allá fue Androgeo, el hijo preferido de Minos, para medirse con los más fuertes de la Hélade, con el beneplácito de su padre, quien esperaba que su hijo regresara con la corona del triunfo.

El joven príncipe logró vencer en todas las pruebas a sus rivales, los mejores campeones

de la ciudad. Pero los atenienses, en lugar de victorearlo, hicieron recaer su furia sobre él, por haber derrotado a sus luchadores, y esa misma noche le dieron muerte.

Al recibir la noticia el Rey Minos sintió un inmenso dolor, pero inmediatamente se despertó en él un irrefrenable deseo de venganza, y marchó con un numeroso ejército a sitiar a Atenas, hasta que logró que se rindieran incondicionalmente, e impuso condiciones y penas terribles.

Entre sus condiciones, estableció que durante nueve años, los atenienses debían enviar a la isla de Creta a siete robustos jóvenes y a siete doncellas, quienes serían las víctimas que se ofrecerían para ser devorados por el minotauro.

El minotauro, mitad hombre y mitad toro, vivía en un laberinto, cercano a Cnosos, capital de Creta. Estaba encerrado en dicho laberinto y se alimentaba de carne humana, de esclavos y prisioneros de guerra, así como de los jóvenes atenienses que enviaba el rey Minos.

Año con año llegaban los mensajeros de Creta a elegir a sus víctimas.

Al tercer año, un joven gallardo, hijo del rey ateniense Egeo, llamado Teseo, se ofreció voluntariamente, pues se consideraba capaz de enfrentar y dar muerte al minotauro.

Al enterarse el Rey Minos, expresó:

—Como miembro de la familia real estás eximido de ir como víctima. Pero si insistes, te diré que aunque mates al minotauro jamás encontrarás la salida del laberinto.

—No me importa —respondió el joven Teseo—, me basta con matar al monstruo y ser útil a Atenas.

Ariadna, quien escuchó el diálogo, secretamente, por la noche se acercó al joven y le entregó un puñal y un ovillo de hilo, diciendo:

—Con este puñal mágico podrás atravesar el corazón del minotauro, y si sigues el hilo de este ovillo podrás hallar la salida.

Agradecido quedó el joven Teseo, y penetró en el laberinto, desenvolviendo el ovillo de hilo. Durante horas recorrió el laberinto hasta enfrentarse con la bestia. Después de ardua lucha, logró atravesar el corazón del monstruo con el puñal que le entregara la bella Ariadna. El minotauro expiró entre convulsiones. Y Teseo rescató a sus compañeros, con los que

emprendió el camino de regreso siguiendo el hilo.

Fue aclamado por la gente de Cnosos por haberlos liberado del monstruo y del salvaje castigo que año a año debían tributar al minotauro.

Teseo, victorioso, regresó a Atenas en su nave con las velas desplegadas.

Este fragmento de la mitología griega, en su referencia al minotauro, nos evoca, para los fines de nuestro tema, un ser malformado alrededor del cual se ha construido un laberinto, una cárcel sinuosa, enigmática, que, aparte de recluirlo, amenaza con hacer perder el rumbo y la vida a quien se aventure en ella. El minotauro es un ser que carga desde su origen con la locura y el pecado de los dioses, que, en nuestro contexto, y siguiendo una metáfora, podemos situar como el capricho del azar, el accidente genético, el parto complicado, las enfermedades tempranas. Mitad animal y mitad humano, rechazado y excluido por su familia y por la sociedad. La cárcel laberíntica en la que vive en condiciones terroríficas de soledad y segregación, cárcel que se vuelve altar de sacrificio y de condena para los otros que lo odian porque pagan el tributo de sus vidas amarradas a su existencia.

¿HAY LIBERACIÓN POSIBLE?

En el mito, literalmente, sólo la muerte del minotauro es la posibilidad de liberación. Así se consideraba el destino ligado a éstos seres. De aquí que los antiguos griegos tiraran a los niños anormales al abismo.

Sin embargo, el mito también confiere otra salida. En la historia, el mito hace que Teseo, proveniente de otro lugar, se proponga crear una solución al problema que constituía la existencia del minotauro, y, que Ariadna, hermana del minotauro, ofreciera su ayuda dándole a Teseo un cuchillo mágico y un hilo de oro que lo orientara en el laberinto.

Siguiendo la metáfora, Teseo y Ariadna son, pues, la pareja mítica que construyen el hilo conductor al unir fuerza, inteligencia y deseo de vida, lo cuál podemos tomarlo como la posibilidad de matar al monstruo y hacer emerger al hijo que estaba alienado en la deformidad y

en oscuras tramas de historias familiares y sociales, para volverlo a la luz.

El mito constituye una propuesta, para nosotros lectores y buscadores de alternativas, de llegar al problema con el hilo de la inteligencia y la vida, y poder salir del laberinto que hace perder el rumbo o quedar inmerso en su claustro, invadido de confusión y desesperanza.

La unión de Ariadna y Teseo representa las posibilidades de unir los esfuerzos de distintas disciplinas –medicina, psicología, pedagogía, psicoanálisis– para generar una colaboración mutua en la resolución de una problemática que nos atañe.

El trabajo emprendido y desarrollado a lo largo de los años en la atención de niños con problemas en el desarrollo permite plantear lo que podemos considerar como aportación del psicoanálisis en éste campo.

EL DESARROLLO DESDE LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

Para el psicoanálisis, el desarrollo del bebé humano no ocurre por un simple automatismo biológico. El desarrollo infantil es el proceso mismo de la humanización, el devenir del bebé como sujeto psíquico.

Las funciones corporales ligadas a la maduración y al crecimiento se organizan fundamentalmente como respuesta del bebé a la relación de cuidado y protección que dan los padres, principalmente la madre. El bebé convoca en la madre una relación de significación emocional que la llevará a ocuparse de su hijo de una manera en que suscita en él la constitución libidinal de su cuerpo y la constitución subjetiva, es decir, la humanización.

Así como desde la perspectiva biológica podemos hablar del nacimiento del bebé a la vida, desde la perspectiva psicoanalítica podemos y debemos interesarnos por el nacimiento del bebé a la vida psíquica. Ésta se produce en el entrecruzamiento entre el cuerpo y la relación con el otro primordial, es decir, la madre en la mayoría de los casos.

En el tratamiento de niños con trastornos en su desarrollo nos hemos encontrado con que este aspecto de la constitución subjetiva es poco considerado, o de plano, ignorado.

Pero recluir al minotauro, para seguir con la analogía del mito, no elimina la cuestión. El hecho es que, al encontrarnos con estos niños, nos damos cuenta de que el problema que ha afectado el cuerpo, interferido por la presencia de algún daño biológico, ha interferido también su humanización, y la atención que requiere excede la intervención médica, de rehabilitación o pedagógica.

Sujeto, cuerpo y Otro son los tres elementos que tomamos en cuenta siempre que estamos ante un niño por el cuál nos preguntamos por las vicisitudes de su desarrollo psíquico. Desarrollo para el psicoanálisis no es la maduración y el crecimiento orgánico, sino la historicidad de un sujeto psíquico en devenir.

En este sentido, lo que marca el ritmo del desarrollo es el deseo del Otro primordial, la madre, que opera sobre el niño a través de sus cuidados y su discurso. Lo madurativo se mantiene como límite, no como causa del desarrollo. El sujeto deviene como efecto de la obra del lenguaje. Como tal, está anticipado en el discurso parental, en el deseo de hijo que los padres tuvieron antes de que llegara al mundo.

Desde luego, que tal estructura opere en el niño depende en parte de la permeabilidad que lo constitucional y lo madurativo le ofrezcan desde el plano biológico.

Pero sobre todo, en forma decisiva, depende de la insistencia con que los personajes tutelares del niño sustenten esta estructura.

En la función materna, formadora, ya está presente desde el inicio la función paterna. Por un lado, por el desdoblamiento de su propio deseo, hacia el hijo y hacia el padre, y, por otro lado, porque en su discurso y en las acciones de cuidado con su niño, ya está presente el «mapa» de la significación sexual y social del cuerpo del pequeño.

Lo que se desarrolla es la capacidad del niño de apropiarse de estas instancias y, consecuentemente, del uso de los sistemas simbólicos que organizan sus relaciones de objeto.

La aparición del juego como práctica constitutiva de su subjetividad, es capital para el desarrollo del niño, ya que a través de esta práctica el niño despliega, configura y constituye su capacidad simbólica, es decir, su advenimiento como sujeto.

¿Problemas del desarrollo?

Problematicemos la pregunta. Frecuentemente pensamos que hay un problema en el desarrollo cuando vemos que las cosas que esperamos en el niño no están ocurriendo en el tiempo esperado. Pero, ¿quién espera? ¿La neurología?, ¿la psicología?, ¿los padres?

Es cierto que existe un saber efectivo acerca de la infancia que define estas pautas de «espera», pero la dificultad consiste en que a este saber le cuesta mucho reconocer sus límites.

¿Cuándo es dable esperar que pueda dormir sólo en su cuarto?, ¿que deje el biberón?, ¿que dé sus primeros pasos?, ¿que hable?, ¿que deje sus pañales?

Quien se arriesgue a contestar proponiendo un patrón de normalidad en este terreno, pronto se dará cuenta que es insostenible.

Para mantenernos en la línea de una perspectiva integral, hemos de decir que para que un sujeto se constituya, proceso en el cual pone el énfasis el psicoanálisis, no es necesario esperar a que un niño camine, sobre todo si está afectado por un daño motor.

Un niño con parálisis cerebral, por ejemplo, que tiene severas limitaciones en su coordinación motora, no por eso dejará de interesarnos en su constitución subjetiva, ni él será menos sujeto de deseo que otros niños que gozan de un cuerpo sano, sin afectación.

Es verdad, sin embargo, que estos accidentes del desarrollo, plantean una serie de obstáculos a la estructuración psíquica, y, en sus efectos traumáticos, pueden ponerla en cuestión. Pero también es cierto que no es del cuerpo, sino de la simbolización que en él opere, que depende esta estructuración psíquica.

Cuando algo en el cuerpo del niño ofrece una imagen que impide o dificulta el trazado de una imagen corporal como substrato del sujeto que devendrá, los padres, se ven en la dificultad de sostener una relación que simbolice la relación con ese niño, y se enfrentan con un real del cuerpo diferente del hijo que, imaginariamente, cae sobre el cuerpo de ellos mismos.

Una vez que esto acontece, los padres se ven en la labor de reconstruir el encuentro con el hijo que es, o distanciarse de él porque los confronta. Una forma encubierta de distanciamiento es refugiarse en el discurso técnico.

Interminables «estudios médicos», con finalidad diagnóstica, técnicas de tratamiento especializadas, les dicen a los padres qué hacer con esto que no saben cómo tratar.

Queda sustraída así toda posible elaboración de lo que los padres no saben: como relacionarse con *su* hijo. Y el lugar de esa pregunta se rellena por un saber que no sabe reconocer su límite.

Es posible, entonces, que podamos plantearnos que no arrojemos a estos niños a un vacío de significación, a una eliminación de la pregunta por la subjetividad implicada, desde las alturas de la ciencia, tal como si los arrojásemos al abismo, como antiguamente se los arrojaba desde las alturas del monte Taigeto.

Particularidades en la constitución subjetiva en niños con problemas del desarrollo

El centro del interés psicoanalítico en el tratamiento de niños con problemas del desarrollo se sitúa en torno al concepto de estructuración psíquica. Ir hacia los tiempos de constitución del deseo, a los inicios de un sujeto del inconsciente. Las preguntas de aquí derivadas, aunque parezcan simples, son complejas y de no fácil respuesta: ¿hay posibilidades de constitución subjetiva en niños con severos retardos mentales o limitaciones corporales?; ¿ai las hay, en qué consisten?, ¿se puede salir de la alienación, de la indiferenciación en la que comienza toda vida psíquica?

La vida psíquica del bebé, cual sea, se organiza en función del deseo de hijo de quien ejerce la función materna. Dicho deseo surge espontáneo, y no puede ser reeducado o forzado a surgir, sino destrabado en su consecución por un trabajo analítico.

Un trabajo con la singularidad de cada caso

Los retrasados no existen; como grupo, «los» alienados en su identidad por un diagnóstico no existen, existe cada uno, en su radical y absoluta singularidad. Y es así como los toma el psicoanálisis, caso por caso.

Como resultado del tratamiento e investigación de estas singularidades se han podido precisar las particularidades propias en la

subjetivación de los niños nacidos con algún síndrome o que presentan problemas de desarrollo asociados con alguna discapacidad.

El sujeto, como puntualizamos, nace en el campo del Otro, de su deseo. El nacimiento biológico no equivale ni garantiza el nacimiento a la vida psíquica, es un hecho derivado de ahí. Pero todos, con síndrome o sin él, dependemos de este hecho para ser. Entonces, ¿cuáles son las particularidades que se despliegan cuando de quien se trata es un niño afectado por algún síndrome o por alguna otra discapacidad?

Cuando un niño nace diferente (¿diferente?, aquí empiezan los problemas), ¿diferente a qué?, ¿diferente a quién? Podríamos decir, simplemente, que un niño ha nacido, y que eso es: un pequeño que comienza su vida y que requiere, para acceder a la vida psíquica, que lo convoquen, que lo llamen, que lo deseen, haya nacido como haya nacido. Pues bien, muy otro tipo de cosas es lo que ocurre.

Nace diferente, al esperado, al deseado, al preconcebido, eso, en el mejor de los casos, siempre ocurre, pero si a ese primer impacto se le agrega que nace con una patología orgánica, la diferencia se instala, a veces inamovible y congelada en el cuerpo diferente, que no responde, en la vida psíquica que queda apenas esbozada como promesa rota, no realizada.

Los padres, a partir de este primer impacto, conciben dos preguntas que los acompañarán de continuo y determinarán en alguna medida la relación con sus hijos: ¿será normal? ¿Se morirá pronto? La novela familiar construida alrededor del hecho estará coloreada de muerte, unas veces asumida como fantasía consciente, otras veces silenciada en una sobreprotección aniquilante. Desahogarlas, elaborarlas, integrarlas, permitirá limpiar el terreno para una relación vivificante con el hijo.

Cuando el encuentro con el hijo se demora, por encontrarlo un extraño, por no reconocerse en él, la formación de la imagen especular se dificulta, pues el niño se ve como fue mirado, primera identificación que sustenta el advenimiento del Yo.

La opacidad de la mirada de la madre impide que éste se vea como diferenciado de ella. Si el niño no encuentra mirada, si no es acogido en una maternación deseante, comienza a perturbarse la subjetivación.

La constitución del plano simbólico se dificulta, entre otras cosas, porque la relación simbiótica extendida no da lugar ni cabida al padre, como tercero que separe. O acontece una abrupta ruptura de la dualidad, porque el niño no se siente convocado por la madre, entonces cesa en su llamada, y en su intento por ligarse a la vida.

Diagnóstico es destino, parece ser la advertencia que pesa sobre estos niños, marcando un futuro anticipado cuyas vías quedan determinadas de antemano. Frente al «no hay nada que hacer» de un diagnóstico médico contundente, por el contrario, tenemos que plantearnos que hay todo por hacer, que la limitación orgánica, aunque delimita un borde, no es un límite que impida que haya buen desarrollo psíquico, que se constituya un sujeto deseante.

La limitación orgánica que determina el nivel de inteligencia no explica de ninguna manera la inhibición del proceso del pensamiento, de la creación del símbolo. Sin embargo, la intervención pedagógica con frecuencia confunde una inteligencia baja con una imposibilidad en el pensar, y crea programas de entrenamiento, o adiestramiento en las habilidades sin tomar en cuenta que la creación del símbolo, la matriz simbólica, se genera en la relación con la madre, en la oportunidad que el niño puede tener con ella de simbolizar la ausencia, de registrar, experiencial y simbólicamente, la falta, de desplegar la metáfora. Si esto no acontece al interior de la relación vincular con su madre, el niño no puede abrirse a la experiencia formativa instrumental. No habrá terapia de lenguaje que lo haga hablar pues no hay llamada, no habrá terapia cognitiva que lo haga aprender pues no hay símbolo de la falta.

Desafortunadamente, en estos casos, la ausencia de psicosis no es la regla, es la excepción, y no porque sea el resultado de la limitación misma, inherente a la condición del niño, sino porque la maternación se vio interferida, abrumada por la vivencia de desastre del nacido diferente.

Intervención psicoanalítica.

Alternativas de tratamiento

Este abordaje posibilita intervenir en la exclusión a la que son sometidos los niños con dis-

tintos tipos de problemas del desarrollo, y promover el progreso en la constitución subjetiva que se encuentra interferida.

Para ello es necesario confrontar el prejuicio de la normalidad, de la ortodoxia psicoanalítica que había venido excluyendo tradicionalmente el trabajo con débiles mentales.

El psicoanálisis trabaja de continuo en un borde: entre la limitación que impone el daño físico y las potencialidades de la estructuración psíquica posible de ser promovida. Una intervención temprana, integral e interdisciplinaria a padres e hijos, que incida en esa dificultad y en lo posible prevenga graves trastornos, es la más indicada.

Siguiendo nuestra analogía con el mito del minotauro, hemos de proponernos, entonces, sacar al minotauro del laberinto, o más precisamente, sacar al niño del minotauro como imagen terrible que no permite verlo como humano, pero no sólo del laberinto constituido por su propia limitación, sino también del constituido por la primacía de las disciplinas médica y educativa que han tomado como propiedad casi exclusiva la atención del problema, como si descartaran de antemano toda posibilidad de vida psíquica, de deseo.

Podríamos quedar atrapados en el dilema salomónico de la repartición: ¿Compete a la medicina atenderlo?, ¡por supuesto!, tiene un cuerpo enfermo. ¿A la pedagogía?, ¡también!, hay que enseñarlo a que sea funcional. ¿A la psicología?, ¡claro!, hay que medir sus capacidades y planear actividades para subsanar los déficit. ¿A la sociología?, ¡desde luego!, hay que pensar como integrarlo a la sociedad. ¿Corresponde acaso al psicoanálisis?, ¡sin lugar a dudas, hay que promover las posibilidades de constitución subjetiva. ¡Cada quien un pedacito! Definitivamente no es repartible. La interdisciplinaria que opera integrada en un esfuerzo unificado por un mismo fin, es ahora una realidad concreta que debemos asumir.

Producir la salida del impacto de un cuerpo diferente, atrapante tanto para los padres como para el niño y quienes lo rodean. Atravesar el laberinto del rechazo, de la decepción, del duelo por un hijo ideal, de la muerte que acecha como deseo o como realidad, de las compensaciones simbióticas alienantes, de los prejuicios normalizantes, de la exclusión.

Tal es la labor de Teseo y Ariadna, figuras míticas que convocan al trabajo en la interdisciplinaria, para construir a partir de incluir al diferente, la salida del laberinto, y hacer posible la emergencia de una singularidad. No sin riesgos, no sin dificultades, no sin esfuerzo teórico y emocional.

Mucho se ha discutido sobre si es necesaria una formación especializada en el trabajo psicoanalítico con niños, o si ésta se deriva de la formación de todo psicoanalista. Lo que nos muestra el trabajo sistemático y continuo con este tipo de casos es que el abordaje de los problemas de desarrollo con niños afectados por patologías orgánicas presenta numerosas particularidades que requieren adecuaciones técnicas que desde la ortodoxia psicoanalítica no se podrían realizar. ¿Cuál, específicamente, es la función del analista en estos casos? Hacer un maternaje, dirá Winnicott; aportar un significante, dirá Rosine Lefort; aportar las distintas castraciones, dirá Françoise Dolto; contribuir al edipismo, dirá Eric Porge, y todo encaminado a la emergencia de un sujeto deseante. Sin embargo, esto no puede ser posible desde el marco clásico del consultorio y el diván.

Como alternativa, pero no como camino único sino complementario, se propone, por ejemplo, el «acompañamiento terapéutico» como un tipo de intervención psicoanalítica orientada, que media entre un trabajo profundo con la subjetividad y una dinámica familiar interferida por la diferencia, imposibilitada de ejercer el maternaje necesario. Insisto, con sus riesgos. Pero nada ocurre si uno no se arriesga.

Estas propuestas nos hacen reflexionar sobre la teoría del vínculo, sobre la transferencia y sus particularidades en el trabajo con niños y las psicosis, sobre la función constitutiva del juego dado en una relación terapéutica que provee del espacio y del tiempo denegados e éstos niños y, sobre todo, de un alguien a quien dirigirse. No hacer nada en lugar de ellos, riesgo mayor que hay que desafiar so pena de extender el trato familiar y social que suprime el nacimiento psíquico al mundo del deseo. No hacer por ellos, en lugar de ellos, pero sí con ellos.

El tratamiento psicoanalítico de niños con problemas del desarrollo se plantea también

cuestionar el movimiento de la integración educativa como programa escolar vigente hasta ahora en nuestro sistema educativo. En lo esencial, denuncia la exclusión de la interdisciplinariedad, medida paradójica, ya que lo que dicen querer promover es la integración. No se trata de curar, sino de educar, se declara, y haciéndolo se parcializan las necesidades integrales de atención que tienen los niños con discapacidades, como si se tratara sólo de entrenarlos sin enseñarlos a vivir. La atención psicológica en el medio educativo se ha desterrado, y las consecuencias no se han hecho esperar.

¿CÓMO HACER?

Las que siguen son algunas precisiones que han formado parte del trabajo psicoanalítico con niños con problemas en el desarrollo, sólo son posibles líneas guía de trabajo.

1. Establecer lo real. Que en términos de la intervención psicoanalítica consiste en definir, del modo más preciso, el límite que afecta al niño, en cuanto a sus posibilidades funcionales.
2. Si bien es cierto que para condenar a un niño nunca es demasiado tarde, si es que se yerra en el diagnóstico, o se fija en él, también es cierto que dejar a los padres a la deriva de supuestas catástrofes o supuestos milagros puede resultar una verdadera condena para ese niño.
3. Lo real, en este contexto, es lo que opone como límite efectivo en el momento en que lo simbólico pugna por imponer su movimiento.
4. Desdoblar la escucha de la demanda.
5. Es necesario que desde el inicio se haga presente una doble escucha: a) la que tiene que ver con lo real en su propio campo, el médico, el fisiológico, y b) la que se propone operar sobre este real desde el campo psicoanalítico, de la estructuración psíquica.
6. Jerusalinsky y sus colaboradores (cuyas referencias componen también este trabajo) proponen que se haga una admisión conjunta: médico-neuro-pediátrica y psicológico-psicoanalítica.
7. Establecimiento y desarrollo de la transferencia.
8. Sabemos que el tratamiento discurre plenamente desde ella. El proceso va desde una idealización inicial del terapeuta, correlativa de una regresión de los padres a una posición de «no saber cómo criarlo», luego una depresión por autoculpabilización, seguida de una agresivización de la relación con el terapeuta, y finalmente una desidealización.
9. Es necesario que el terapeuta logre renunciar a su saber supuesto, en un ejercicio incesante de hacer trabajar en los padres lo que no se puede responder del «destino» del niño.
10. El terapeuta deberá renunciar a su pretensión narcisista de ver «su obra acabada».
11. Denegación del deseo de muerte.
12. Es algo que acompañará prácticamente todo el tratamiento. La pregunta constante será: ¿qué hacer con este real de «cuerpo monstruificado» que emerge a cada instante? Con lo real, los humanos nada podemos hacer sino anudarlo a lo simbólico para poder hablar de él.
13. La denegación permite que los padres se sitúen en relación a la deficiencia en la posición de «sabemos que es deficiente, pero para nosotros, en lo cotidiano, es como si fuese normal», o «no es que no nos preocupe, sino que tenemos que vivir el día a día». Les permite convivir con su hijo diferente en un plano de «normalidad» pero con importantes efectos normalizantes para el niño.
14. Este proceso de denegación sólo es posible a partir de la elaboración del trauma inicial.
15. Vacilaciones en el Yo ideal del niño.
16. Cada vez que éste demuestra su fragilidad, el trabajo técnico, de rehabilitación, hace una pausa, para dar lugar a una intervención analítica.
17. Momentos que reabren la crisis de aceptación social.
18. En el tratamiento, es necesario tomar en consideración las distintas cuestiones de la vida social y familiar que desestabilizan la situación del niño. Las primeras salidas a lugares públicos, el cambio de institución,

la escolarización, la pubertad, el fin del tratamiento.

19. Es importante que el terapeuta sepa poner punto final a la fase en que le tocó intervenir con algún niño, y no prolongar de más la intervención.

Hay mucho más que precisar, pero hacerlo sería tanto como pormenorizar cada asunto importante y sería tanto como hacer el recorrido por ustedes, terapeutas potenciales, de algún niño potencial que visite sus consultorios. Yo he hecho mi recorrido por el laberinto, guiada, y he aquí que he salido, y comparto con ustedes algo de lo que ha sido esta experiencia. Pero no puedo hacerlo por ustedes, si se sienten convocados, hagan su propio recorrido, generen sus propias preguntas, construyan sus propias respuestas, acompañense de Teseo y Ariadna para salir del laberinto, y constituir salida para estos niños y sus padres, que también esperan, no sólo que construyamos salida, sino también, que trabajemos por gestar en ellos su deseo y posibilidad de construir salida.

Para terminar, un fragmento de la obra de Bertoldt Brecht, poeta alemán:

A los hombres futuros

Vosotros, que surgiréis del marasmo en el que nosotros nos hemos hundido, cuando habléis de vuestras debilidades, pensad también en los tiempos sombríos de los que os habéis escapado. Cambiábamos de país como de zapatos a través de las guerras de clases, y nos desesperábamos donde sólo había injusticia y nadie se alzaba contra ella. Y sin embargo, sabíamos que también el odio contra la bajeza desfigura la cara. También la ira contra la injusticia pone ronca la voz. Desgraciadamente, nosotros, que queríamos preparar el camino para la amabilidad no pudimos ser amables. Pero vosotros, cuando lleguen los tiempos en que el hombre sea amigo del hombre, pensad en nosotros con indulgencia.

Estructura familiar de las jóvenes en la calle del Instituto Pro-Infancia y Juventud Femenina A.C.

Madeleine Contreras Davito

La calle no tiene fronteras, es para muchos el refugio que no se encuentra en la casa; niños y adolescentes que van en búsqueda de liberarse de agresiones y maltratos. Se emplean en actividades callejeras para subsistir, con unas cuantas monedas que el transeúnte va dejando a su paso, comen lo que sea y cuando sea, para algunos ni siquiera el hambre es una necesidad. La delincuencia es una de las actividades que más están a su alcance, pues predominan los que se dedican a esto por lo que es más fácil partir de lo divulgado en el ambiente.

Víctimas de la desesperación y en medio de una gran confusión, presas del vacío emocional, la única puerta de escape, es el consumo de enervantes, un «toncho» que les haga la vida más llevadera, que los «aliviane». Para ello están los compañeros inseparables en la calle, los que los introducen a este oscuro mundo de la drogadicción (Fernández, 1995).

El sentido de su existencia es cada vez más caótico, no se reconocen en una identidad propia y los pocos rasgos de los cuales se apropiaron, generalmente les sumen en una enorme tristeza. Más vale no recordar algún lazo de consanguinidad; recordar que hay un grupo o familia del cuál provienen, por momentos se convierte en una pesadilla que los persigue y flagela, pero quizás con la esperanza de regresar y que todo sea diferente esta vez (Fletes, 1996). Y si deciden regresar con los suyos, lo hacen con la sentencia de no soportar más que la ocasión anterior; su vuelta a casa será en sus propios términos, sin sospechar siquiera que su presencia está ya bastante desgastada, que representa un fantasma que ha sido ya muy lastimado y que pocas fuerzas tendrá para defenderse.

La estructuración de la familia, el recibimiento del que se ha ido y ha vuelto, los proble-

mas a los que se enfrentan y continúan, entre los que están los de origen económico, marcan los ciclos de adaptación o fases críticas, donde la problemática hace que esa experiencia devastadora en la calle sea un factor más, con el cuál la familia se ve afectada.

El miembro que vivió en la calle deposita en el resto una carga afectiva que en la mayoría de los casos contribuye con más destructividad, agresión o tensión para el grupo en su totalidad.

El tener la posibilidad de enfrentar la problemática existente, el encontrar una salida que no dañe más las fibras más íntimas de los seres que allí coexisten es uno de los anhelos callados que desde la madre hasta el más pequeño de los hijos poseen (Fletes, 1996).

En muchas ocasiones las instituciones de asistencia social contribuyen dando una orientación a las familias, a sus víctimas, dando alternativas para combatir problemas psicosociales como la drogadicción, la prostitución y el maltrato físico o emocional (Sanchez, 1990). Los programas que se implementan en este sentido generalmente se centran en el individuo que se encuentra en estas condiciones.

Existe un acuerdo entre varios autores en considerar a la familia como un todo orgánico, como un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales.

Para Von Bertalanffy (1976), «todo organismo es un sistema, o sea, un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas», por lo que se puede considerar a la familia como un sistema abierto, constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior.

De entre los aspectos de las teorías sistémicas aplicadas a la familia, se resaltan los siguientes:

- a) La familia como sistema en constante transformación o bien como sistema que se adapta a las diferentes exigencias con el fin de asegurar la continuidad y crecimiento psicosocial de los miembros que la componen. Este doble proceso de continuidad y de crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones aparentemente contradictorias, la tendencia homeostática y la capacidad de transformación.
- b) La familia como sistema activo que se autogobierna mediante reglas que se han desarrollado y modificado a través del ensayo y error, que permiten a los diversos miembros experimentar hasta llegar a una definición estable de la relación. La familia no es un recipiente pasivo sino un sistema intrínsecamente activo.
- c) La familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas (escuela, fábrica, barrio, coetáneos), las relaciones interfamiliares se observan en relación dialéctica con el conjunto de las relaciones sociales (Andolfi, 1992).

Por ello es importante la exploración de las relaciones interpersonales y las normas que regulan la vida en los grupos en los que los individuos están arraigados para la comprensión de los comportamientos.

Con lo anterior se presenta una panorámica general conformada por elementos que comparten los autores, los cuáles refieren a la familia como un sistema en constante movimiento, un sistema que interactúa con otros sistemas y en cuyo interior se prepara el individuo para su desarrollo psicosocial.

ESTRUCTURA

La familia es un contexto natural para crecer y recibir apoyo, los miembros a lo largo de su historia han elaborado pautas de interacción, las cuáles constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, definiendo su gama de con-

ductas y facilitando su interacción recíproca. Los miembros influyen sobre la conducta de los otros y ellos a su vez influyen sobre la suya.

Billingsley (1968) retoma la teoría de Parsons, Bales y Shils y analiza a la estructura familiar a través de tres categorías:

- 1] La familia nuclear, se puede concepcionar como incipiente cuando está compuesta únicamente por la pareja marital; simple cuando se compone por la pareja marital y los hijos menores; y atenuada cuando se trata de un solo progenitor y los hijos menores.
- 2] La familia extensa, donde otros parientes se suman a la familia de procreación.
- 3] La familia aumentada, que incluye tipos de situaciones familiares en las que se incorporan al hogar miembros que no pertenecen a la familia (Billingsley, 1968).

Sea cual sea su configuración, el sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. El subsistema individual incluye el concepto de sí mismo en contexto. Contiene las determinantes personales e históricas, extendiéndose hacia los aportes del contexto social, ya que el individuo influye en los demás con los papeles que ha de desempeñar a lo largo de su vida, manifestando en cada una de sus interacciones sólo una parte de sus posibilidades.

Los miembros de la pareja, al decidir unirse, han de resignar una parte de sus ideas y preferencias, perdiendo individualidad pero ganando pertenencia. En este proceso se forma un sistema nuevo que es el conyugal, una de las tareas vitales del sistema de los cónyuges es la fijación de límites que los protejan para la satisfacción de sus necesidades psicológicas sin que intervengan los parientes políticos, los hijos u otras personas. Además, este sistema es básico para el crecimiento de los hijos. En el sistema conyugal, el hijo contempla las manifestaciones de afecto, el apoyo en momentos difíciles y la manera de afrontar conflictos entre iguales, todo lo cual serán herramientas para él cuando entre en contacto con el mundo exterior (Umbarger, 1997).

Si existe una situación importante dentro del sistema de los cónyuges repercutirá en toda la familia. Esto es evidente en problemas psicológicos severos cuando el hijo se puede con-

vertir en el chivo emisario o bien ser adoptado como aliado de un cónyuge contra el otro.

El subsistema parental incluye en sus interacciones la crianza de los hijos y las funciones de socialización, es de dónde el niño aprende lo que puede esperar de las personas que poseen más recursos y fuerza. Aprende a considerar racional o arbitrariamente la fuerza. Llega a conocer si sus necesidades habrán de ser contempladas y aprende a comunicar lo que desea.

El subsistema parental tiene que modificarse a medida que el niño crece y sus necesidades cambian. Por ejemplo, en las familias con adolescentes se ha de practicar la negociación de manera diferente a las familias con hijos pequeños, ya que a los hijos mayores habrá de concederles más autoridad, pero también se les exigirá más responsabilidad. Los problemas de control son endémicos en el subsistema parental, ya que los padres tienen este derecho de ejercer la autoridad y fijar las reglas que protejan a todos los miembros de la familia (Minuchin, 1981).

Los hermanos son un apoyo importante, ya que por medio de las interacciones entre ellos, los individuos negocian, cooperan y compiten. Se entrenan en hacer amigos y en tratar con enemigos, en aprender de otros y en ser reconocidos, este proceso promueve tanto su sentimiento de pertenencia a un grupo como su individualidad vivenciada en el acto de elegir y de optar por una alternativa. Estas pautas cobrarán significación cuando ingresen en grupos de iguales fuera de la familia, el sistema de los compañeros y después al mundo de trabajo.

PAUTAS

La familia interactúa a través de pautas que son recurrentes y predecibles. Estas son las pautas que reflejan las afiliaciones, tensiones y jerarquías importantes. En la mayoría de las familias hay múltiples pautas de alianza entre las personas, apoyándose y ligándose afectivamente. Pero también existen alianzas de otros tipos, que se dan cuando las personas se unen en oposición a otro miembro de la familia, en estos casos es más apropiado emplear el término coalición (Minuchin y Colapinto, 2000).

En todas las familias hay pautas que organizan la jerarquía del poder. De esta forma se toman decisiones y se controla la conducta de los miembros. Las pautas de autoridad son un aspecto básico de la organización familiar, ya que desencadenan o bien la convivencia armónica o el conflicto, y están sujetas a cuestionamiento cuando los miembros crecen y cambian.

Las pautas, además, son la expresión concreta de reglas implícitas, definen expectativas, límites, y así los miembros de la familia saben lo que está permitido y lo que no (Minuchin y Colapinto, 2000).

FRONTERAS O LÍMITES DENTRO Y FUERA DE LA FAMILIA

La claridad de los límites dentro de la familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. La permeabilidad de las fronteras expresa las realidades de acceso y privacidad; la firmeza de las fronteras entre los subsistemas varía según el estilo particular de cada familia.

Hay familias que se desarrollan con límites muy rígidos, dificultando la comunicación entre sus miembros y la sensibilidad hacia las necesidades de otros; los integrantes de la familia pueden ser autónomos pero les es difícil solicitar apoyo cuando lo requieren, poseen un fuerte sentido de independencia pero carecen de un sentimiento de lealtad y pertenencia.

Los límites de la familia cambian con los movimientos individuales, algunos se van y otros llegan, parientes, amigos, vecinos e hijos adoptivos pueden ser incorporados dentro de los límites de una familia dada. Los límites pueden ser físicos y psicológicos, y cuando existe ambigüedad puede surgir tensión y disfunción total de la familia.

Por su parte, la sociedad protege a la familia, le brinda un límite particular que la contiene, en eventos como los funerales, las bodas o las fiestas religiosas.

Algunas familias se vuelcan hacia sí mismas desarrollando su propio cosmos, generando una preocupación excesiva por los miembros, la distancia entre ellos disminuye y los escasos límites obstaculizan la diferenciación de sus miembros.

Cuando tienen lugar las transiciones al interior de las familias, la familia tiene que reacomodar sus propios límites y su forma de relación con el exterior para un adecuado crecimiento del grupo y cada uno de sus miembros.

ROLES

Los roles incluyen las expectativas culturales de la conducta, y es en la familia donde dichos roles se aprenden y se ponen en práctica, es importante enfatizar que éstos cambian y se modifican durante el curso de la vida familiar. Los roles pueden ser implícitos o instrumentales, implícitos o emocionales.

La familia sana desempeña adecuadamente roles explícitos según la edad, la competencia y las necesidades, en las diferentes etapas de la vida familiar. Las familias perturbadas experimentan serias dificultades en el manejo de los roles. Existe controversia entre los autores, ya que algunos argumentan que la diferenciación por sexo determina también las funciones instrumentales y otros, como Billingsley (1968), cuestionan la postura anterior, que marca diferenciaciones sexuales, argumentando que las familias pueden tener fluidez en sus roles ganando fuerza para el desempeño de tareas cotidianas. Un padre imposibilitado para el trabajo podrá contar con la ayuda de la madre y los hijos que se encargan del sustento material.

La familia no es estática, está en un proceso de cambio continuo, lo mismo que los contextos sociales, además se encuentra sometida a presión interna, originada por la evolución de sus miembros y por los particulares requerimientos externos para acomodarse a los grupos sociales significativos para este grupo. La respuesta a estos requerimientos exige una transformación constante de la posición de los miembros en las relaciones mutuas (Minuchin y Colapinto, 2000).

Además como sistema vivo, la familia intercambia información y energía habiendo por ello fluctuaciones entre períodos de desequilibrio y períodos de adaptación, se da entonces una creciente complejidad en el proceso donde uno de los retos principales es brindar el apoyo necesario a los miembros. Lo importante es que

cuando se da una pauta habitual que no funciona la familia tenga la capacidad de movilizar pautas transaccionales alternativas para una reestructuración cuando las condiciones internas o externas lo soliciten.

Probablemente cuando se presenta algún tipo de tensión sea intrasistémica, como el nacimiento de los hijos, su crecimiento, un luto o bien los cambios intersistémicos, como mudanzas, modificaciones del ambiente o cambios en los valores vendrán a pesar sobre el sistema del funcionamiento familiar y es justamente en ocasión de estos cambios o presiones cuando surge la mayoría de las perturbaciones.

Es importante comprender que, en algunos casos, los problemas conductuales que se manifiestan durante períodos de transición no son necesariamente patológicos ni permanentes, probablemente constituyen un esfuerzo de la familia por explorar y adaptarse

Cada familia tendrá una estructura particular, sin embargo, hay ciertas características que hacen que en el grupo surjan mayores conflictos, en el caso de las familias del niño de la calle se han descrito varios aspectos que se relacionan con las dificultades que atraviesa dicho grupo sin una adecuada solución que permita el crecimiento de sus miembros.

Generalmente las comunidades donde viven los niños callejeros y sus familias se ubican en zonas marginadas económica y socialmente, son familias que se ubican entre la pobreza extrema y el rechazo social, donde la madre es quien cuida de los hijos y el alcoholismo del padre o padrastro está presente en la vida familiar como un elemento generador de violencia. Se da la ausencia de la unión de los padres naturales, pues los niños viven con parejas donde ha fracasado un primer intento de formar una familia y prevalecen las crisis emocionales.

La violencia doméstica forma parte de las relaciones cotidianas entre los miembros de la familia, existe el silencio cómplice que limita a las mujeres y a la sociedad frente al problema, pues se da la creencia de que nadie debe intervenir (Fernández, 1995). En la mayoría de los casos los receptores de violencia no denuncian los actos, lo que quizás ocurre más a menudo es que las mujeres abandonan al marido. Intervienen entonces mecanismos de la sociedad

patriarcal, imposibilitándose a las mismas mujeres para enfrentar el conflicto a nivel familiar. Las madres de los niños en la calle se emplean en trabajos no calificados por su escasa instrucción escolar.

Entre los tipos de violencia que se dan en estas familias están:

- a) La psicológica. Que se expresa con la comunicación inadecuada, tensión, falta de respeto, silencios, indiferencia, desconfianza, exigencias, ofensas, desprecio, discordia, anulación, carencia de sentimientos positivos.
- b) La física. Golpes del padre o padrastro hacia los hijos y la mujer, donde a veces las mujeres manifiestan la preferencia de aguantar los golpes del marido para que los hijos no salgan a la calle.
- c) La verbal. Generalmente acompaña a los golpes, sobretodo cuando el hombre llega alcoholizado.
- d) La económica. Algunas madres sostienen económicamente a sus parejas cuando estos tienen largos períodos de desempleo hasta que la situación se vuelve crónica. Mientras exige a los hijos que trabajen en la calle y lleven determinada cantidad de dinero.

Las presiones económicas determinan en gran medida la dinámica familiar pero también influye la formación como personas que se da en determinada cultura. La violencia tiene sus bases en un patrón aprendido pues generalmente fue vivido por los padres en su infancia, adolescencia y primer matrimonio.

Entre las actividades que realizan los padres están: la madre, en servicio doméstico, vende chicles, ama de casa, venta de alimentos, lavado de ropa ajena, venta de periódico, pide en la calle, cocinera, obrera; el padre, vende chicles, albañilería, jardinería, venta de flores, policía judicial, lavado de autos, mesero. En fin, en su mayoría subempleos u oficios mal retribuidos.

La organización de la familia es compleja, ya que debido a las necesidades económicas los miembros recurren a los que estén al alcance, sobretodo para cuidar de los más pequeños, los hijos mayores se encargan de los menores o bien los dejan al cuidado de otro pariente cer-

cano, los abuelos son de gran apoyo además del cuidado para proporcionar elementos necesarios para la sobrevivencia.

Las actitudes de la familia, sobretodo cuando se da algún tipo de asistencia externa, suelen ser de sorpresa porque alguien se preocupa por el muchacho sin procurar una sanción, después dan una larga lista de explicaciones, hasta que la madre confiesa sentirse responsable de los errores cometidos en la crianza de sus hijos, entonces fluyen con espontaneidad sus sentimientos, dolores, tristezas y las pocas esperanzas de que el niño cambie. La relación es compleja porque también dicen quererlo y desean que el niño esté con ellos, pero se sienten incapaces de hacer algo para que mejore la situación del niño.

Sienten que no es su responsabilidad lo que le ocurra al niño, por lo que son indiferentes en su cuidado, en general tiene pocas demostraciones de afecto, siendo la relación con él de violencia y agresión psicológica.

En ocasiones la familia extensa empieza por dar apoyo pero después se cansa de la situación crónica e invariable en este grupo.

La gama de niños que viven en circunstancias especialmente difíciles es variada y comprende varias categorías: niños indígenas, jornaleros, trabajadores, maltratados y víctimas de abuso, discapacitados, fármaco-dependientes, infractores. Aquí se habla solamente de niños en la calle. Para ello es necesario diferenciar esta categoría de otras con las que está íntimamente relacionada, como son los niños de la calle y los niños en riesgo.

Los niños de la calle

Son aquellos menores que han roto los lazos familiares, se han separado totalmente de su familia, viven en la calle y ésta es su medio de vida, dependen de sus propios esfuerzos para cubrir todas sus necesidades básicas. En la calle se dedican a actividades de subempleo, vagancia y/o delincuencia. Son vulnerables a la violencia y a la explotación por parte de otros, incluyendo autoridades públicas.

Los niños en la calle

Son aquellos menores que realizan actividades de subempleo para contribuir al gasto familiar, viven en sus casas, las que abandonan por

días, por tiempo completo o por medio tiempo para ganar dinero, no han roto los lazos familiares y manifiestan irregularidad en su asistencia a la escuela o han desertado de la misma (Sandoval, 1999).

Comparten ciertas características del grupo anterior, como las actividades en las que se emplean y la violencia a la que se ven expuestos

Niños en riesgo

Son aquellos menores que por pertenecer a una familia que vive en una situación económica precaria y por faltar frecuentemente o no asistir a la escuela, resulta muy probable que sean expulsados del seno familiar u orillados a aportar medios económicos para el sostén de la casa.

En estos niños, los lazos familiares están debilitados. La ruptura del vínculo familiar constituye el punto de partida del proceso que lleva al menor a transformarse en un niño de la calle (Sandoval, 1999).

En medio de la reflexión es posible pensar que nos encontramos rodeados de ellos y ellas, la mayoría de las veces están sucios, descuidados, llevan ropa grande, sus rostros reflejan tristeza y la mayoría de sus necesidades básicas, como los son las biológicas, no han sido satisfechas.

El menor, en general, tiene que pasar de una realidad social personal a un mundo de relaciones, en el que algunas de las situaciones con las que tiene contacto, el proceso de adaptación y aprendizaje, no es fácil y en el caso especial de estos individuos se presenta serias dificultades para ser aceptados y aprendidos aspectos de su realidad, como lo son la pobreza social y cultural, el analfabetismo de los padres, la poca comunicación, la privación afectiva, la falta patrones de comportamiento que facilitan las oportunidades en la vida. Los menores en la calle tienen características físicas, emocionales, familiares y sociales propias del grupo al que pertenecen. El proceso de establecer relaciones sociales fuera del hogar se desarrolló de una manera peculiar, ya que su mismo hábitat fuera de su casa los obligó a desarrollar actitudes y comportamientos antisociales como forma de supervivencia, por ejemplo, si no roban, mendigan o se prostituyen no comen.

A manera de descripción general, sin pretender ser exhaustiva, se dan algunas generalidades de las características del menor en la calle (Álvarez, 1995).

Características físicas

- Algunas veces no aparentan su edad cronológica.
- Su aspecto general es desaliñado.
- Su expresión facial parece reflejar frialdad y dureza.

Características psicológicas

- Susplicacia en la forma de actuar; se adelantan a los hechos.
- Agresividad como mecanismo de defensa, puede ser física o verbal.
- Desconfianza hacia los demás y hacia lo que les rodea.
- Labilidad y vulnerabilidad.
- Ánimo cambiante.
- Autoestima devaluada.
- Conflictos con la autoridad.
- Dependencia de drogas, en su mayoría inhalantes.
- Inicio de la actividad sexual a temprana edad.

Características familiares

- Padres biológicos separados.
- Algún miembro alcohólico, predominantemente los progenitores.
- Promiscuidad o abuso intrafamiliar.
- Pérdida de valores morales.

Características sociales

- Viven en zonas marginales o de concentración.
- La mayoría forma parte de la clase social marginada o pobre.
- Pueden ser explotados como trabajadores no remunerados por las exigencias no acordes a su edad, por ejemplo, ayudan en casa cuidando hermanos o trabajan fuera para traer ingresos.
- Falta de identidad social.
- No asisten a la escuela.
- Presencia de conductas delictivas.

Uno de los factores que tiene más relación con la situación particular del menor en la ca-

lle es el maltrato, conceptualizando éste como aquella acción que limita y altera el desarrollo psicosocial del ser humano e impide la satisfacción de las necesidades, prioritariamente las básicas, entre las que se encuentran hambre, sed, desarrollo de la sexualidad y afecto. Es posible decir que dicho maltrato forma parte de su vida cotidiana.

Las formas de maltrato que se presentan son:

1. Individualizado. Como el que se ejerce de padres a hijos. Por agentes diversos. Tecnología, hambre, mafias como el narcotráfico, pornografía.
2. Institucionalización. Donde es posible que haya desnutrición, violaciones de los derechos o en algunos casos físicos.
3. Sexual. En diversas situaciones, incesto, violación, concubinato obligatorio (menores que viven con adultos), prostitución infantil.

Cabe agregar que la mayoría de los maltratos reflejan una falta de equilibrio psíquico, dificultades en la adaptación, inclusive se puede pensar que el maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión, por ejemplo, el abandono parcial o completo.

Con el anterior panorama es oportuno pensar que la situación de estos menores no es alentadora, sin embargo, la familia también juega en este sentido un papel relevante, en primera instancia es el grupo que provee de lo necesario en materia de desarrollo psicosocial.

En la familia, como ya se revisaba anteriormente, se dan un número de creencias sistematizadas y compartidas por todos los miembros de la familia respecto de sus roles mutuos y la naturaleza de la relación. Así se entrelazan deseos y sentimientos, que en repetidas ocasiones pueden ser contradictorios, prevaleciendo ambivalencias, desestabilizando el equilibrio y la estabilidad de las relaciones.

En América Latina es fácil encontrar, especialmente en la marginalidad, estructuras familiares inestables con modelos de socialización represivos, con baja tolerancia a la frustración, los cuáles dificultan el proceso de una adecuada representación de la realidad y promueven el funcionamiento impulsivo y ansioso (Fletes, 1996).

Los jóvenes en esta situación se convierten en depositarios de ansiedades y agresiones de los miembros del grupo familiar.

En la familia también se fortalece la identidad, tanto como grupo como a nivel personal. Gran parte de la autoestima inicial y la liberación de su sentido precario de omnipotencia dependen de la capacidad de mantener la firmeza y confianza en sí mismo, hasta que encuentre un equilibrio en el poder.

Si a esta realidad interna familiar se suma lo que acontece en el entorno que les rodea, el joven enfrenta situaciones que van haciendo que los problemas se hagan más complejos.

Actualmente pueden existir alternativas para abordar esta problemática social; sin embargo, vale la pena fortalecer las intervenciones con elementos teóricos que brinden una panorámica más amplia, tal es el caso del enfoque constructivista y los aportes de la teoría sistémica (Contreras y Castro, 2002).⁰ No se trata solo de describir lo que sucede, sino de entender que se forma parte del problema, y ya sea como investigador o participante las alternativas de intervención son abarcativas e incluyentes.

Referencias

- Álvarez, M. (1995), Aspectos psicosociales del niño de la calle. Perú: Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas. CEDRO.
- Andolfi, M. (1992), *Terapia familiar*, México, Paidós.
- Bertalanffy, L. (1976), *Teoría general de sistemas*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Billingsley, (1968), Citado en Minuchin, P. y Colapinto, J. (2000), *Pobreza, instituciones y familias*, Argentina, Amorrortu.
- Contreras, M. y Castro, M., (2002), Estructura familiar de las jóvenes en la calle del Instituto Pro-Infancia y Juventud Femenina A.C., tesis profesional para obtener el grado de maestro en terapia familiar sistémica.
- Fernández, D. (1995), *Malabareando. La cultura de los niños de la Calle*, México, Universidad Iberoamericana.

- Fletes, R. (1996), *La infancia abandonada*, México, El Colegio de Jalisco.
- Minuchin, S., (1981), *Familias y terapia familiar*, España, Gedisa.
- Minuchin, S. y Colapinto, J. (2000), *Pobreza, instituciones y familias*, Argentina, Gedisa.
- Sandoval, A. (1999), *Pobreza y niños en la calle*, México, Universidad de Guadalajara.
- Sanchez, L. (1990), *Perfil psicosocial del niño de la calle. Un estudio cualitativo de caso*, MAMA A.C., tesis profesional, Facultad de Psicología, ITESO.
- Umberger, C. (1997), *Terapia familiar estructural*, Argentina, Amorrortu.

Evaluación de una experiencia participativa en la prevención del abuso sexual infantil en Puerto Vallarta, Jalisco

Esperanza Vargas Jiménez¹ y Remberto Castro Castañeda

CONTEXTUALIZANDO EL ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)

El delito sexual es sin duda un tema por demás escabroso, principalmente porque se tratan problemas sufridos por seres débiles en todos los aspectos, carentes de capacidades para defenderse, pedir ayuda o simplemente expresar su desagrado por el abuso del que son víctimas; ni siquiera son capaces de quejarse del dolor que les infringen; y lo que les queda es aceptar la situación como la única manera de recuperar la tranquilidad (Barudy, 1998). Aun cuando esta situación sólo consiga que el victimario se cobije en el silencio de su víctima, lo cual equivale a vivir con el lobo en casa.

En *Tótem y Tabú*, Freud señalaba la prohibición que existía en algunas tribus de tener relaciones sexuales entre familiares cercanos, lo cual tenía, entre otras finalidades, la de proteger a los niños y a los débiles, y que en muchos casos el castigo por violar este tabú era la muerte mediante el linchamiento. Esto, por más que se quiera evitar, no siempre es posible.

Desde el siglo pasado se han venido registrando denuncias aisladas de esposas golpeadas e hijos maltratados, pero sólo en los últimos 20 años se ha convertido en foco de atención como problema social. Principalmente en algunas publicaciones en el campo de la medicina que describen los signos propios del «Síndrome del niño maltratado».

Tuvieron que pasar algunas décadas para que las personas empezaran a darse cuenta de la cantidad y gravedad de este tipo de prácti-

cas. Tanto es así que a pesar de que las cifras aumentan cada vez más, se considera que sólo es una parte de los delitos sexuales que se cometen en el seno de las familias.

En un informe realizado por la Naciones Unidas en 1998,² considerando desde luego que el abuso sexual abarca muchas formas y actitudes, reporta que tan solo en España aproximadamente 23% de las niñas y 15% de los niños han sido, en algunas de las formas, abusados sexualmente; de los cuales, el 46% de los casos suceden de manera repetida, siendo los casos más frecuentes en edades de 10 a 13 años, y con mayor incidencia en zonas urbanas.

Se estima que la proporción de individuos agredidos sexualmente antes de los 18 años es de 20% en las mujeres y 10% en los hombres (Finkelhour, 1994, citado en Cirulnyk, 2003). Niños y niñas no corren los mismos riesgos, las primeras sufren doble número de agresiones sexuales y los niños o niñas más expuestos se encuentran en las familias tradicionales (Cirulnyk, 2003)

Es de notar que la incidencia del 15%, en las que se reporta delito, puede ser mucho más alto considerando que en el caso de ataque a hombres es más difícil reportarlo, ya que, dada la cultura, es más humillante, y quien se anima a denunciarlo se arriesga a ser tildado de homosexual o simplemente se pone en duda su virilidad.

Respecto a la situación de México, y de acuerdo a los datos obtenidos en el área Metropolitana del Distrito Federal (2001), utilizando la encuesta como instrumento, los resulta-

¹ Profesor docente Asociado C, adscrita al Centro Universitario de la Costa de la Universidad de Guadalajara.

² Informe elaborado por Save The Children, 1998. Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño.

dos fueron verdaderamente reveladores: en una de cada tres familias hay algún tipo de violencia; lo agresores generalmente son hombres (85.3%) y en el 99% de los casos hay maltrato emocional (Pastrana, 2001)

Ubicando el fenómeno en nuestra región, El Centro de Estudios Especializados de la Familia documentó, en el lapso que va del 2001 al 2005, que el 12 % de las familias que solicitaron el servicio psicológico, refirieron como problema secundario que alguno de sus miembros había sido víctimas de abuso sexual infantil.

Más allá de las estadísticas presentadas, los estudios muestran que se trata de un fenómeno mundial, profundamente arraigado y con una gran complejidad social y cultural. A este respecto, un informe presentado en junio de 1998, conjuntamente por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, se expresa lo siguiente:

Además de quemaduras y otras lesiones corporales, el maltrato infantil puede tener consecuencias a largo plazo para la salud mental, como son la depresión, los intentos de suicidio y el síndrome de estrés postraumático. La violencia que incluye agresión sexual también puede causar enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y otros problemas de salud sexual y reproductiva.

El panorama expuesto con anterioridad obliga a las instituciones y los académicos a ofrecer alternativas de solución ante una problemática que altera muchísimas área en la vida del ser humano, limitando en muchos individuos la capacidad de experimentar con optimismo y entusiasmo el acontecer cotidiano. Al respecto cito el estudio realizado por Lie y Boudewyn (2000: 369), quienes argumentan:

Las experiencias de maltrato, ocurridas en la primera infancia predice una mayor frecuencia de abuso sexual en la infancia y un aumento de maltrato en las relaciones adultas en forma de notificaciones más frecuentes de abuso físico, emocional y sexual. El maltrato infantil predice un peor funcionamiento individual en forma de niveles más elevados de depresión y niveles más bajos de autoestima. La autoinculpación con respecto al abuso sexual infantil y al maltrato en las relaciones adultas también predicen un peor funcionamiento personal y

social para los individuos con una historia de abuso sexual».

Consideramos además que atendiendo la prevención del abuso sexual infantil desde la perspectiva del bienestar del menor estaremos atacando de igual manera las situaciones de delito sexual con implicaciones comerciales, como las que pretenden atacar los programas que existen actualmente en la región.

ACCIONES

El Centro Universitario de la Costa, a través del Departamento de Psicología y Comunicación, y con el apoyo de prestadores de servicio social del área de psicología, diseñó un programa de prevención del abuso sexual infantil (ASI). Este programa se llevó a cabo en el periodo 2001-2004 y se dirigió a la población de niños con escolaridad primaria, profesores de ese mismo nivel y padres de familia.

Considerando que el abuso sexual va más allá de las características individuales hemos adoptado el modelo sistémico como referente teórico, partiendo de la premisa de que el abuso y maltrato infantiles tienen una serie de explicaciones multicausales, y para su comprensión toma en cuenta los ambientes familiar, escolar y social donde el niño se desarrolla, (Gil, 1997; Barudy, 1998; O´Hanlon, 2001).

El aspecto de la evaluación de este programa comprende el diseño y aplicación de un cuestionario que mide los conocimientos y las actitudes que mantienen padres y maestros ante el ASI.

Se realiza también una investigación documental que representa una parte importante en el desarrollo del programa, ésta se lleva a cabo mediante una revisión constante de libros, revistas, resúmenes, periódicos y medios electrónicos.

Objetivos general

Buscar el bienestar del menor involucrando a toda la red social en la que el niño se desenvuelve actuando en favor de la prevención del ASI, de manera que tanto los padres como los maestros estén pendiente del bienestar de los niños.

Objetivos específicos

1. Contar con un referente de los escenarios, personajes y circunstancias en los cuales se da lugar el abuso, así como las variantes que este puede adoptar.
2. Informar sobre las implicaciones del abuso sexual a niños, padres y maestros, a fin de que se desarrolle una actitud preventiva con los mismos.
3. Que mediante la constante y permanente preparación y actualización de los profesionales encargados de impartir el programa, se mantenga un canal abierto de comunicación que permita seguir informando a la comunidad acerca de las realidades sobre el abuso sexual infantil, principalmente en nuestra región.
4. El impacto que puede tener una orientación sistematizada y científica sobre esta problemática en el cambio de actitudes, creencias y prácticas.
5. Evaluación de la demanda de ayuda y del interés que pueden generar estos y otros temas vinculados con la infancia en nuestra sociedad.

Metodología

Sujetos: a) niños que estudian la primaria, de primero a sexto grados, en instituciones públicas de la región de Puerto Vallarta y municipios cercanos; b) padres y profesores de esos niños

Instrumento

Cuestionario que consta de veinticinco preguntas y mide la información y actitudes de los padres de familia con respecto al ASI, utilizando para ello, frases incompletas, opción múltiple, falso o verdadero, escala de Likert de 5 puntos y calificación numérica de gravedad de circunstancias de mayor a menor.

Procedimiento

Curso- taller para niños

El curso taller que se ofrece a los pequeños está diseñado para impartirse en 4 horas divididas en dos sesiones diarias de de 2 horas c/u. Primeramente se realiza la presentación de los expositores y el motivo de la visita mencionando que se trata de una conversación cuyo contenido servirá para su propio cuidado. En se-

guida se abordan los significados de conceptos como agresión, abuso, cariño, partes íntimas y genitales. Terminado esto se plantean situaciones para que ellos las valoren como muestras de cariño o abuso. En seguida se presentan las diferencias entre «secretos buenos» y «secretos malos» para lo cual se realiza una dinámica consistente en relatar un cuento donde se aborda la importancia de contar los secretos que nos causan daño; también se presentan situaciones en las que se les pide guardar secreto y ellos valoran si es bueno o malo y que hacer. Se da por terminada la sesión y se pide que para la siguiente sesión lleven escritos dos secretos que ellos mismos hallan guardado; uno bueno y otro malo. Se les dice que esos secretos se depositarán en el «Buzón de los secretos» y que nadie, más que los instructores, los leerán.

La segunda sesión comienza invitando a los niños, fila por fila, para depositar los secretos en el buzón, acto seguido, se realiza una retroalimentación sobre lo que se aprendió el día anterior. En seguida, se proponen las personas que pueden tocar nuestro cuerpo y en qué situaciones (p. ej. un médico cuando nos revisa, nuestro padre o madre cuando estamos enfermos y nos tienen que bañar, etc.). Después se trabaja la capacidad de decir no, realizando un ejercicio de respiración profunda para reunir la energía necesaria para decir ¡No! En seguida se relatan dos casos en los que los personajes están siendo víctimas de abuso y necesitan de nuestra ayuda, y se les pregunta de qué forma podemos ofrecérsela y por qué medios. Pasado esto se presentan algunas láminas que ilustran diferentes casos vividos por niños y se les invita a proponer soluciones. Se relata el caso de una chica que se encuentra sola en casa y que recibe una llamada de un desconocido que le pide su dirección y que le abra la puerta cuando llegue, a lo que ella accede en la primer situación, y en la segunda utiliza estrategias para negarse. Después se analiza junto con los niños en qué situación actuó de buena manera y en cual no, y de qué otra manera podemos actuar correctamente. Se realiza una retroalimentación sobre lo aprendido y se da por terminada la intervención.

Conferencia a padres y maestros

Está realizada sobre la misma base que el cur-

so para niños, y se desarrolla con información práctica particularizada a la prevención del abuso sexual infantil.

Se presenta una sección de falsas creencias y mitos que se han mantenido en nuestra cultura en donde se culpa al niño de provocar y persuadir al agresor. A continuación se plantean los posibles factores de riesgo y el ambiente familiar que impera cuando ocurre el abuso sexual, según datos recabados en la investigación documental. Se propone la utilización de la comunicación efectiva sugiriendo la eliminación de mensajes que no sirven para la prevención del abuso sexual y mostrando aquellos que brindan confianza y seguridad en ellos para autoprotgerse. Además, se plantean las formas efectivas para reaccionar en caso de ocurrir el abuso en nuestro entorno, y qué hacer en un momento dado. Se despejan dudas durante el proceso. Se deja la tarea de realizar en conjunto, padres e hijos, la llamada «Agenda de la seguridad», la cual contiene los teléfonos de los padres en el trabajo, de familiares cercanos y vecinos de confianza para llamarlos en caso de algún problema, donde se incluye, por supuesto, el abuso sexual.

Resultados

Considerando que las escuelas son un espacio privilegiado para la prevención del maltrato infantil, la implementación del programa fue exitosa al atender a una población muy relevante de menores que cursan la escolaridad básica (3,850). Es muy importante señalar que los alcances del programa lograron aterrizar en la población de niños vulnerables (90), un acierto todavía más relevante, considerando las apreciaciones que hace Save the Children al respecto:

Sugieren que los niños y las niñas discapacitados tienen una probabilidad dos o tres veces mayor de sufrir abuso sexual infantil que los niños y niñas sin discapacidades (2000: 28).

La población a quienes hemos asignado la categoría de vulnerable son aquellos niños y niñas marginados, en parte por que están fuera de nuestra vista; escondidos en este caso en la casa hogar Máximo Cornejo y el Instituto Down de Puerto Vallarta (gráfica 1). Los pa-

dres que participaron en el proyecto son mucho menos en relación a sus hijos, a pesar de que las conferencias se programaban el día de entrega de evaluaciones académicas de los menores. Este dato nos lleva a concluir que el programa de prevención no tendrá el efecto esperado en todos los niños, ya que los padres que no se beneficiaron de él, posiblemente tendrán menos herramientas o diferentes recursos que los adquiridos por sus hijos (que sí participaron) para afrontar y/o prevenir un problema de esa naturaleza. El involucramiento, tal como se señala en la gráfica 1, es todavía menor que la población parental. Lo cual indica un foco rojo para el éxito del programa de prevención. Este dato sugiere un mayor esfuerzo por parte de los responsables del programa, para motivar e involucrar a esta población; ya que después de los padres, son los profesores los que pasan más tiempo con los pequeños, y el poder que ejercen sobre los mismos ha sido ampliamente documentado en diversas fuentes.

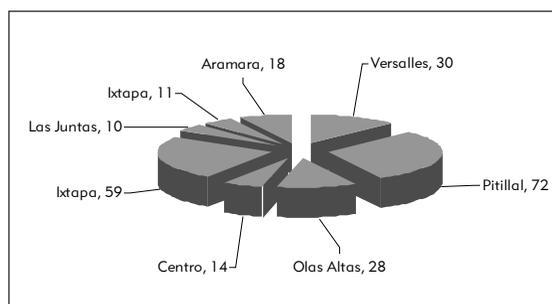
CUADRO 1. POBLACIÓN ATENDIDA

Niños atendidos	3,850
Niños vulnerables	90
Maestros	50
Padres de familia	530

Uno de los objetivos del programa que también se cumplió de una forma exitosa fue abarcar una geografía significativa (gráfica 1).

A continuación se señalan los datos más relevantes referidos por los padres, que constituyen indicadores para evaluar los conocimientos y las actitudes sobre el tema, además de

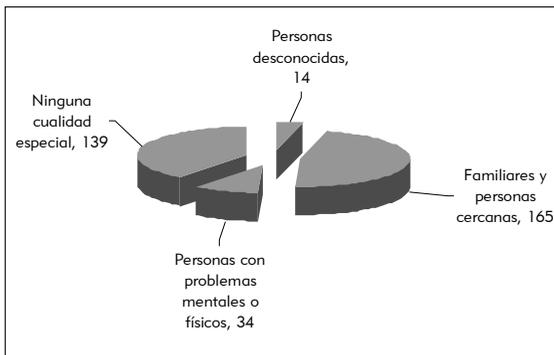
GRÁFICA 1. ÁREA DE INFLUENCIA DEL PROGRAMA



que proporcionan indicadores de dirección de los programas, considerando aciertos y recursos para su implementación.

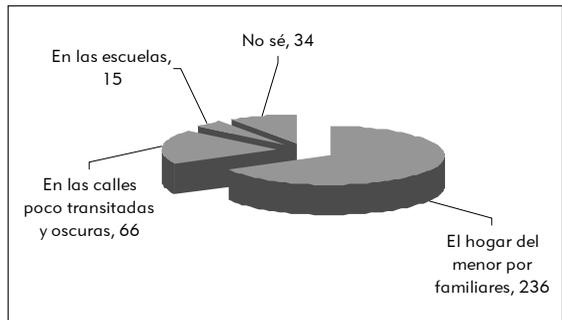
Considerando la prevención del abuso sexual infantil en el marco familiar, el incesto presenta problemas especiales ya que es el ámbito en que con mayor frecuencia se presenta el abuso (OMS, 1998; Save the Children, 2000). La información que poseen los padres al respecto es en un sentido positivo para la labor preventiva, ya que la mayoría de ellos mantiene la idea de que las personas que cometen un delito sexual contra menores son generalmente familiares o personas cercanas a la familia (gráfica 2)

GRÁFICA 2. CARACTERÍSTICA DE LAS PERSONAS QUE COMETEN UN DELITO SEXUAL



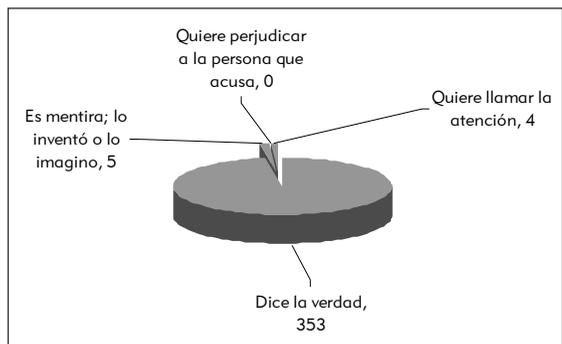
El hogar debe de ser el espacio más seguro y confortable para los niños, por ser precisamente ahí donde emerge la fuente de nutrición emocional, y en donde se crean las condiciones para una socialización adecuada. Sin embargo, los especialistas en el tema, desgraciadamente, contradicen lo que sucede en la práctica, ya que coinciden que es en el hogar de los menores donde se presenta la mayoría de los agravios sexuales (Perrone, 1987; Durrant, 1993; Droeven, 1997). La información que los padres mantienen al respecto es proporcional a la que se deriva de la teoría (gráfica 3). Este dato es alentador si pensamos que la información que poseen los padres es congruente con las acciones protectoras. Sería un campo a explorar en futuras investigaciones, en las que se evalúe la información parental y su relación con las competencias protectoras.

GRÁFICA 3. EL ABUSO SEXUAL OCURRE CON MÁS FRECUENCIA EN...



A pesar de que la cultura adultista dice estar muy atenta a las señales de alarma que manifiestan los niños, los hechos contradice esta afirmación. Se sabe y se tiene documentado que las declaraciones de los niños de haber vivido o estar sometidos a una situación de abuso son anuladas por los adultos, principalmente por las personas más cercanas y emocionalmente significativas: sus padres. Los resultados, documentados en la gráfica 4, indican que la mayoría de los padres tendrían una actitud positiva ante la revelación de un secreto: «le creerían al niño». Si el niño siente seguridad en su fuente de seguridad, lo más probable es que fortalezca la confianza en sí mismo, reconozca habilidades para enfrentar problemas, aumente su capacidad sensitiva para detectar las condiciones a su alrededor que pueden ser dañinas. El apoyo de los padres debe ser completo, cualquier duda o cuestionamiento será suficiente para minar la confianza del niño e introducir la duda de la culpabilidad.

GRÁFICA 4. CUANDO UN NIÑO DICE SER ABUSADO SEXUALMENTE, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS:



Una señal de alarma en esta investigación es la información que mantienen un alto porcentaje de padres (afortunadamente no es la mayoría), quienes creen que siempre habrá golpes y marcas cuando ocurre el abuso. En esta área hay mucho trabajo para los medios de comunicación, instituciones escolares y organizaciones no gubernamentales, de difundir la información correcta sobre esta idea. Como se expuso al inicio de este artículo, la mayoría de los delitos sexuales ocurren sin violencia, las estrategias de los perpetradores no necesariamente incluyen la agresión como forma de sometimiento. Si los padres no modifican esta idea y su hijo revela un secreto de abuso y no hay evidencias físicas de daño, se correrá el riesgo de no creerle y perpetuar el abuso.

El ámbito legal definitivamente es un agregado muy importante cuando se tiene la sospecha de que un miembro de la familia es víctima de abuso. Afortunadamente la mayoría de los padres que participaron en el programa manifestaron una actitud positiva en torno a la denuncia del delito. Sin embargo, es lamentable que un porcentaje, menor pero importante, considere que es dañino para la familia y el niño. Los padres que albergan estos tabúes, inhiben para hablar libremente, y quizá limiten las revelaciones de casos de abuso. Aquí es importante cuestionar cómo están trabajando nuestras instituciones judiciales, de tal manera que no propicien la confianza de la sociedad, para tratar los problemas de su ingerencia.

Más de la mitad de los padres consideran que la actuación correcta contra el ofensor es llevarlo ante las autoridades para que reciba castigo legal, la ayuda psicológica es otra acción que se considera conveniente aunque en menor porcentaje.

Un porcentaje importante de los padres acepta que un menor de edad mantenga contacto sexual con un adulto, siempre y cuando el primero esté de acuerdo; la mayoría mantiene una actitud negativa al respecto. En este punto en particular las estrategias preventivas deben poner mucho énfasis, dada la vulnerabilidad en que estaría el grupo de niño cuyos padres mantienen esta creencia. Un niño puede acceder a las peticiones de adultos por múltiples razones: satisfacer una necesidad personal, evitar un castigo, sentirse reconocido, va-

lorado, evitar que se dañe a alguien más, etc. Sin embargo, su capacidad de elección siempre será asimétrica.

El diseño y evaluación de la experiencia del programa de prevención del ASI estuvo a cargo de psicólogos; es una fortaleza si pensamos en estos profesionales como los indicados para entender la naturaleza relacional y psicológica del abuso; haría falta la integración de conocimientos y habilidades de profesionales de diversas disciplinas: médicos, abogados, pedagogos y sociólogos, entre otros.

El último objetivo de este proyecto, su evaluación, está en proceso. Creemos que los programas de prevención a nivel primario deben reportar evidencias de que contribuyen de forma significativa a prevenir el abuso sexual infantil; de no lograr este resultado, habría que replantear las estrategias, métodos, personajes y enfoques teóricos, entre otros elementos, que subyacen a su diseño y operación.

Referencias

- Barudy, J. (1998), *El dolor invisible en la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*, Barcelona, Paidós.
- Cyrułnik, B. (2003), *El murmullo de los fantasmas*, Barcelona, Gedisa.
- Gil, E. (1997), *Tratamiento sistémico de la familia que abusa*, Granica, Argentina.
- Lie, J. y Boudewyn, C. (2000), «Contextualizing the effects of childhood sexual abuse on adult self- and social functioning: an attachment theory perspective», *Child Abuse & Neglect*, núm. 11, pp. 369-387.
- O'Hanlon, (2001), *Desarrollar posibilidades*, Barcelona, Paidós.
- Ochotorena, J. (1999), *Manual de protección infantil*, México, Mason.
- Pastrana, D. (2001), «El horror en casa», *La Jornada*, 25 de noviembre.
- Perrone, R. (1987), *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*, Barcelona, Paidós.
- (1987), *Violencia y abusos sexuales en la familia*, Barcelona, Paidós.
- Save the Children, ¿Cuál es el impacto del trabajo de prevención?, Conferencia Daphne, Dinamarca, septiembre de 2000.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, su abordaje en las escuelas primarias públicas y privadas de Puerto Vallarta

Emilia Chanes Sánchez y Jesús Cabral Araiza

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación pretende llevar a cabo un análisis del nivel de preparación con el que cuentan algunas de las instituciones de enseñanza primaria, públicas y privadas de Puerto Vallarta, con la finalidad de saber si tanto los docentes como los administrativos poseen la información suficiente para detectar, canalizar y actuar ante un posible caso de un alumno con un trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDA-H).

Parte de este trabajo consistirá en establecer un sistema que auxilie a los docentes y padres de familia en el conocimiento de este trastorno. Lo anterior se llevará a cabo mediante la elaboración de una página Web a través de la cual los maestros y directivos de las escuelas primarias puedan tener acceso en línea a una serie de instrumentos y poder dar seguimiento conforme vayan avanzando sus alumnos en los diferentes niveles de su educación; también podrá ser consultada por los padres vallartenses y otras personas interesadas en el tema.

Para que un niño tenga éxito en sus estudios es necesario que cuente con ciertas habilidades que le permitan poner atención, que pueda controlar su comportamiento y sus impulsos dentro de un salón de clases. Sin embargo, existen niños a los cuales esto les cuesta mucho trabajo, son niños que tienen problemas de aprendizaje debido a que sufren de un trastorno denominado déficit de atención el cual puede estar o no acompañado de hiperactividad.

ANTECEDENTES

El trastorno por déficit de atención (TDA) fue reconocido clínicamente a finales de la primera mitad del siglo pasado y aunque el problema ha existido desde mucho tiempo atrás, siempre se consideró como una problemática educativa. Según la Secretaría de Salud en México, el 7% de la población padece de este trastorno, lo que quiere decir, que en cada aula hay por lo menos un niño con TDA o TDA-H.¹

JUSTIFICACIÓN

La idea de llevar a cabo esta investigación parte de la necesidad, cada vez mayor en Puerto Vallarta, de dar solución a un problema de evaluación correcta y atención que se presenta cuando estos niños se encuentran yendo de una institución a otra sin encontrar la atención u orientación que necesitan, siendo esto último de suma importancia ya que sus conductas los pueden llevar al fracaso escolar, a problemas de adicciones, incurrir en acciones delictivas, etc. La idea de enfocar el estudio en el nivel primaria es porque entre más temprana sea la detección del problema, mayores posibilidades habrá de que estos niños reciban una pronta atención a su problema de aprendizaje.

La perspectiva sobre la que se va a trabajar es la educación, por lo que el trabajo tendrá como una de sus fuentes de información el Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial, auspiciado por el gobierno fe-

¹ (<http://www.deficitdeatencion.org>), fecha de consulta: 19 de marzo del 2005.

deral, diferentes organizaciones interesadas en este tema, así como por la Secretaría de Educación Jalisco, quien el pasado 7 de marzo presentó el Proyecto de Capacitación de Docentes de Primaria sobre el TDA.²

OBJETIVO GENERAL

Conocer las características de la información que tienen los docentes de algunas escuelas primarias, públicas y privadas, de Puerto Vallarta en relación con el TDA-H y como abordan dentro del aula este problema.

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Determinar el nivel de información sobre TDA-H con la que cuentan los docentes de algunas de las primarias de Puerto Vallarta.
2. Determinar el tipo de información e instrumentos sobre TDA -H, más adecuados para su uso por parte de los docentes de Puerto Vallarta.
3. Proponer un instrumento formativo e informativo para los docentes en particular y para el público en general respecto a la orientación profesional sobre lo que es en sí el TDA -H.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a la alta incidencia de niños con TDA dentro de las aulas, es muy probable que los docentes sean los primeros que se den cuenta de la problemática del niño, es por eso que se considera de gran importancia que estén perfectamente informados y capacitados para detectar los casos, canalizarlos y saber trabajar con este tipo de alumnos dentro del aula; esto último adquiere mayor relevancia desde una perspectiva educativa ya que de no saber como trabajar con niños que sufren este tipo de trastorno, el ambiente dentro del salón de clases puede llegar a convertirse en un verdadero pro-

blema educativo, tanto para los docentes como para los alumnos.

Preguntas de investigación

Las preguntas que se generaron son:

1. ¿Qué tan informados están los docentes de primaria sobre el TDA-H?
2. ¿Saben qué hacer cuando dentro de su aula cuentan con un niño que sufre este tipo de trastorno?
3. ¿Tendrán interés los docentes de Puerto Vallarta de tener o manejar ciertos instrumentos que les permitan la detección, canalización y conocimiento de técnicas para manejo de niños con TDA?
4. ¿Será de utilidad para los docentes de las escuelas primarias de Puerto Vallarta, contar con una página Web donde pueden tener acceso a información e instrumentos en línea que le permitan tener una mejor idea de cómo trabajar con niños que sufren este tipo de trastorno?
5. ¿Será de utilidad para los padres de niños con TDA, en Puerto Vallarta, contar con una página Web donde pueden aclarar o exponer sus dudas y comentarios?

Como parte de este trabajo de tesis se pretende crear un portal en Internet como una estrategia para que a través de él los maestros de las escuelas primarias de Puerto Vallarta puedan tener acceso a una serie de instrumentos en línea que les permitan detectar, canalizar y llevar un historial de los alumnos con TDA-H y así poder dar seguimiento conforme vayan avanzando en los diferentes niveles de su educación primaria; así también podrá ser consultada por los padres vallartenses y demás personas interesadas en el tema; dicho portal contará con ligas electrónicas que los conducirán a otras fuentes que les permitirán tener una visión más amplia de lo que representa este problema a nivel nacional y mundial.

MARCO TEÓRICO

Thomas Armstrong (2001: 35) menciona que este trastorno no debe ser considerado únicamente desde una perspectiva biológica sino que también hay que considerar otros aspectos

² Fecha de consulta: 19 de marzo del 2005.

como los dominios históricos, socioculturales, cognitivos, educacionales, evolutivos y psicoafectivos.

Sin embargo, no todos los niños de edad temprana que son inquietos, eufóricos, poco atentos e impulsivos tienen un trastorno de déficit de atención, por lo que es de gran importancia que tanto los docentes como los padres de familia estén bien informados de cuáles son las características, tipos, síntomas, trastornos asociados y diferentes criterios de diagnóstico del TDA-H, con la finalidad de que no se lleve a cabo un mal diagnóstico o se tipifique de manera errónea a un niño por el solo hecho de presentar dichas conductas; es por eso que existen varios libros que abordan el tema del TDA-H y dirigen sus contenidos hacia los padres de familia y docentes. Sin embargo, de nada sirven si éstos ignoran la existencia del problema o no saben identificarlo, por lo que la capacitación de los docentes en el tema es una ayuda muy importante para que a través de ellos se puedan canalizar los posibles casos que pudieran tener en sus aulas y así, junto con las familias de estos niños, poder llevar a cabo ciertas transformaciones para su proceso de aprendizaje.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV: 84) establece claramente que a pesar de que la mayor parte de los individuos tienen síntomas de desatención y de hiperactividad-impulsividad, siempre hay un patrón que predomina, por lo que un diagnóstico actual apropiado debe indicarse en función del patrón que predomine durante los últimos seis meses, es por eso que existen subtipos del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad los cuales son:

- F90.0 Tipo combinado [314.01]. Se utiliza cuando seis o más de los síntomas de desatención y seis o más síntomas de hiperactividad-impulsividad, han persistido por lo menos durante seis meses. Si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los últimos seis meses.
- F98.8 Tipo con predominio del déficit de atención [314.00]. Se utiliza cuando seis o más de los síntomas de desatención, pero menos de seis síntomas de hiperactividad-impulsividad se han presentado por lo menos durante seis meses. Si se satisface el

criterio A1, pero no el A2 durante los últimos seis meses.

- F90.0 Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]. Se utiliza cuando seis o más de los síntomas de hiperactividad-impulsividad, pero menos de seis síntomas de desatención se han presentado por lo menos durante seis meses. Si se satisface el criterio A2 pero no el A1 durante los últimos seis meses.

Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad

A. (1) o (2):

(1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativo o a incapacidad para comprender instrucciones).
- e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, como trabajos escolares o domésticos.
- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades, por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas.
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

(2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- a) A menudo mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- a) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- b) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes.

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.³

Es importante que tanto los profesores como los padres de familia conozcan cuales son en sí los criterios que permiten a los expertos comenzar a emitir un diagnóstico sobre si un niño sufre o no de TDA o TDA-H.

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Los docentes y administrativos de algunas escuelas primarias privadas cuentan con una mayor información sobre TDA-H que los de las escuelas primarias públicas de la ciudad de Puerto Vallarta.

MARCO METODOLÓGICO

El diseño de esta investigación es no experimental: transeccional descriptiva debido a que no se llevará a cabo ninguna manipulación de variables y consistirá en describir cual es el nivel de información sobre el TDA-H con el que cuentan el personal docente y administrativo de escuelas primarias, tanto públicas como privadas.

PROCESO METODOLÓGICO

Esta investigación será exploratoria-descriptiva, ya que el primer paso será la aplicación de un cuestionario a través de una entrevista personal, con no más de diez preguntas cerradas que nos permita saber cuál es el grado de información sobre el TDA-H que tienen los docentes y los directivos de algunas de las escuelas primarias encuestadas de Puerto Vallarta; se buscará en la literatura, y sobre todo en Internet, toda la información pueda ayudar a entender y comprender lo que es el problema del TDA-H y así poder crear la página Web que se promoverá en dichas escuelas y para la cual se buscará el apoyo de la Universidad de Guadalajara para que la mencionada página se hospede dentro de su portal.

Dentro del universo de la población que son las escuelas de nivel primaria en Puerto Vallarta encontramos que existen 92 escuelas públicas y 23 privadas. Se hará la selección de una muestra no probabilística tomando en cuenta

³ Pichot, P. (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales, DSM-IV*, España, Masson. pp. 86-87.

algunas características y contextos, por ejemplo: que sea el mismo número de escuelas primarias públicas que privadas, por lo que en las escuelas primarias públicas solo se tomarán en cuenta aquellas de sostenimiento estatal que sean del turno matutino, que el contexto social donde se ubican sean más o menos parecidos, etc. Una vez recolectados los datos se llevará a cabo el análisis de los mismos a través de una codificación.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

1. Determinar el universo de las escuelas primarias en Puerto Vallarta.
2. Selección de las muestras de acuerdo con sus características y contextos; y considerando el mismo número de primarias públicas y privadas del turno matutino.
3. Aplicación del cuestionario a los docentes de todos los grados y administrativos de manera personal por medio del cual se obtendrán los datos de investigación.
4. Vaciado y análisis de los datos obtenidos.
5. Recopilación de información en la literatura, y sobre todo en Internet, que pueda ayudar a entender y comprender lo que es el problema del TDA-H y así poder crear el portal en Internet que se promoverá en dichas escuelas.
6. Búsqueda del apoyo por parte de la Universidad de Guadalajara o del Ayuntamiento de Puerto Vallarta para hospedar la página dentro de su portal.
7. Culminación de la redacción del producto final de tesis.
8. Revisión y afinación de detalles.
9. Entrega de trabajo.

ÍNDICE PRELIMINAR

1. Antecedentes del trastorno de déficit de atención (TDA-H)
2. Diferentes instrumentos que permiten el diagnóstico del TDA-H
 - 2.1. Causas
 - 2.2. Síntomas

3. Las diferentes formas de tratamiento
 - 3.1. Recomendables
 - 3.2. No recomendables
4. Estadísticas que muestran la problemática a nivel nacional y mundial.
 - 4.1. Problemas familiares
 - 4.2. Problemas escolares
 - 4.3. Problemas en la edad adulta
5. Organizaciones públicas y privadas interesadas en el tratamiento del TDA-H
 - 5.1. Secretaría de Educación Pública
 - 5.2. Asociación Mexicana por el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados A.C.
 - 5.3. Secretaría de Educación Jalisco
 - 5.4. Secretaría de Salud
 - 5.5. Boletines de prensa

Referencias

- Armstrong, T. (2001), *Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad*, Buenos Aires, Paidós.
- Barkley, R.A. (1999), *Niños hiperactivos*, Buenos Aires, Paidós.
- Pichot, P. et al. (1995), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*, España, Masson.
- Rief, S.F. (1999), *Cómo tratar y enseñar al niño con problemas de atención e hiperactividad*, Buenos Aires, Paidós.
- Van-Wielink, G. (2004), *Déficit de atención con hiperactividad*, México, Trillas.

Ligas electrónicas

- Asociación Mexicana por el Déficit de Atención, Hiperactividad y Trastornos Asociados A.C. (www.deficitdeatencion.org). Fecha de consulta: 19 de marzo del 2005.
- Discap@cinet. Discapacidad, Prevención y Rehabilitación. Centro Nacional de Rehabilitación (www.emexico.gob.mx), fecha de consulta: 19 de marzo del 2005.

Una posibilidad de intervención clínica en pacientes oncológicos infantiles

Blanca Susana Vega Martínez y María del Carmen Rojas Hernández***

INTRODUCCIÓN

En México, el cáncer infantil es la segunda causa de mortalidad en niños de entre 5 y 14 años de edad; en cifras, 43 de cada 100 niños con cáncer son mujeres y el resto varones. En el rango de uno a cuatro años de edad, el cáncer es la sexta causa de muerte en nuestro país. Se estima que la incidencia del cáncer infantil en la República Mexicana (0 a 18 años de edad) es de 120 nuevos casos por millón de habitantes al año.

De acuerdo con una investigación elaborada por los doctores Macías Parra, Rodríguez Weber y Satigeral (2004) las neoplasias malignas más frecuentes en México son seis: leucemia linfoblástica aguda (LLA), tumores primarios del sistema nervioso central, linfomas, tumores sólidos: retinoblastomas, tumor óseo y tumor de Wilms. Las neoplasias malignas que ocupan el primer lugar en México son las LLA.

En nuestro país son incipientes las investigaciones clínicas que se han realizado en torno a la subjetividad del enfermo oncológico; los estudios realizados son de carácter predominantemente médico, es decir, la gran mayoría de niños y jóvenes que padecen una neoplasia no reciben una atención psicológica y por lo tanto no cuentan con un espacio en el que puedan expresar su sentir y preocupación.

Es por ello que la finalidad de este trabajo no fue otra que la de dar cuenta de lo que ocu-

rre en un niño con una enfermedad oncológica y el trabajo que se puede plantear desde un acompañamiento terapéutico, tomando en consideración que por las circunstancias particulares de este tipo de pacientes no existen las condiciones necesarias para un abordaje clínico convencional.

Se tomaron para su análisis tres pacientes infantiles, cuyo encuadre fue el acompañamiento terapéutico efectuado durante el proceso de dolor, de sufrimiento y de angustia. Se abordaron desde lo que se denomina la clínica de lo real del cuerpo afectado por el dolor, lastimado y dañado, un cuerpo hablante que con su deterioro habla de su dolor físico, de su dolor psíquico y de todas las rupturas que ocurren paralelamente a un cuerpo roto por la enfermedad y el tratamiento.

La misma enfermedad tiene una repercusión psíquica singular en cada uno de los enfermos, es por ello que es necesario que quienes trabajamos con la salud física y mental del sujeto tomemos conciencia de las intervenciones y el trabajo clínico que se hace con los pacientes en la clínica hospitalaria.

Con la llegada de la enfermedad aparece una afectación psíquica que resulta de muchas pérdidas y cambios. Esta afectación se evoca a partir del conjunto de situaciones traumáticas, terapias agresivas, complicaciones físicas, hemorragias y hospitalizaciones frecuentes.

Debido al incipiente trabajo clínico con los infantes que transitan por una enfermedad oncológica, a continuación se presentan los resultados de una investigación cuyo objetivo fue conocer, desde el propio discurso del paciente, como atraviesan el pasaje traumático de la enfermedad, lo siniestro de desconocerse ante su imagen transformada y la posibilidad de intervención ética del clínico ante dichos pacientes.

* Instituto de Investigación y Posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. susanavega8@hotmail.com

** Instituto de Investigación y Posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. carmenrojash@yahoo.com.mx

METODOLOGÍA

El abordaje clínico que orientó esta investigación implicó propiciar en los enfermos con padecimiento oncológico la posibilidad de construir un sentido y un significado subjetivos a su dolor físico y psíquico, así como brindar un acompañamiento en una etapa crítica de su tratamiento médico.

La investigación fue de tipo cualitativo, utilizando como propuesta metodológica el estudio de caso para su realización, esta metodología permitió un acercamiento más directo con los niños que atravesaban por una enfermedad oncológica ya que se abordaron aspectos de corte subjetivo.

El trabajo clínico se realizó de enero de 2003 a enero de 2004. Durante este tiempo se estableció contacto con los pacientes, los cuales eran niños y adolescentes de entre 3 y 16 años de edad que padecían de cáncer infantil (LLA, tumores sólidos, retinoblastoma, sarcomas) y se les atendió en distintos momentos de su tratamiento médico: consultas semanales, períodos de hospitalización, o bien durante el suministro de la quimioterapia.

El contacto con los pacientes se estableció en el Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, en el área de oncología infantil de la ciudad de San Luis Potosí. Se les comunicó a los padres y a los pacientes que existía el servicio de psicología clínica; se les hizo saber que contaban con un espacio a donde acudir para hablar de sus temores, su experiencia y su dolor.

El servicio médico remitió a aquellos pacientes que a su criterio necesitaban atención clínica, de acuerdo con la fenomenología que manifestaban (depresión, inquietud, agresividad, angustia).

Se llevaron a cabo sesiones de acompañamiento terapéutico debido a que las condiciones no permitían otro tipo de abordaje, ya que el contexto no era propicio para las sesiones clínicas convencionales. El objetivo de esta investigación fue mostrar la transformación del lazo social, a partir del deterioro del cuerpo debido al cáncer y al tratamiento médico, bajo la consideración hipotética de que existe la posibilidad de intervención ética en la clínica hospitalaria, es decir, en situaciones en las que se dificulta la relación transferencial.

Es necesario dejar en claro que el enfoque teórico-metodológico de este estudio no buscó la representatividad cuantitativa de sus resultados, por lo que la significación de estos no deberá evaluarse en función de una generalización posible, sino en términos de su significación particular, es decir, partiendo de la historia de cada paciente y desde un análisis clínico de los casos en el que el instrumento con el que se contó fue el lenguaje.

El análisis clínico se realizó aludiendo a conceptos como imagen, cuerpo, lazo social y muerte, en función de los siguientes temas: lo siniestro de una imagen deteriorada, las rupturas efímeras en un enfermo oncológico, la clínica del acompañamiento y sus posibilidades. El sustento teórico con el cual se llevó a cabo esta investigación fue primordialmente argumentado desde textos psicoanalíticos.

Se describieron las historias de los tres casos y sus respectivos análisis anudando los conceptos mencionados, sin perder de vista que cada uno de los casos constituyó su propio discurso y que esas rupturas de lazos sociales se produjeron de manera particular, es decir, no se trató de establecer la posibilidad de una generalización de los procesos, sino de analizar en cada uno de los casos la forma en la que se produjeron.

Se transitó por la posibilidad de brindar un espacio que preservara lo simbólico durante el trance de padecer una enfermedad como el cáncer, o inclusive en el sentido estricto del acompañamiento terapéutico, cuando la palabra no es posible, la presencia muda, es decir, cuando no puede ser nombrado lo siniestro del dolor y de la enfermedad, queda solo la presencia, porque esta puede ser el pretexto para que no se deje de apelar al otro, de demandar al otro aunque sea como testigo de un grito que es en ciertos momentos de la enfermedad, el único recurso para preservar el lazo social.

Por cuestiones prácticas se separan las historias de las tres pacientes para explicar desde su discurso, cómo se llevó a cabo el acompañamiento con cada uno de ellos, recurriendo a recortes clínicos de las sesiones.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Los seudónimos de las tres pacientes son: Jéssica, Liliana y Joselín, con edades de 9, 15 y 14 años respectivamente.

Historia de Jessica

A Jéssica se le detectó LLA a la edad de 7 años, estuvo en la clínica cuatro semanas hospitalizada, el tratamiento que se le indicó consistía en quimioterapias y radioterapias durante dos años sin interrupción. Fue referida para apoyo psicológico por la doctora del área de oncología pediátrica, porque «la niña era muy nerviosa» y a causa de eso el tratamiento médico no se podía llevar a cabo correctamente: a Jessica le atacaban ciertas molestias antes de ser suministrado el medicamento, dolores de cabeza, sensación de desmayo, debilidad, etc. Estas molestias eran interpretadas como falta de cooperación de la niña hacia su tratamiento y a la vez lo impedía y suscitaba que fueran necesarios dos o más intentos con el fin de lograr aplicarle correctamente el suero, lo que volvía más penoso, doloroso y traumático el proceso.

Durante la primera fase del tratamiento, Jessica evidenciaba en su negativa, en su respuesta rebelde ante el dolor, una posición subjetiva desde la cual se declaraba contra la muerte, conservaba su posibilidad estructural de defenderse por todos los medios posibles; los gritos, dolores de cabeza y mareos daban cuenta inequívoca de su rechazo y batalla ante la enfermedad.

Desde el inicio de las sesiones su discurso giró alrededor de la pregunta «¿Por qué me tocó a mí?», del temor a la muerte, de la soledad y, sobre todo, de un cuestionamiento de la verdad y de su porvenir; se preguntaba a sí misma y a los demás sobre la verdad de su muerte.

Al acudir al hospital a recibir su tratamiento, vomitaba al llegar. En esta demanda de atención, en sus constantes síntomas, se pudo leer una clara incapacidad de aquellos que le rodeaban para soportar el dolor de la niña y la angustia que éste les provocaba, esta negación hizo entrever el gran esfuerzo de ella por conservar el lazo social, al demandar atención, ayuda y consideraciones.

En su discurso se transmitía con claridad un sentimiento de soledad, reclamaba ser como

los demás niños que juegan, que corren, que se asean, cosas que por consigna médica no podía realizar libremente. Jessica dejó de asistir a la escuela porque los tratamientos eran frecuentes y le causaban desaprovechamiento escolar, no lograba mantener la atención y la constancia en clases, debido a los efectos secundarios que producían los medicamentos. Su discurso giró en ocasiones en torno a la muerte, a la muerte del otro, de lo que en ella ocasionaba la desaparición física de otro, de su compañero de desgracia, para Jessica la muerte de un amigo que le fue ocultada significaba una negación de la realidad, misma que le era mostrada en otras ocasiones en las que no se le decía lo que le estaba ocurriendo a ella misma.

Después de dos años de tratamiento, Jessica tuvo una hemorragia que requirió internamiento, fue provocada por exposición al sol. A consecuencia de esta recaída, Jessica se debilitó y le sobrevino un cuadro séptico, fue internada por catorce días. Este lapso representó para ella un regreso a los inicios de su enfermedad, le recordó los malos tratos, que desde su percepción, recibía en los primeros días de internamiento al inicio de su enfermedad.

Historia de Liliana

Se solicitó la atención debido a que Liliana cayó en depresión a causa de la enfermedad, se trataba de una joven de 15 años, se le diagnosticó LLA a la edad de 14 años, su tratamiento era recibido en el hospital una vez por semana.

Al ser vista por primera vez presentaba un hinchamiento de masa muscular y alopecia, por estar sometida constantemente a tratamiento con quimioterapias y diversas prácticas agresivas que irremediamente eran necesarias para su tratamiento.

La paciente reveló en su discurso el efecto que le produjo mirarse al espejo y no reconocerse a sí misma, hablaba de un cuerpo diferente al que alguna vez fue, su imagen había sido transformada ulteriormente al tratamiento médico, sobreviniéndole un gran dolor tanto físico como psíquico, soportando agresiones en el ver, oír y sentir.

Liliana presentó, conforme transcurría su enfermedad, actitudes compulsivas de orden y

limpieza cada vez más frecuentes, así como actitudes de molestia y enojo contra su familia. Esto evidenciaba quizá la forma en que percibía un desorden interno, cómo las identificaciones que la conformaban se iban perdiendo y cómo iniciaba el proceso de desconocimiento de sí misma.

En su discurso, Liliana hablaba sobre lo acontecido después de su enfermedad en la dinámica habitual, dramáticamente su casa fue desinfectada en su totalidad y la familia se fue a vivir por un tiempo a la casa contigua, para ella esto representó una exclusión de la vida familiar, acontecimiento en apariencia necesario debido a los cuidados que debían prestársele.

No sólo ella no se reconocía en su imagen, sino que tampoco era reconocida por los otros de su familia que con actos la dejaba fuera del plano familiar. En su discurso, Liliana también habló de la enfermedad, su lucha contra ella y lo siniestro que esta le provocaba.

Otros puntos de referencia fueron el hablar sobre la cuestión de los límites, del bordear para que las cosas no se fueran de control y de la intranquilidad que le provocaban las punciones lumbares. La muerte del otro también fue impactante para Liliana, el ver la desnudez de la muerte como tal, al atestiguarla en otros pacientes.

Historia de Joselín

A Joselín se le detectó LLA a la edad de 13 años, llevaba con ella un año hasta el primer contacto con el tratamiento médico. El motivo por el que acude a consulta es «tristeza». Su posición ante lo que le ocurría fue de desesperación y enojo ante la enfermedad y los otros, así como de angustia ante el tratamiento médico.

Para ella, la verdad sobre la enfermedad fue implícitamente una verdad sobre la muerte, fue un saber dicho de manera violenta, con insistencia y sin lugar a dudas, fue devenir como certeza de muerte, haciendo del saber algo que podía desquebrajar. Su discurso giró sobre lo que le provocaban las punciones lumbares, un encuentro con el dolor y con lo siniestro de la repetición, repetición de piquetes y posiciones de su cuerpo, el encuentro con las punciones se convirtió en un desencuentro con aquello que la unía con lo social.

Surgieron sucesos que para ella implicaban ser rebelde como equivalente de estar en contra de ciertas reglas y normas, mismas que la hacían sentir bien. Este tipo de comportamientos revelaban su esfuerzo por incorporarse al mundo al que había pertenecido y que había dejado de pertenecer. Era como un volver a cruzarse con la ley, con el deseo de transgresión, con el mundo de los humanos, el mundo de los vivos.

RESULTADOS

A partir de estos historiales clínicos se evocaron conceptos como imagen especular y cuerpo, por ser piezas claves para dar explicación de lo que ocurría en el niño cuando al ver su propia imagen especular cambiar hasta desconocerse, es decir, los tipos de transformaciones que se presentaban en su cuerpo se traducían en un no-reconocimiento de sí frente al espejo, la imagen que se tenía de sí y que el otro le confirmaba ya no era la misma, le era extraña, una mirada que venía de otro que ya no lo reconoce, como que la extrañeza venga de sí mismo.

Se advirtió, asimismo, el concepto de cuerpo, que más que un conjunto de órganos y sistemas, fue abordado como el cuerpo que se halla en relación con los otros y con la propia historia. En esta forma específica de abordar la clínica el cuerpo es implicado en lo real, en la que se presta el propio cuerpo para que el niño pueda jugar a la muerte y representársela, es decir, para jugar en lo imposible no bastaron solamente las palabras, se necesitó de otro soporte, que a veces tuvo que ser otro cuerpo para poner en escena su propia imagen sin que ella se encontrara tan amenazada; por ejemplo, cuando se llegaba el momento de recibir las punciones, los pacientes podían tolerar el miedo a las mismas asíéndose de una mano del acompañante, como si estuviera representado en juego la fantasía de que su cuerpo debilitado se fortalecía y se sostenía al «sujetarse» fuertemente de la mano de otro a quien consideraba ileso y capaz de sostenerlo. Podemos decir que el sujeto en estas circunstancias se valió del cuerpo de otro para seguir sujeto o sujetado.

Se mostraron también las rupturas que ocurrían por la enfermedad, como la precipitación de la ruptura de su lazo social y la anticipación a una muerte imaginaria antes de la muerte física, así como lo siniestro que puede ser la llegada de la enfermedad. Es a partir del lazo social que el ser humano se puede hacer cargo de sus relaciones con los otros y comparar con sus semejantes.

Ahora bien, en un niño con cáncer, están en juego su familia y el contexto donde él se pone en escena estableciendo lazo social, por ejemplo, la escuela, que en la mayoría de las veces tiene que ser abandonada por las constantes recaídas y hospitalizaciones de las que se es objeto, su mundo gira sólo en casa, y se toman las medidas precautorias para no llegar a tener complicaciones mayores (hemorragias, infecciones, virus, etc.).

Ahí, en el sufrimiento, en las punciones en el cuerpo, con heridas y sangre, en eso, lo mortífero, en lo que Freud nombró la *Unheimlich*, eso que designa lo oculto, lo ominoso, y amenaza lo humanizante del sujeto, es en ese lugar en el que aparece esa tan cercana quebrantura en el niño con una enfermedad oncológica que sufre de un dolor intenso y de un estado súbito que toca a su cuerpo y su ser, haciendo que en un instante quiebre su lazo con lo social y no llegue a apalabrar o a tejer una red que lo proteja de tan inmenso dolor.

Fue a partir de aquí que se argumentó sobre *lo real del cuerpo, particularmente el cáncer*. El cuerpo real de un niño con cáncer es un cuerpo dañado, lastimado, picado, que tiene que ver con el dolor real, en el que el cuerpo es tomado como carne, sangre, articulaciones, huesos y piel. En ese campo de la enfermedad denominada cáncer, el paciente se encuentra ante la mutilación, biopsias, aspirados, piquetes, heridas, huellas en el cuerpo, ante un cuerpo que aparte de estar dolido por una enfermedad que no avisa, es un cuerpo en el que se implican agresiones para su curación, es ese lugar innombrable, en el que los acontecimientos difícilmente se pueden expresar con palabras y en el que en un instante se vuelcan los sentidos y se desgarran las entrañas, pero no en sentido metafórico, sino real, en el cuerpo. Es en el cuerpo aquello que se repite, que porta a la muerte, confiriéndole la cualidad de sinies-

tro, es ahí en ese cuerpo en donde la muerte se obstina en aparecer.

En esta clínica el cuerpo contiene lo siniestro que se presenta de manera feroz y se evidencia en picaduras, llantos, gritos, recaídas súbitas, cuadros sépticos, etc. El niño con cáncer es enfrentado ante su propio cuerpo descompuesto. Su desencuentro es con las agresiones que son dirigidas al cuerpo para su curación. Cada punción es una forma de enfrentarse con lo siniestro, con algo que no se puede hablar, que es difícil de decir, ese corte en lo simbólico, ese observar la pérdida de un ojo, la expulsión de sangre, «la muerte del otro y en el otro» (Rojas, 2002), todo esto como lo imposible de simbolizar, de comprender, y que sólo con las palabras se puede volver tolerable al devenir metáfora.

Por todo ello es que se abrió la posibilidad de un abordaje clínico que permitiera al niño con cáncer tener un espacio en él, que él pudiera sostenerse de algo de lo simbólico que lo anudara al deseo de vivir en tan inmenso dolor y sufrimiento. Nace de aquí, la posibilidad de un trabajo clínico denominado «acompañamiento terapéutico». Es preciso mencionar que el acompañamiento terapéutico no es un psicoanálisis en el sentido más ortodoxo, sino que es una propuesta en la que el acompañante sirve de soporte o genera las palabras o actos que un paciente en ese trance no puede hacer por no disponer en esa situación de los elementos estructurales necesarios para sostenerse en un lazo social.

El acompañamiento terapéutico implica en ocasiones el cuerpo mismo para que el otro pueda sostenerse en medio de un gran dolor. Es prestarse al otro con el cuerpo, a veces sin emitir palabra alguna, sino con silencios y presencia, para que no se rompa o se desvanezca el lazo social; es ser el interlocutor y cesto de afectos. En este acompañamiento se pretendió estar del lado de la escucha para propiciar que lo intolerable fuera transformado mediante las palabras y darle la única forma que hace tolerable lo terrible, la metáfora que proporciona el lenguaje y que transforma en otra cosa lo insostenible. La apuesta en la clínica hospitalaria fue que el niño con una enfermedad oncológica pudiera ir tejiendo redes sociales que lo sostuvieran en lo simbólico y le dieran un

lugar diferente frente a su enfermedad. Fue buscar la posibilidad de que el niño pusiera algún límite o freno que le permitiera bordear esos momentos de dolor.

CONCLUSIONES

Una enfermedad como el cáncer implica que en el sujeto surjan rupturas, cambios y pérdidas en lo inmediato del cuerpo, por la destrucción que se produce tanto por la enfermedad misma como por los efectos del tratamiento; en lo imaginario, porque el sujeto cuando se mira y cuando es mirado no es reconocido, y en los hilos del lazo que lo unen con lo simbólico porque estos son paulatinamente cortados, porque los temores, la reclusión, los cuidados médicos y sobretodo lo insoportable de la inminencia de la muerte desaloja ese espacio en la subjetividad del enfermo, pues ahí donde estaba el otro al cual hablarle ya no hay mas que dolor, preguntas sin respuestas y recomendaciones médicas que solo atienden las necesidades de la enfermedad pero pocas veces o casi nunca las demandas del enfermo.

Al sujeto con una enfermedad terminal se le priva de la cotidianeidad que lo une con los otros y con su lazo social, en un proceso de violencia que lo lleva a que su vida o lo que le queda de ella tome un derrotero en el que su deseo es ignorado, abatido con la violencia de las necesidades propias de la enfermedad y del propio tratamiento.

Estas aparentes formas de prevención de complicaciones y de cuidado de su salud, implican simbólicamente que el personal médico, la familia y la sociedad releguen al enfermo no para su cuidado, sino para no ver como se va desintegrando, ya que la mirada de un otro que se está muriendo es intolerable, por lo angustiante del efecto especular del destino del sujeto.

Cuando el cuerpo es tocado en su salud, el sujeto que lo habita da cuenta de un saber que amenaza su vida, dicho saber no es del orden de lo intelectual, lo que existe es un saber obvio, inmediato, primitivo, un saber de que algo de su cuerpo no anda bien. Este saber lleva un trasfondo de un saber sobre la muerte, saber que puede adquirir un carácter

traumático, el trauma de lo siniestro, que es vacío y sin nombre.

Esa intolerancia al saber sobre la muerte puede llegar a manifestarse en dolores difusos, mutismo, rechazo a los seres queridos, irritabilidad, etcétera.

En el análisis de cada una de las crónicas presentadas se advirtió con singularidad una precipitación en la ruptura del lazo social, mismo que implicaba que en el sujeto fuera desanudado aquello de lo simbólico que lo unía con el mundo exterior, que lo hacía ser sujeto y que al mismo tiempo le daba la posibilidad de arribar a su deseo, más sin embargo, dicha ruptura era precipitada por la misma institución, personal médico y familia del paciente, dado que la angustia y el dolor del otro es insoslayable para sí mismos.

Por un lado, para el médico era necesario acallar al paciente, quizá porque sin ello no podría hacer las intervenciones necesarias, y por otra parte también era necesario que hubiera otro que escuchase, otro que no requiriera del silencio, que estuviera advertido de que el dolor enmudecido no calma al sujeto sino que lo borra, otro que sostenga la demanda del paciente, aun cuando ésta se convierta en clamor o grito.

Otro aspecto a matizar fue el relacionado con los límites y la necesidad de tener el control en una enfermedad. Lo reiterado en el orden y el control en un sujeto con una enfermedad fue parte importante de la construcción hacia su deseo; lo inesperado de una enfermedad tiene un trasfondo de incontrolable y de impensable que remiten hacia la reconstrucción de algo que pueda ser palpable, controlable y limitante, que no llegue a traspasar lo que ya está *más allá* de lo pensado, estos límites dieron la posibilidad de bordear el dolor.

A veces en el grito emanado por un dolor físico se escondía un otro dolor sin palabras ante la muerte. Así como el dolor podía ser el paso a ceder al sufrimiento y no bordear un límite, el dolor constituía una forma estructurante después de una pérdida simbólica, que le daba la posibilidad al sujeto de sostenerse en el lazo social.

La amenaza de muerte al enfermar provocaba un estado de crisis en tanto que era un acontecer de ruptura. Se rompía con el estado

de salud. El esquema corporal se fragmentaba, algunas partes no funcionan bien, algo del cuerpo debía ser amputado o habría de perderse (caída de cabello, masa muscular en el adelgazamiento o hinchamiento).

Ahora bien, la posibilidad de hacer valer el propio deseo y encontrar algo para poder sostenerse fue aquello de lo que dentro de una imposibilidad se buscaba una posibilidad de existencia. Se trató de escuchar algo de lo que el paciente tenía que decir, sin acallararlo y de que se apropiara de sus palabras, que pudiera o intentara expresar su experiencia, su dolor o su preocupación.

La rebeldía (caprichos, irritaciones, enojos, llantos, «no dejarse picar», etc.) que se presentaba en los niños con cáncer daba cuenta de sus intentos por rechazar la muerte, es decir, remitía a *un no morir*.

La mirada fue también un soporte que ayudaba al enfermo a vivir; la mirada del otro daba al paciente seguridad o inseguridad. El sujeto se sostenía de la mirada y la voz del otro.

Es decir, no hay nada más imaginario que ser espejo y apoyo de un cuerpo cuya fragmentación aparece más acá de la fantasía, donde la mirada busca en ese otro que lo mira una respuesta a su cuestionamiento que va más allá de las heridas y que tiene que ver con ¿qué soy? ó ¿qué queda de mí?.

Trabajar en la clínica hospitalaria tuvo que ver con trazar algo que pueda ser simbolizado en todo eso siniestro que habita en un ser con una enfermedad tan agresiva como el cáncer. Fue construir un espacio en el que el paciente

podiera hacer precisamente lazo social, en el que el cuerpo del acompañante bastara para dar cuenta de que existe el otro.

En esta clínica de lo real del cuerpo, en la que se observaba dolor y sufrimiento, fue donde se abrió una posibilidad y una apuesta por construir algo o bien bordear algo que permitiera al enfermo sostenerse de algún espacio simbólico, es decir, no abandonarse en el vacío de la incertidumbre concebida como el lugar de lo siniestro, más bien, amarrarse de cualquier acto que estuviera convocado hacia lo simbólico.

Quizá una posibilidad ética en la clínica de lo real del cuerpo, será sólo si aceptamos que lo que pretendemos escuchar está del lado de lo imposible. Que esta actividad tiene un límite y que está invadida por la muerte y además percatarse de que se trabaja ante el horror, pero que también existen las posibilidades. Freud advirtió: «esta es una profesión imposible»; pero justamente, hacer algún tratamiento posible de esta imposibilidad es nuestro oficio.

Referencias

- Macias, M., Rodríguez, M. y Saltigeral, P. (2004), *PAC-P-I. Programa de actualización continua en pediatría*, México, Inter-sistemas Editores.
- Rojas, C. (2002), *La muerte en el otro. Conferencias sobre el tema de la muerte*, noviembre de 1999., México, Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Subjetividad materna y violencia física hacia los hijos: análisis de un caso

María del Carmen Rojas, Verónica Moreno y Silvia Larisa Méndez*

INTRODUCCIÓN

Este trabajo surge a partir de la preocupación en torno a una problemática muy estudiada en algunos de sus aspectos pero poco abordada en la dimensión subjetiva de quienes ejercen actos violentos.

A partir de la teoría psicoanalítica, en tanto soporte conceptual, se analizó la complicada arista de las subjetividades implicadas en un problema social, que presenta otras muchas implicaciones: jurídicas, sociales, psicológicas y, desde el aspecto teórico, psicoanalíticas. Esto por los múltiples entrecruzamientos conceptuales que se imbrican para explicar dicha problemática, por lo que se consideraron algunos ejes conceptuales psicoanalíticos alrededor de los cuales se construyó el análisis de los casos en tanto producciones discursivas.

Es importante aclarar que la pretensión de este trabajo no es hacer una interpretación del fenómeno en tanto problemática sociológica, sino hacer una lectura posible de la dimensión subjetiva de quien se encuentra atrapado en la inercia de la violencia que por manifestarse en el seno de la familia se interpreta como violencia familiar dejando de lado la importancia de la condición humana y constitutiva de la misma, lo cual genera frecuentemente enfoques o propuestas moralistas desde lo que poco se puede aportar al sujeto atrapado en la dinámica de la violencia y del malestar que la propia cultura le reprocha.

Considerar el entrecruzamiento de algunos aspectos de la subjetividad de las madres que ejercen violencia hacia sus hijos, con las argu-

mentaciones teóricas que el psicoanálisis permite, para a partir de su historicidad y su discurso comprender por qué ocurren actos violentos hacia los hijos, sin posibilidad de ser mediados por la palabra.

METODOLOGÍA

Las investigaciones cualitativas dentro de la psicología tienen como fin explorar lo que hay más allá de los datos estadísticos. Una de sus fortalezas es que «permite una mejor comprensión de las dimensiones subjetivas y simbólicas del comportamiento humano, así como de los procesos vividos por los actores sociales» (Sagot, 2000: 21). En esta investigación se analizaron algunas implicaciones subjetivas de las madres que agreden a sus hijos, el marco teórico en que se fundamenta el análisis del discurso es el psicoanálisis.

Para Fierro (1999), el psicoanálisis se propone principalmente realizar inferencias e interpretaciones acerca de lo menos manifiesto, de aquello que es inobservable e inaccesible para la conciencia; se enfoca en lo inconciente. Para que se produzcan los contenidos del inconciente se le pide al sujeto que hable, que relate, que produzca algo que está más allá del orden de la conciencia, de la autorreflexión; ya que las formaciones del inconciente se manifiestan gracias a la palabra. Un discurso es lo que devela al sujeto. Las entrevistas se realizaron con dos mujeres, dentro de las instalaciones del Centro de Atención a la Violencia Familiar (CAVIF).

Se utilizaron entrevistas a profundidad (abiertas), al considerar que son un instrumento útil para que las madres hablaran sobre el fenómeno de la violencia y de su experiencia. Techera las define como: historias o

* Instituto de Investigación y Posgrado, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. carmenrojash@yahoo.com.mx

relatos de vida, donde a partir del seguimiento del relato de una persona o varias de un colectivo se pueden analizar los símbolos, valores, contexto social, etc. (p 52-53). En el mismo sentido, Baz (1999) señala que la entrevista es un procedimiento metodológico válido para acceder al estudio de procesos que van más allá de la especificidad de las personas entrevistadas.

La entrevista como instrumento de investigación cuestiona de manera crítica, lo que supone construir las condiciones ideales para producir conocimiento en el terreno científico. Mediante el libre uso de la palabra, se le permite a los sujetos explorar el sin sentido de sus síntomas y padecimientos.

La entrevista es un acontecimiento del lenguaje en un contexto de diálogo, que va a derivar en el establecimiento de los textos o materiales a investigar. No se debe perder de vista que a lo único que se puede tener acceso de la experiencia del otro es a un relato, a un discurso, un *lapsus*, un chiste o un sueño, moldeados por el deseo inconsciente.

En las entrevistas se prevén preguntas ejes, sin olvidar que el constructor de su novela, de su historia, es el sujeto. Baz agrega:

Nuestra escucha no busca la realidad de lo acontecido, sino acceder a los procesos de subjetivación que se expresan en el discurso más allá de su literalidad. El sujeto [...] no sólo habla desde su yo sino que es hablado desde el otro (1999: 88).

Es necesario señalar que en las entrevistas el investigador se enfrenta al hecho de que no existe una demanda, por lo que la amplitud de la información que se pueda obtener dependerá de la disposición del sujeto para participar en la investigación. Dentro del marco psicoanalítico, la interpretación es consustancial.

Después de observar y describir; se aplica a interpretar y a comprender, comprender la conducta en su significado, y luego, también para tratar de explicarla a partir de los procesos que la determinan (Fierro, 1999). Por ello la técnica de análisis de la información que se utilizó fue el análisis del discurso, sustentado desde la argumentación posible de los conceptos imbricados en el *corpus* teórico del trabajo.

REFERENTES CLÍNICOS: UN CASO

Alma M.: la imposibilidad ante la maternidad

Alma M. tiene 25 años, vive en unión libre desde hace dos. Tiene una hija de un año siete meses (Ana L.). Acudió al Centro de Atención a la Violencia Familiar (CAVIF) a solicitar apoyo psicológico presionada por su esposo porque maltrataba a su única hija. Sobre el acto, Alma dijo: «tengo poca paciencia con mi hija, ella no me obedece y le grito». Desde que tenía tres meses la desesperaba mucho porque era muy llorona. Los motivos por los que le grita tienen que ver con que su hija es desobediente y traviesa. Dice que le grita, la jalonea, «pero físicamente no le pego», «soy muy exigente con ella». Incluso no le permite que lllore. Agrega: «me enojo muy feo, pero no le doy trancazos», «le grito como si fuera una niña grande, le pego; pero nada más en la mano, le doy nalgadas, un manazo».

Ella hace constantes negaciones a nivel de la palabra de que pueda estar ejerciendo violencia física hacia su hija, lo cual resulta evidente, para ella tal vez el ser violenta implica que exista alguna marca en el cuerpo de su hija. Pero lo que sí es claro es que el trato que ejerce contra su hija es un acto, «y como tal supone la función de desujetamiento del orden de la palabra en ese punto» (Degano, 1999: 109). Ya que el acto y la palabra se ubican en diferentes registros, y lo simbólico nunca alcanzará para que Alma M. exprese lo que se siente, por ello tiende a actuarlo.

Señala que es consciente del daño que le hace a la niña («me doy cuenta que hice mal»); cuando la niña esta dormida, «me disculpo, ella es todo para mí»; siente que la niña le dice: «no te das cuenta que me lastimas». La conciencia de culpa se debe más a la confrontación con la idea que tiene sobre ser madre que a una real aceptación del daño que como sujeto le inflige a la pequeña: «Yo no hubiera querido esto para mis hijos». Para ella ambas acciones se encuentran separadas, no advierte su propia agresividad. La propia agresividad retorna como una respuesta del otro, ya que ella siente que la niña hace las cosas «adrede»; «es muy traviesa todo el día hace y deshace».

En la relación que establece con su hija suele colocarse en una posición fraterna, ya que

ambas se disputan las atenciones del marido, que viene a reflejar la dependencia que en otro momento se tiene para con la madre.

Lo que se observó en las sesiones que la señora acudió con la niña, es que tiene poco control, la niña no tiene límites claros, lo que genera que constantemente esté haciendo travesuras, la niña brincaba, se tiraba al piso, intentaba meter el dedo al ventilador o rayar las paredes. Ante esto, la señora no sabía que hacer.

Alma M. no ha podido transmitir el límite entre ella y su hija, duerme con ella cuando su esposo no se encuentra, es originaria de otro estado, aquí no tiene familia. Tiene cinco hermanos, hijos de tres diferentes papás, ella es la mayor de tres mujeres. Está registrada con el apellido de una de las parejas de su madre.

Su madre la dejó un tiempo con una tía, de ese periodo recuerda que permanecía sentada en la calle esperando que su mamá regresara por ella («Me veo en la puerta esperando a mi madre»).

Posteriormente su madre fue con ella para que se hiciera cargo de sus hermanos; más o menos desde los nueve años comenzó a hacerse cargo de ellos, ya que su mamá trabajaba todo el día. En ella hay una sensación de frustración al no haber podido disfrutar de su infancia: «No fue fácil», «No hubo infancia», «Mi niñez se fue», «Me olvidé de mí para ayudarle a cuidar a mis hermanos».

Otro de los eventos traumáticos para ella es que siendo pequeña fue testigo de violencia conyugal. Recuerda que cuando su papá comenzaba a golpear a su mamá ella se asustaba mucho, sacaba a sus hermanitos y corría a pedir ayuda para su madre. La enfrentaba ante la ausencia de palabras para explicar un acto del que sólo era testigo, no se quedaba paralizada, pero tal vez el hecho no poder hacer nada por su madre le dejó una enorme culpa por un hecho inexplicable.

Orden generacional

Hay deudas que se pagan en generaciones posteriores, ella maltrata no pensando en la niña como sujeto, pareciera un intento de limpiar culpas inconcientes, por haber sustituido a su madre no sólo en el ámbito familiar, haciéndose cargo de sus hermanos, además, el permitir

que quien la reconoció como padre transgrediera los límites del incesto. La deuda de la madre deviene en la hija, hay una constante repetición de maltrato en ambas mujeres, que tiene que pagar a un alto costo el deseo de ser madre.

Es necesario recordar en este punto algo del marco teórico: que los hijos y los padres deben diferenciarse para que la vida tenga lugar. Cada sujeto debe asumir su lugar de hijo en primer lugar, para posteriormente tener la posibilidad de presentarse como padre. En esta familia no hubo una diferenciación de funciones y responsabilidades, lo que pueden tener como consecuencia que Alma M. no se sienta capaz de asumir su función de madre, dejando a su hija fuera de la ley.

Relación madre-hija

Freud habla de una relación ambivalente entre madre e hija, con herencia de rasgos del período preedípico. En el caso Alma M. no existía comunicación entre ambas hasta que Alma M. se casó. Es decir, hasta que ella formó su propia familia y fue capaz de dejar lo que no le pertenecía; la familia de su madre.

Con su madre establece una relación ambivalente. De su madre dice: «Mi mamá grita y maltrata». No se hizo cargo de sus hijos debido a que siempre estaba trabajando, «pero igual nos dio mucho amor», «yo decidí tomar ese papel... a mi mamá nunca se lo he reprochado, ya que tenía que trabajar».

Su padrastro abusó de ella cuando tenía cinco años, su mamá estaba enterada de ello, pero no hizo nada. No había confianza, no podía hablar nada con ella («No sé si a lo mejor yo sea igual que ella»). Hay una repetición de significantes, ella tiene que ser una «mala madre», siguiendo el ejemplo de su madre repite conductas en contra de lo que ella mismas idealiza como lo maternal.

Maternidad

Fue presionada por su esposo para que acudiera a solicitar apoyo, ya que maltrata a su hija. Como motivo de consulta señala: «No sé, vengo para aprender a tener paciencia con mi hija», «tengo poca paciencia con mi hija, ella no me obedece y le grito»; señala que esto le ha traído problemas con su esposo, ya que él es muy

tranquilo y nunca agrede. Dice: «he intentado controlar eso... pero no puedo sola».

El nacimiento de su hija fue una confrontación con su propia castración, es decir, con su falta, con el enfrentamiento a la separación de su madre, no pudo subjetivizar este nacimiento, desde que se tuvo que hacer cargo de la niña, comenzó a molestarle incluso su llanto, sin importar cual fuera el motivo subyacente.

Señala no comprender su actitud para con la niña («yo la adoro»); su nacimiento fue de mucha alegría para ella, ya que siempre deseó tener un hijo, anteriormente había tenido tres abortos («Dios no me daba hijos porque yo no estaba preparada»); ahora que es madre siente que esta en una situación contradictoria al ver como se comporta con su hija.

Es probable que Alma M. parta del supuesto de que un hijo vendrá a colocarse como aquello que la hará feliz y completa. Teóricamente se considera que el hijo es vivenciado como lo que vendrá a reparar la falta a partir del intenso deseo de recuperar el narcisismo perdido. Pero el deseo de ser madre no es auténtico del sujeto. Es el Otro quien pone palabras a su deseo, y siempre el sujeto se encontrará confundido entre lo que él desea realmente y lo que es del Otro. El deseo de ser madre vendrá a obturar las preguntas por la feminidad y por el ser mujer. Los padres esperan que sus hijos vengan a cubrir todas las expectativas, pero en muchos casos esto conduce a la frustración, ya que no son como esperaban. A Alma M. su hija, desde que tenía tres meses, la desesperaba porque era muy llorona, la dejaba llorar todo lo que quisiera. Sin escuchar ese primer llamado que es el llanto de un hijo, la mamá ha permanecido indiferente a las necesidades de su hija, dándole sólo lo que ella cree que la niña puede necesitar.

Señala que cuando se hizo cargo del cuidado de sus hermanitos, tuvo que tomar el papel de madre y renunciar a su infancia. Es importante ver lo que ocurre en el marco de la identificación, ya que ella tuvo que enfrentarse de manera directa a lo real de la maternidad, a diferencia de otras niñas que primero realizan una especie de identificación imaginaria poniendo en activo lo que vivieron en pasivo; es decir, realizando en sus juegos la identificación con el papel de madre. Señala que con sus her-

manitos nunca fue violenta, lo que señala una satisfacción y una realización plena de lo que para muchos niños se juega en el lado del fantasma; esto es la realización de la sustitución edípica de la madre, poniéndola en una situación de completud, al desaparecer la falta.

La forma paradójica en que más tarde asumió la función de madre de su familia denota la reactualización de su frustración por no haber tenido una familia completa, donde pudiera platicar con su madre, o que incluso pudiera «comulgar el día de mi primera comunión». De manera marcada le molestan las atenciones que la niña recibe de su padre y de sus abuelos. Le molesta mucho la forma en que su esposo y su familia tratan a la niña, ella considera que son ellos quienes la malcrian. No le gusta: «Hay un exceso de cariño». La niña tiene que pagar nuevamente deudas que han quedado pendientes, así como ella paga las de su madre, a la niña no se le permite disfrutar de la infancia que se pudiera merecer, esto porque ella no la disfrutó. Por lo mismo no le permite a la niña jugar con lo que es acorde a su edad: Alma M. es quién selecciona sus juguetes, siempre procurando que no sea excesivo el gasto en ellos según su punto de vista.

Para ella una mamá debe ser: «no sé... muy paciente... mi mamá no era paciente». Considera que, sin exagerar, a los niños les hace falta una nalgada. Una madre debe ser «tolerante, amorosa, cuidadosa, comprensiva». «Yo no soy paciente... mi paciencia se acaba... me tocó ésta (refiriéndose a su hija)». Se observa cómo el ideal de la maternidad se encuentra influido por imperativos superyoicos que no toleran ningún asomo de contradicción, por tanto, ella está sometida a los mandatos superyoicos que le exigen ser una madre excelente «tolerante, amorosa, cuidadosa, comprensiva».

Alma M. se considera una mala madre («El enojarme no es de una buena mamá, no se por qué me enojo»). Nuevamente se ve en este caso como ante todo se coloca un ideal de toda mujer que de manera explícita o implícita se le transmite, que consiste en un ideal que por lo inalcanzable la coloca en una posición de frustración, ya que este ideal del amor materno resulta a todas luces inviable.

Hay dos frases significativas con las que su esposo la cuestiona: «¿Qué no tienes instinto

maternal?»; «¿Te molesta ser mamá?» A lo que ella responde: «No creo, es lo mejor que me pudo pasar». Son dos cuestiones básicas que sostienen su estructura, pero hay que ver qué tanto las asumen como interrogantes, y no sólo como imperativos superyoicos que la arrastran al goce sin freno que puede desempeñar la maternidad.

Función paterna

En este punto se explora la función del padre, no se hace referencia sólo al padre biológico, sino a la función del padre simbólico. Alma M. no fue reconocida por su padre biológico. Fue registrada como hija por la pareja de su mamá a los 9 o 10 años. Pero este padrastro comenzó a tocarla desde que tenía aproximadamente cinco años: «Empezó a abusar de mí... nunca hice nada». El padrastro de Alma M. no es alguien que pudiera poner límites, ya que también abusaba de sus dos hijas biológicas, esto quedó al descubierto cuando eran adolescentes: una de sus hermanas lo acusó con su hermano mayor de estos abusos, porque intentaba chantajearla para que no se casara; su hermano lo golpeó y lo corrió de la casa. Alma M. cree que su madre si estaba enterada pero no lo corría por lástima.

Alma M. no reconoce los límites del cuerpo del otro, como algo que se encuentra en el orden de lo prohibido; en ella hubo una transgresión de su propio cuerpo, por quien es la Ley que impone los límites al goce, el padrastro colocó a la niña en posición de objeto de su goce, no hubo palabras, sin mediación de la palabra todo queda en el orden del acto y de la imposibilidad.

Su padre adoptivo maltrataba físicamente a su madre. Dice no reprochar nada a su padrastro: «Nosotras tuvimos la culpa por no decirlo»; «la palabra odio, no aparece en mí, no fue un buen papá, pero hay bonitos recuerdos».

Conoce a su padre biológico, él no la reconoció como hija ya que tenía otra familia. Tiene poco contacto con él, pero lo visita ocasionalmente. En *R.S.I. Lacan (1976)*, respecto a la función del padre, dice que lo que llamamos pere-versión en su función propiciatoria, es la versión del padre, cuando este se ubica bien, liga, enlaza adecuadamente a la madre con sus hijos. Es decir, para que la madre no tome a un

hijo como sustituto de su goce fálico, debe existir una función simbólica. La cual no la pudo desempeñar su padre y ahora entre ella y su hija el esposo no logra ver más allá de sus propias creencias.

Relaciones afectivas

En sus relaciones afectivas tiende a repetir la misma relación que sostuvo con su madre en la primera infancia: maltrato, abandono y dependencia. Señala que como consecuencia de lo vivido en su infancia se casó muy chiquita; cuando tenía 18 años. En su matrimonio le fue muy mal, su esposo la maltrataba, por lo que decidió divorciarse. De su familia, a pesar de haberse casado, nunca se desligó totalmente.

Actualmente tiene dos años viviendo en unión libre, la familia de su pareja no sabe que ella previamente estuvo casada, este es un secreto, que ambos acordaron no decir. De la relación con su pareja, señala que era muy buena («Fue el amigo que esperaba»), pero las cosas actualmente ya no están funcionando, platica menos con él, ya que tienen menos tiempo por la niña. Su esposo es poco romántico y tierno. Dice que todo estaba bien: «hasta que nació esta chillona, es muy inquieta, bien traviesa».

Esta es la viñeta clínica de Alma, ella se ha colocado en una posición de imposibilidad de acceso a la maternidad, la que ella misma se ha propuesto como inalcanzable, los actos que ejerce con su hija develan una incapacidad para poner en palabras lo que vivenció en su infancia, además de la imposibilidad para aceptar los sentimientos negativos de odio que pueda estar sintiendo hacia sus padres. Su hija vino a llenar muchos huecos: «Ella todo para mí, es lo mejor que me pudo haber pasado». La impresión diagnóstica es que Alma M. presenta una estructura neurótica, con una instancia superyoica exigente y culpógena.

RESULTADOS

El lenguaje introduce la prohibición; Poissonnier dice:

La palabra es el recurso humano por excelencia contra la violencia: mediante el uso del lenguaje, se mediatizan conflictos y enfrentamientos. Los com-

portamientos se humanizan: adaptación y defensa contra la pulsión de muerte» (1999: 261).

Por lo que se puede, desde esta explicación, demostrar que muchas de las transgresiones develan que ante la falta de palabras para expresar lo que ellas sienten tienden a actuar por encima de lo que la ley establece, ellas no podían distinguir la violencia como un delito, al tomar al hijo no como sujeto, sino como una restitución narcisista.

Resultó muy reveladora la posición en que se coloca al sujeto agredido. Se advierte que los hijos son desconocidos como sujeto de deseo, colocados como objetos del goce del Otro. El cuerpo de la hija se utiliza para dejar la evidencia de que son «malas madres». Se nota de manera directa la falta de límites entre su cuerpo y el cuerpo de la niña. Las relaciones que se establecen entre madre e hija son muy especulares, ubicadas en aspectos imaginarios.

El registro de la culpa y la responsabilidad permiten analizar que tanto el sujeto asume el acto como propio y del cual se tiene que hacer responsable. Se observa que en ambos casos al principio no hay una culpa sobre el acto, se tiende a culpar a la hija por ser desobediente o chismosa, ellas no son capaces de asumir su propia agresividad y violencia. Se tiende por ello a minimizar el hecho.

CONCLUSIONES

La violencia familiar es un fenómeno que encontramos en la actualidad de manera constante, con manifestaciones tanto en el campo social y familiar, como en el psicológico o estrictamente subjetivo. Respecto a lo social, genera rechazo e incompreensión la mayoría de las veces, ya que confronta al sujeto con sus fantasías sobre lo que debe ser una familia, las cuales están apoyadas en el ideal de una familia sin trazos de violencia; una familia idealizada; pero la realidad enfrenta al sujeto con hechos que lo rebasan, se observa como la violencia se generaliza dentro de la familia entre la pareja y sobre los hijos. Respecto a lo subjetivo, está asociado a un intenso sufrimiento que no tiene que ver con las relaciones con los otros (aunque fenomenológicamente se expresa en ellas),

sino del sujeto consigo mismo, con relación a profundas marcas dejadas como efecto del lazo transgeneracional mediante el cual la violencia se reproduce.

Se propusieron dos supuestos hipotéticos. Primero: en las mujeres que maltratan a sus hijos hay una fractura en la relación con la propia madre durante el proceso de subjetivación, lo que le impide re-conocerse como mujer y madre, y por lo tanto no es capaz de reconocer a sus hijos como separados (independientes) de ella.

En la confluencia de la teoría y la clínica se encontró lo importante que resulta el periodo preedípico para la relación que se establece con la madre como posibilitadora para que la mujer pueda asumir su ser femenino y posteriormente su maternidad. La relación preedípica es fundamental, ya que de la forma en que la niña la supere se determinará la futura relación con su madre, además de la forma en que asumirá la falta constitutiva y la identificación con las demás mujeres.

Esta falta de separación entre madre e hija cuestionó en la investigación de manera directa la función del padre. Desde la teoría se puede presuponer que de la intervención del padre en el Edipo va a depender que el sujeto asuma su singularidad y pueda aceptarse separado de la madre, al interior de la investigación se pudo mostrar en ambos casos revisados, que no se produjeron efectos en este sentido, es decir, no hubo un padre cuya función reestableciera la ley en la madre y la transmitiera (representándola) a la hija, dando como efecto en estos casos que la madre se coloque en el lugar de agresora del cuerpo de la hija y ésta a su vez se sitúe en el lugar de violentada.

Un padre transgresor obstaculiza la separación madre-hijo(a) e imposibilita además el ordenamiento en la cadena generacional. Con su acto transgresivo, los padres desanudan la transmisión simbólica y quitan toda posibilidad de anudar la posición como sujetos deseantes, tanto en los padres como en los hijos, quedando ambos fuera de la ley, en el campo de la transgresión, en el goce de la falta de límites.

Hasta hace poco la humanidad tenía a su alcance los medios para velar la violencia sin la necesidad de que surgiera de manera directa,

es decir, la violencia se mediatizaba con la presencia de una víctima propiciatoria que se ofrecía como sacrificio para que se eliminara eso que generaba conflicto en la sociedad, pero en la actualidad esta ocurriendo un fenómeno de generalización de la violencia en todos los contextos, la violencia como tal se presenta sin la oportunidad de ser mediatizada o sublimada.

Para Rojas (2005) la violencia dentro de la familia era metabolizada por la mujer, en tanto «chivo expiatorio». De forma metafórica se puede pensar que la mujer absorbía como una esponja toda la violencia, ocultándola tras un velo, lo que permitía que la familia continuara unida e idealizada a pesar de todo lo que ocurría en su interior, circunstancia que la incorporación de la mujer a la vida productiva ya no favorece, con todas sus consecuencias.

Para finalizar, como propuesta al trabajar con casos de violencia familiar, es necesario tomar como punto de partida la vinculación del autor del acto con el acto violento, es decir, subjetivizar el acto y escuchar al sujeto a partir de su propio sufrimiento dejando atrás las etiquetas que poco permiten hacer por el sujeto.

De acuerdo con Gerez (2004), también es imperioso analizar el peso de la culpa y la responsabilidad. Si la culpabilidad se acompaña de responsabilidad, esto es, si el actor puede subjetivizar la culpa y asignarle significado, la forma en que lo asumirá será aceptando la sanción y la culpa, ya que muchas veces se tiende a dejar al agresor frente a un acto que para él carece de significado porque no es reconocido como delito, como ocurre con la violencia que se ejerce contra los hijos. Se deben generar estrategias para involucrar al agresor en la enunciación de su acto; es decir, se le debe brindar el espacio para que lo cuestione, para que pueda atravesarlo por la palabra y pasarlo al universo simbólico.

A partir de lo que se observa en el trabajo con victimarios nos damos cuenta que en las instituciones se busca una rehabilitación, pero la realidad muestra que cuando el agresor retorna al ambiente habitual, es decir la familia, la violencia se sigue presentando con la misma intensidad o incluso mayor, lo que pone en se-

rio riesgo a la víctima de los malos tratos, esto se debe a que en la atención al agresor no se ha considerado la indagación de tres ejes que propone Marta Gerez (2004): a) el acto criminal, b) la motivación o inmotivación del mismo y c) la sanción penal y sus consecuencias en la subjetividad.

Es decir, lo estructurante sería que el sujeto asuma su crimen, su culpa, se responsabilice de ello y reciba una sanción acorde a su delito. Lo que ocurre en la mayoría de los casos de violencia familiar, abuso sexual, etc., es lo que muestra el punto tres; se ve como al quedar desarticulado el acto de la sanción penal, queda expulsada cualquier implicación que tenga que ver con la culpa y la responsabilidad, el sujeto queda ajeno al acto, lo que lo hace propenso a su repetición. El sujeto debe reconocer y hacerse cargo de su falta, lo cual le permitirá subjetivizar su acto y las sanciones que reciba.

Referencias

- Baz, M. (1999), «La entrevista de investigación en el campo de la subjetividad», en Isabel Jaidar (comp.), *Caleidoscopio de subjetividades*, México, UAM-Xochimilco.
- Degano, J.A. (1999), «Niños mal-tratados», en *El sujeto y la ley y otros temas psicológicos forenses*, Rosario, Argentina, Homo Sapiens.
- Fierro, A. (1999), «Psicoanálisis y psicología objetiva: una confrontación paradigmática», en Blanca Moreno (coord.), *Psicoanálisis, clínica y ciencia*, Málaga, Aljibe.
- Gerez, M. (2004), *Ley y subjetividad: culpa y prohibición*, Seminario El sujeto ante la ley: culpabilidad y sanción (<http://www.edupsi.com/culpabilidad>).
- Poissonnier, D. (1999), *La pulsión de muerte. De Freud a Lacan*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Sagot, M. (2000), *Ruta Crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (estudio de caso de diez países)*, Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y desarrollo.

La familia de la adolescente con y sin embarazo en un contexto escolar

Carlos A. Navarrete Cueto y Claudia E. Bonilla Castillón

INTRODUCCIÓN

El embarazo en esta etapa de la vida tiene efectos que trastocan el proyecto de vida de la joven adolescente al igual que las expectativas de su familia.

Las investigaciones arrojan que entre las adolescentes embarazadas existe una ignorancia generalizada con respecto al funcionamiento de su propio cuerpo, del sistema reproductivo y de los anticonceptivos, además de que en las escuelas de nivel medio básico sólo se abordan los temas de interés sobre sexualidad desde el punto de vista biológico u orgánico, por lo que los adolescentes lejos de encontrar respuestas satisfactorias a sus dudas se cofunden, confusión que se traduce en altos y costosos índices de embarazos en adolescentes así como en infecciones de transmisión sexual o abortos (Atkin y Pick, 1989).

En la familia es común la desorganización y las crisis familiares: ausencia del padre, de la madre o de ambos; cambios constantes de figuras parentales, pérdidas afectivas y altos índices de alcoholismo, son factores que pueden influir para que se presente el embarazo adolescente (Barrios y Ramos, 1993).

EPIDEMIOLOGÍA REFERIDA AL EMBARAZO ADOLESCENTE

En México, miles de adolescentes, casi niñas, se embarazan y pasan a engrosar las estadísticas del subdesarrollo; uno de cada cuatro embarazos termina en aborto (quinta causa de muerte en mujeres), el 60% de las madres son solteras o viven en unión libre, el 50% de los partos se produce sin atención médica y ocho y medio millones de mujeres se encuentran vi-

viendo en condiciones de pobreza extrema (Atkin y Pick, 1995).

En las encuestas se menciona que los factores que influyen en el embarazo adolescente son la falta de orientación e información en el ejercicio de la sexualidad así como un deficiente acercamiento por parte de los adolescentes con sus padres, aunado al poco tiempo que estos últimos conviven con los adolescentes ya que tienen que trabajar.

FACTORES DE RIESGO

Diversos autores señalan que la adolescencia es una etapa de transición de la niñez a la vida adulta en la cual se presentan una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Algunos adolescentes presentan conductas de riesgo: relaciones sexuales no planeadas, asociación con grupos delictivos y consumo de alcohol y otras drogas.

Desorientadas y sin el apoyo de la familia, en medio de la pobreza, estas madres sin preparación abren la puerta al maltrato de niños, su expulsión a la calle y la entrega en adopciones ilegales, creando en ellas sentimientos encontrados que originan depresión y ansiedad ante esta situación que trastoca su proyecto de vida (Barrera Torres, 1987).

El embarazo adolescente refleja problemas sociales importantes que surgen de actitudes negativas respecto a la sexualidad de la mujer, de una educación sexual inadecuada en el más amplio sentido de la palabra, como la falta de roles y oportunidades alternativas para la mujer. Señala que son factores sociales y culturales los que intervienen para que en las adolescentes se despierte el interés de ser madres o decidan cuidar su actividad sexual mediante

métodos anticonceptivos, ya que las adolescentes toman decisiones libres y responsables, aunque la mayoría de las veces no lo deciden, sino que simplemente ocurre.

El embarazo adolescente está asociado con familias que viven en situaciones económicas desfavorables, aunado a la influencia del contexto familiar en el que creció la adolescente y de los obstáculos que la sociedad interpone, y tiende a repetirse a través de las generaciones, se refleja en uniones inestables, parejas con severos conflictos y condiciones precarias para el desarrollo de los hijos (Atkin y Giavaudan, 1989).

Mc Goldrick (2000) analizó los contextos familiares dentro de los cuales la adolescente soltera queda embarazada, hay que tomar en cuenta la organización de la sociedad, la composición de la familia, la personalidad y la historia de cada una, el tipo de relaciones entre los padres como pareja y entre los padres y los hijos.

Tapia (2002) Menciona que cuando la adolescente queda embarazada la red de apoyo familiar se activa y su comportamiento transcurre por varias etapas, desde una activación positiva, cuando la familia acepta el embarazo, hasta la activación negativa, cuando la adolescente se embaraza y no permanece con ella su pareja y su familia no la apoya.

El futuro de la adolescente embarazada y de su hijo dependerá de la calidad del apoyo que le brinde su familia de origen. Las adolescentes que experimentan situaciones disfuncionales desde antes, una vez embarazadas, seguramente tendrán un mayor riesgo de falta de apoyo adecuado (Friedman, 1985).

EPISTEMOLOGÍA SISTÉMICA EMPLEADA EN LA INVESTIGACIÓN

Para Nardone, la familia es el sistema de relaciones fundamentalmente afectivas, presente en todas las culturas, en el que el ser humano permanece largo tiempo, durante diferentes ciclos evolutivos.

A partir de este planteamiento se explican los aspectos significativos que pasan la mayoría de las familias:

1. Es el primer ambiente social del cual el ser

humano depende por entero por un periodo más bien largo.

2. Es el ambiente social en el que mentes adultas, los padres o sus sustitutos, interactúan de forma recurrente, y en ciertos momentos exclusiva, con mentes en formación, los hijos, ejercitando un gran poder de modelado.
3. Es en este ambiente donde las frecuentes interacciones, intensas y duraderas en el tiempo, crean un alto grado de interdependencia que puede configurarse como exceso de implicación o, por el contrario, rechazo.

Mientras que la familia, desde la cibernética, es definida como un sistema cibernético gobernado por reglas, dentro del cual los miembros tienden a comportarse de forma organizada y repetitiva.

La familia es una organización fundamentalmente protectora. Entre las múltiples interacciones familiares que se producen, cada sistema familiar tiende usualmente a organizarse en torno a aquel que se revela más útil para el mantenimiento de la unidad familiar, que crea relaciones permanentes. En nuestra experiencia hemos observado que se favorecen las relaciones que mejor concuerdan con las convicciones ideológicas personales de uno o ambos progenitores.

Por lo tanto, si las reglas llegan a ser demasiado rígidas se generan juegos sin fin, círculos viciosos de los que no se consigue salir porque nadie es capaz de cambiar las reglas; el sistema se vuelve patológico y nos recuerda un disco que se raya, que no consigue avanzar y produce hasta el infinito el mismo sonido, estos comportamientos repetitivos son, a menudo, para quien los desarrolla, procesos inconscientes.

Las interacciones familiares ayudan a los miembros de las familias a construir su identidad, la cual puede sufrir cambios cuando en las familias se comprueba que existen conflictos entre los progenitores, ya que los hijos tenderán a imitar las conductas y modelos de los cón.

La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción; éstas constituyen la estructura familiar que a su vez rige el funcionamiento de los

miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su integración recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al mismo tiempo que proporcionar un sentimiento de pertenencia.

El subsistema de los cónyuges ofrece a sus miembros una plataforma de apoyo para el trato con el universo extrafamiliar, y proporciona un refugio frente a las tensiones externas. Pero si las reglas de este subsistema son tan rígidas que no permiten asimilar las experiencias que cada esposo hace en sus interacciones personales, los cónyuges pueden quedar atados dentro del sistema a reglas inadecuadas de supervivencia.

Uno u otro podrán desplegar aspectos más diversificados de su personalidad. En esta situación, el subsistema de los cónyuges se empobrece más y perderá vitalidad, volviéndose por último inutilizable como fuente de crecimiento para sus miembros. Si estas condiciones persisten puede ocurrir que los cónyuges encuentren necesario dismantelar el sistema.

El subsistema de los cónyuges es vital para el crecimiento de los hijos, constituye su modelo de relaciones íntimas, como se manifiesta en las interacciones cotidianas.

En el subsistema conyugal, el niño contempla modos de expresar afecto, así mismo puede afrontar conflictos. Lo que presencia se convertirá en parte de sus valores y expectativas cuando entre en contacto con el mundo exterior. Si existe una disfunción importante dentro del subsistema de los cónyuges, repercutirá en toda la familia. En situaciones patógenas, uno de los hijos se puede convertir en chivo expiatorio o bien ser aliado de un cónyuge contra el otro.

El holón parental incluye la crianza de los hijos y las funciones de socialización, aquí el niño aprende lo que puede esperar de las personas que poseen más recursos y fuerza, aprende a considerar racional y arbitraria la autoridad, llega a conocer si sus necesidades habrán de ser contempladas, así como los modos más eficaces de comunicar lo que desea, dentro de su propio estilo familiar, según las respuestas de sus progenitores, según sean éstas adecuadas o no a su edad, el niño modela su sentimiento de lo correcto, conoce las conductas re-

compensadas y las desalentadas; por último, dentro del subsistema parental, vivencia el estilo con que su familia afronta los conflictos y las negociaciones.

El subsistema parental tiene que modificarse a medida que el niño crece y sus necesidades cambian; con el aumento de su capacidad se le debe dar más oportunidades para que tome decisiones y se controle a sí mismo. Dentro del subsistema parental los adultos tienen la responsabilidad de cuidar a los niños, de protegerlos y socializarlos.

Mientras que el holón de los hermanos constituye para el niño el primer grupo de iguales en el que participa, dentro de este contexto los hijos se apoyan entre sí, se divierten, se atacan, en general aprenden unos de otros, elaboran sus propias pautas para negociar, cooperar y competir, se entrenan en hacer amigos y en tratar con enemigos, en aprender de otros y en ser reconocidos.

A partir de lo que se plantea en la epistemología sistémica podemos mencionar que el impacto familiar que provoca el problema de la adolescente embarazada es profundo y su crisis individual pasa a constituirse en una crisis familiar, en donde todos los miembros de ella se sienten afectados, por lo que el embarazo es vivido como un hecho amenazante para los padres porque es un mensaje de alerta acerca de la falta de control sobre su hija y un sentimiento de profunda afectación a consecuencia de una conducta sexual no esperada de un miembro de la familia.

Las adolescentes embarazadas tienen un ambiente poco estable en su sistema familiar debido al tipo de interacciones que se presentan en su ambiente familiar. Muchos de los sentimientos descritos son agudizados en las adolescentes por vivir experiencias de ciclos de vida en forma simultánea, es decir, sin haber terminado el proceso físico y emocional de la adolescencia inician el proceso de embarazo habitualmente propio de la adultez.

Sentimientos depresivos, angustias y miedos se mezclan con sentimientos de confusión, desvalorización personal, soledad e inutilidad, que son más bien emociones relacionadas con la adolescencia misma.

Además de los problemas emocionales individuales, habría que agregar que la adoles-

cente está enfrentada, en la mayoría de los casos, a un rechazo inicial de parte de la familia, la cual, con el tiempo, tiende a dar el apoyo y proteger a las adolescentes.

Sin embargo, los padres tienen gran influencia en la toma de decisiones de las adolescentes con respecto a abortar o seguir con el embarazo, o respecto a mantener o terminar la relación de pareja.

Sobre esto último, algunos estudios indican que los matrimonios de adolescentes tienden al fracaso por la inestabilidad emocional, escasos recursos, inexperiencia como padres y proclividad a la separación y el divorcio.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Es una investigación cuantitativa, no experimental, comparativa de corte transversal, descriptiva y exploratoria. El objetivo es analizar como es la relación de las adolescentes con el sistema familiar, sus actitudes sexuales y qué significado tiene y como interpretan su relación con la familia (Cecytej, 2005).

El universo de la muestra lo conforman adolescentes embarazadas y no embarazadas de entre 15 y 19 años de edad, que estudian en la especialidad de puericultura o la de contabilidad, en ambos turnos, en el Cecytej 7, en Puerto Vallarta Jalisco.

Se calculó una muestra de 37 adolescentes embarazadas y 225 no embarazadas de un universo de 747 alumnas; el cálculo de la muestra se basó en el programa computacional STATS VII, con un error máximo aceptable del 3% estimando un porcentaje de la muestra entre el 3% y el 97%, con un nivel de confianza del 97% (Olea, 2001).

En la aplicación del instrumento de medición se utilizó la visión del enfoque sistémico, en el cual las adolescentes actúan ante las cosas según el significado e interacción que éstas tienen para ellas. Los datos se analizaron mediante el programa computacional Excel y Spss (Eguiluz, 2001).

VARIABLES EMPLEADAS EN LA INVESTIGACIÓN

Variables dependientes

1. Adolescentes, embarazadas o no embara-

zadas, que estudian en el bachillerato tecnológico Cecytej 7, en Puerto Vallarta, Jalisco.

2. Adolescentes de 14 a 19 años de edad.
3. Familias de adolescentes caóticas o multi-problemáticas.
4. Familias de adolescentes nutricias.
5. Familias de adolescentes rígidas.

Variables independientes

1. Analizar la influencia de las interacciones familiares y su relación con las actitudes sexuales de la adolescente embarazada y no embarazada.
2. Características, estructura y funcionalidad que presentan las familias de adolescentes embarazadas y no embarazadas.
3. Creencias y actitudes en lo referente a la sexualidad y en consecuencia al embarazo adolescente.
4. La expresión de la sexualidad de las adolescentes embarazadas y no embarazadas y su relación con la estructura de las familias.

Correlación de las variables

En la primera sección se examinan los datos generales y su estado socioeconómico, el tiempo de residencia, así como la estructura de su familia.

En la segunda sección se explora la interacción familiar, las funciones de la familia descritas por Linares y Minuchin, así como las funciones de todos los subsistemas que integran la familia y la conyugalidad y parentalidad de la pareja con preguntas que constan de varias opciones a elegir.

En la tercera sección se explora la esfera de la sexualidad y el embarazo en adolescentes; se investigan las causas y el impacto de la familia.

Criterios de inclusión

1. Adolescentes embarazadas.
2. Adolescentes no embarazadas.
3. Que acepten participar en el estudio.
4. Que estudien en el Cecytej 7, en cualquier de los dos turnos.
5. Que pertenezcan al ciclo escolar semestre 2004-2005.

Criterios de no inclusión

1. Adolescentes con alguna discapacidad intelectual.
2. Adolescentes con enfermedades crónico degenerativas.
3. Embarazadas por violación.

Criterios de exclusión

1. Las adolescentes que no contesten completos los cuestionarios.

Implicaciones éticas y morales

De acuerdo con la Ley General de Salud y el marco legal del Cecytej, la presente investigación se considera que no es riesgosa, ya que no se realizó ninguna manipulación cognitiva o conductual, debido a que la investigación pertenece al diseño no experimental.

La identidad de los participantes se maneja con estricta confidencialidad; se les solicitó a las estudiantes firmar la hoja de consentimiento informado que voluntariamente desearon participar en el estudio.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados de la investigación se presentan en dos partes, en la primera, los datos se refieren a los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento a 225 adolescentes no embarazadas en ambos turnos. En la segunda, los datos se refieren a los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento a 37 adolescentes embarazadas.

Adolescentes no embarazadas

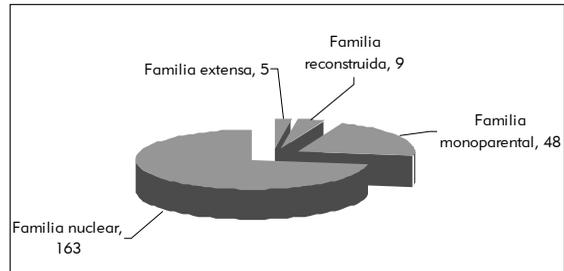
En la investigación se encontró que el grupo de adolescentes estudia la especialidad de puericultura y contabilidad, en ambos turnos; la edad promedio fluctúa entre los 15 y los 19 años, el total de la muestra pertenecen al sexo femenino, el 80% de las alumnas son nativas del municipio de Puerto Vallarta, Jalisco, y de la zona de Bahía de Banderas, Nayarit, mientras que las restantes son originarias de otros estados.

Estructura familiar

En el tipo de familia de las adolescentes no embarazadas se encontró que 163 (73%) pertenecen al tipo de familia nuclear, 48 (21%)

pertenecen al tipo de familia monoparental, 5 (2%) al tipo de familia extensa y 9 (4%) al tipo de familia reconstruida; también se encontró que 196 (87%) de los hijos son de la misma pareja y 29 (13%) de diferentes parejas.

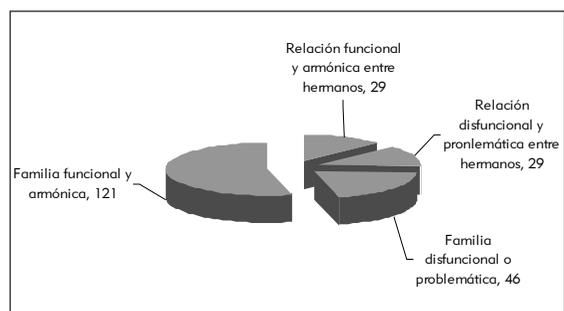
ESTRUCTURA FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS



Interacción familiar de las adolescentes

En cuanto a la interacción familiar de las adolescentes no embarazadas, 121 (54%) tienen un sentido de pertenencia a la familia y se permite que interactúen con otro grupos como amigos y vecinos, mientras que 46 (20%) sienten que pertenecen a la familia de manera rígida y los une un proyecto común de manera inflexible, asimismo, 29 (13%) tienen una relación disfuncional y problemática con los hermanos, creando en la mayoría de los casos rivalidades y conflictos, también se encontró que en 29 casos (13%) la relación entre los hermanos es una relación funcional y armónica y existe un proyecto común que los une libremente.

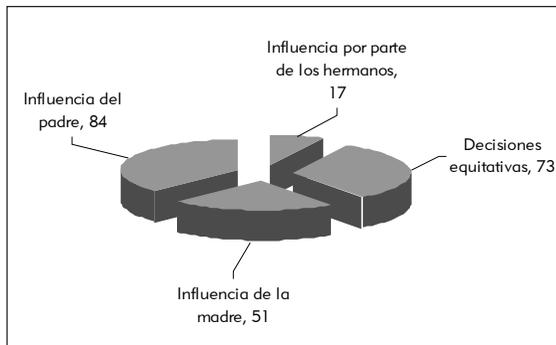
FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA DE LAS ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS



Poder e influencia de la familia

En las familias de adolescentes no embarazadas, en 73 casos (32%) las decisiones se toman de manera equitativa, ambos cónyuges participan e interactúan, mientras que en 84 (37%) el padre es quien tiene más poder en lo referente a la toma de decisiones; se encontró que en 52 casos (23%) el poder y las decisiones las toma la figura materna, y en 17 (8%) las decisiones se toman debido a la influencia de algún hermano (a).

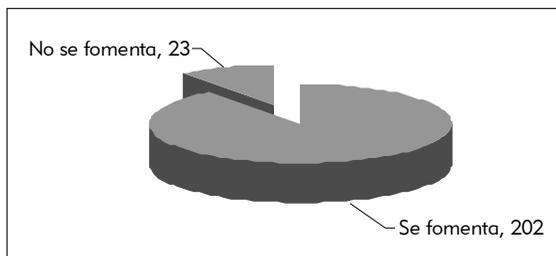
PODER E INFLUENCIA EN LAS FAMILIAS DE LAS NO EMBARAZADAS



Sentido de pertenencia y apoyo

En las familias de adolescentes no embarazadas, en 202 casos (90%) se fomenta el sentido de pertenencia y apoyo entre los integrantes del sistema familiar, mientras que en 23 (10%) no se fomenta el sentido de pertenencia y apoyo entre los integrantes de la familia.

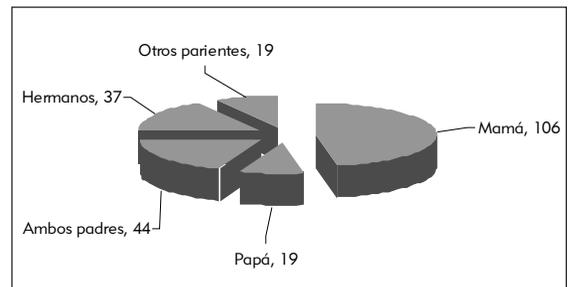
SENTIDO DE PERTENENCIA Y APOYO EN EL SISTEMA FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS



Confianza entre los integrantes de la familia

En las familias de adolescentes no embarazadas, 106 jóvenes (47%) le tienen más confianza a la figura materna para platicar sus dudas, mientras que 19 (8%) le tienen más confianza a la figura paterna y 44 (20%) le tienen confianza a ambos padres, así mismo 37 (16%) le tienen más confianza a los hermanos(as), y solo 19 (8%) le tienen confianza a otros parientes cercanos a la familia

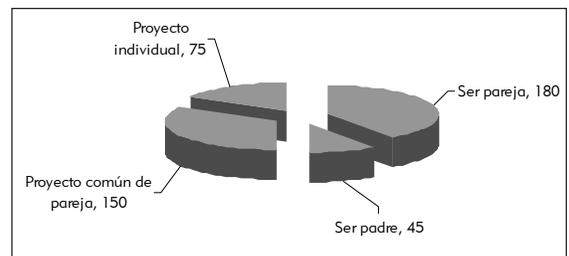
GRADOS DE CONFIANZA ENTRE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA DE LA ADOLESCENTE NO EMBARAZADA



Funciones de conyugalidad y parentalidad

La parentalidad recae, según factores culturales, en ser pareja (180 casos; 40%) y sólo 45 (10%) en ser padre, por lo que se deduce que las funciones de conyugalidad y parentalidad están más enfocadas a ser pareja; 150 (33%) tienen un proyecto de pareja en común y solo 75 (15%) tienen un proyecto individual. Si los padres cumplen las funciones de parentalidad ayudaran a que las funciones socializantes (normas, valores que los padres le transmiten a los hijos) construyan la identidad y narrativa de las adolescentes.

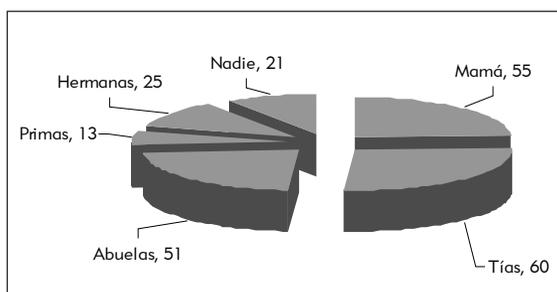
CONYUGALIDAD Y PARENTALIDAD EN LAS FAMILIAS DE LAS ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS



Historia generacional de los embarazos

El embarazo en adolescente, por lo regular, se repite de generación en generación: 60 (27%) de los embarazos familiares se presenta en las tías maternas o paternas, 55 (24%) se presenta en las mamás, mientras que 51 (23%) se refiere a las abuelas maternas y paternas, 25 (11%) a alguna de las hermanas y 13 (6%) a alguna de las primas; en 21 casos (11%) ningún integrante de la familia se ha embarazado.

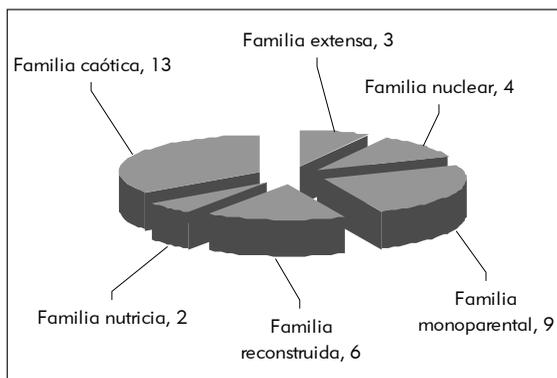
HISTORIA GENERACIONAL DE LOS EMBARAZOS. FAMILIAS DE LAS ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS



Estructura familiar de las adolescentes embarazadas

Se encontró que 13 casos (36%) pertenecen al tipo de familia caótica, mientras que 9 (24%) pertenecen al tipo de familia monoparental, 6 (16%) pertenecen al tipo de familia reconstruida, 4 (11%) al tipo de familia nuclear, 3 (8%) al tipo de familia extensa, y 2 (5%) pertenecen al tipo de familia nutricia. Se encontró que 32 (86%) de los hijos son de la misma pareja y solo 5 (14%) son hijos de diferentes parejas.

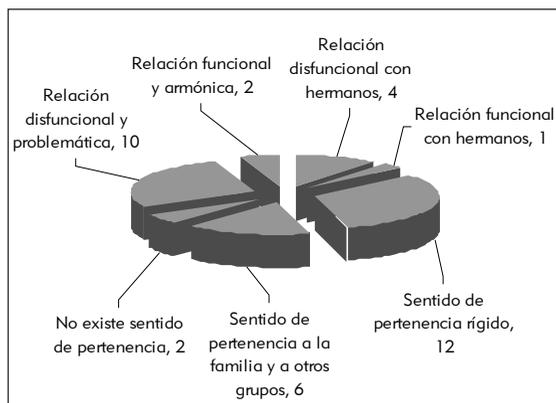
ESTRUCTURA DE LAS FAMILIAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



Interacción familiar

En lo que se refiere a la interacción familiar de las adolescentes embarazadas, 12 (33%) tienen un sentido de pertenencia de manera rígida, mientras que 10 (27%) sienten que la interacción familiar es disfuncional y problemática, 2 (5%) mencionan que no existe en la familia un sentido de pertenencia y apoyo, en 4 casos (11%) la relación con los hermanos es disfuncional y problemática, 6 (16%) tienen un sentido de pertenencia a la familia y se permiten interactuar con otros grupos, 2 (5%) tienen una relación funcional y armónica con sus padres y 1 (3%) tiene una relación funcional con sus hermanos.

FUNCIONALIDAD. FAMILIAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS



Poder e influencia en la familia

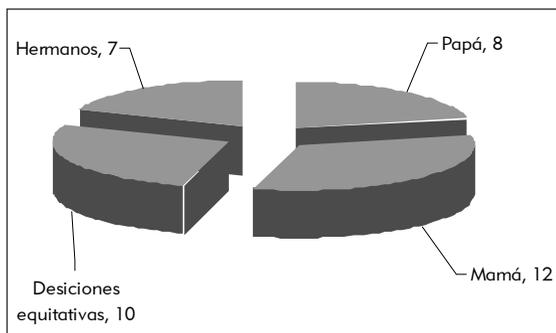
En las familias de adolescentes embarazadas, en 12 casos (32%) las decisiones se toman basándose en el poder que tiene la figura materna, en 10 (27%) las decisiones se toman de manera equitativa, es decir, ambos cónyuges participan e interactúan, mientras que en 8 (22%) el padre es quien tiene más poder en lo referente a la toma de decisiones, se encontró que en 7 (19%) las decisiones se toman debido a la influencia de algún hermano(a).

Reglas y creencias familiares

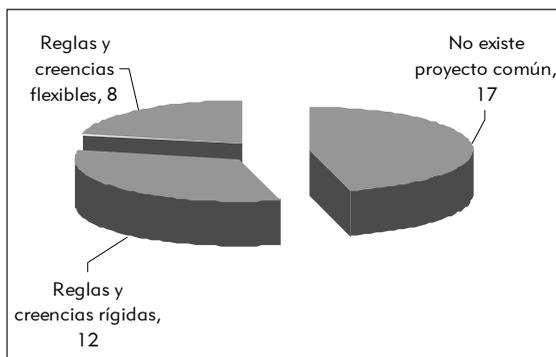
Se encontró que en 17 familias de adolescentes no embarazadas (46%) no existe un proyecto en común que los identifique, mientras que en 12 (32%), las reglas y las creencias son rígidas.

das, esto significa que en las familias deben ocurrir hechos o acontecimientos significativos para que se mueva el ciclo vital dentro del sistema familiar, mientras que en 8 (22%) las reglas y creencias se adaptan con el tiempo.

**PODER E INFLUENCIA.
FAMILIAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS**



**REGLAS, CREENCIAS Y PROYECTOS
FAMILIAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

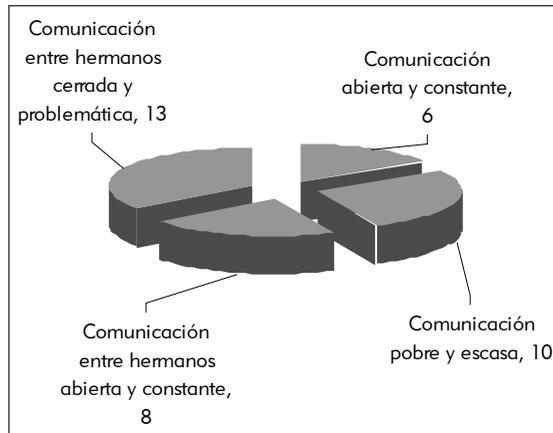


Tipo de comunicación

En las familias de adolescentes embarazadas se observa que en 6 (16%) la comunicación entre los integrantes es abierta y constante, mientras que en 10 (27%) la comunicación es pobre y escasa; en 8 casos (22%) la comunicación entre los hermanos es abierta y constante, en 13 (35%) se observa que la comunicación entre los integrantes de la familia es pobre y escasa y en 26 (12%) se fomenta un tipo de comunicación entre los hermanos de manera cerrada y problemática. En lo referente al sistema familiar se observa que son constantes los enfados y la tristeza.

COMUNICACIÓN.

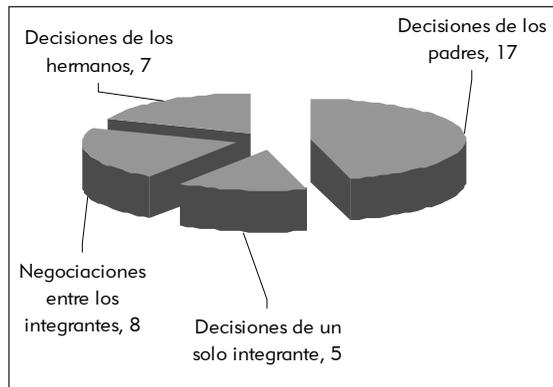
FAMILIAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS



Quién toma las decisiones en las familias

Las decisiones las toma la figura paterna en 17 casos (46%) y solo en 7 (19%) deciden los hermanos, mientras que en 5 (14%) decide un solo integrante; se encontró que las decisiones, en 8 casos (22%), son tomadas en base a la negociación y el diálogo por parte de los integrantes de la familia.

**TOMA DE DECISIONES.
FAMILIAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

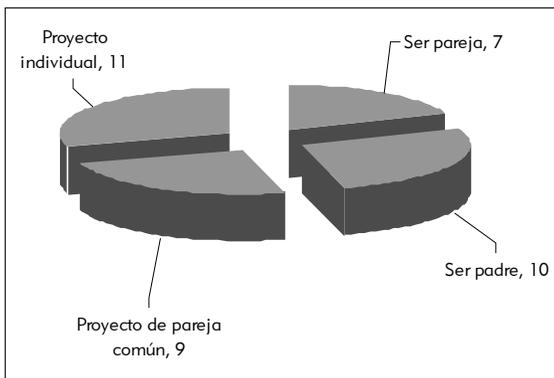


Funciones de conyugalidad y parentalidad

La parentalidad recae en ser pareja en 7 casos (19%) y en 10 (27%) en ser padre, por lo que se deduce que las funciones de conyugalidad y parentalidad están más enfocadas a ser padre, y menos a ser pareja. En las adolescentes em-

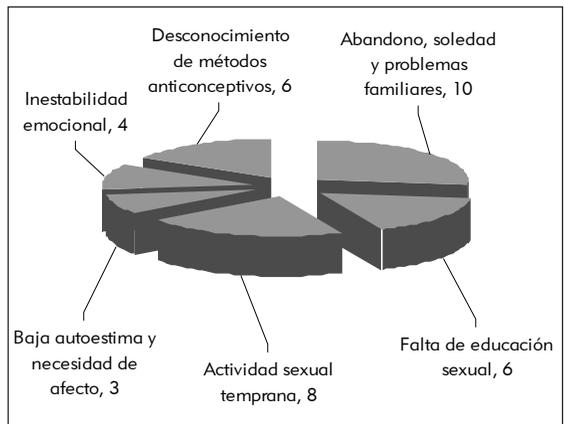
barazadas, la parentalidad está afectando a la conyugalidad, así mismo, 9 casos (24%) tienen un proyecto de pareja en común y 11 (30%) tienen un proyecto individual. La mayoría de los padres de las adolescentes embarazadas tienen dificultades para armonizar y unificar la forma de educar a los hijos, el resultado puede ser que los hijos no se sientan cómodos en el sistema familiar.

**CONYUGALIDAD Y PARENTALIDAD.
FAMILIAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS**



prana a tener relaciones sexuales sin la debida precaución o la utilización de anticonceptivos, en 6 (16%) debido a una falta de educación sexual sólida, en 6 (16%) a la ignorancia que tienen las adolescentes sobre la utilización de anticonceptivos, en 4 (11%) a una inestabilidad emocional producto de su adolescencia y en 3 (8%) debido a la baja autoestima por parte del sistema familiar.

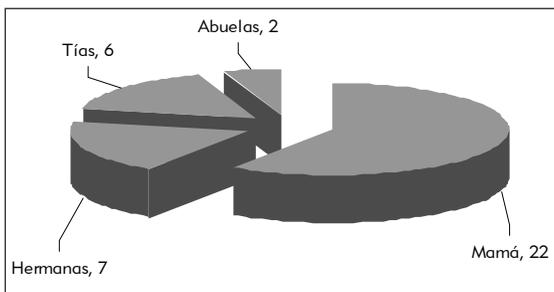
CAUSAS POR LAS QUE LAS ADOLESCENTES SE EMBARAZAN



Historia generacional de los embarazos

El embarazo en adolescente se sigue repitiendo, 22 de los embarazos familiares se presenta en las mamás (59%), 7 en las hermanas (19%), 6 en las tías (16%) y 2 en las abuelas (5%).

**FAMILIARES QUE SE HAN EMBARAZADO.
FAMILIAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS**



Causas y factores de riesgo

Las causas por las que las adolescentes se embarazan son: en 10 casos (27%) debido al abandono, la soledad y los problemas familiares, en 8 (22%) inician a una edad muy tem-

Impacto que provoca el embarazo en el sistema familiar

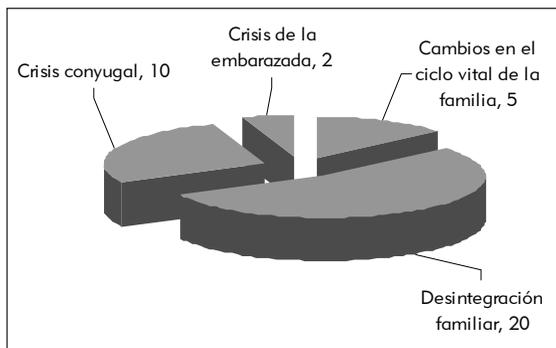
Se encontró que 20 (54%) de las adolescentes refieren que sus familias sufrieron una especie de crisis y desintegración familiar, en 10 (27%) generó crisis conyugal, en 5 (14%) se modificó el ciclo vital de las familias, ya que los padres de las adolescentes embarazadas adquirieron el rol de abuelos, papás y proveedores, mientras que las hijas embarazadas, el de hijas, mamás y hermanas, y los hermanos de las embarazadas el de tíos, o en muchos casos de figuras paternas; mientras que 2 (5%) de las adolescentes mencionaron haber tenido crisis individuales.

Reacción de las adolescentes cuando se presenta el embarazo

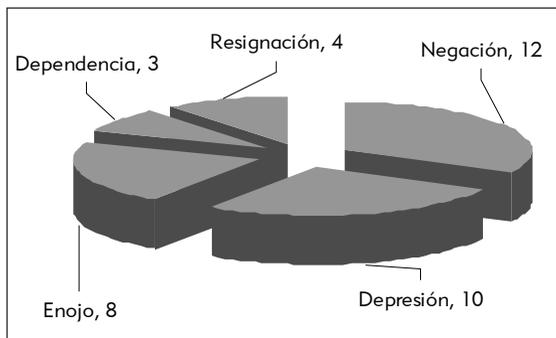
Al enterarse que están embarazadas, las adolescentes pasan por etapas o crisis, las cuales se mencionan a continuación: en 12 (32%) negación, es decir, niegan o no aceptan que están embarazadas, por lo tanto se corre el riesgo de

abortar; en 10 (27%) depresión, se sienten tristes debido a que sus proyectos individuales se ven amenazados; en 8 (22%) enojo, las adolescentes se enojan en la mayoría de los casos contra ellas mismas, sus parejas y en ocasiones contra un poder superior (Dios), como cada quien lo interprete, ya que lo toman como un castigo o lección de la vida; en 4 (11%) resignación, es la etapa en la cual las adolescentes aceptan el embarazo y se enfrentan, por llamarlo así, a los padres y la sociedad; en 3 (8%) dependencia, ya sea económica, afectiva o moral con sus padres, familiares o con su pareja.

IMPACTO QUE PROVOCA EL EMBARAZO EN EL SISTEMA FAMILIAR



REACCIÓN DE LAS ADOLESCENTES ANTE EL EMBARAZO

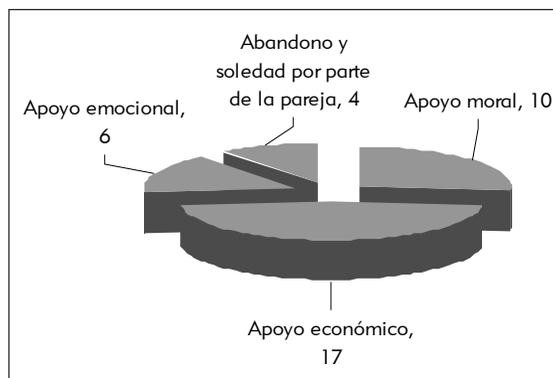


Apoyo que reciben las adolescentes por parte de la familia

Los tipos de apoyo que reciben las adolescentes embarazadas por parte de su familia o pareja son: en 17 casos (46%) mencionan que solamente apoyo económico, en 10 (27%) apoyo

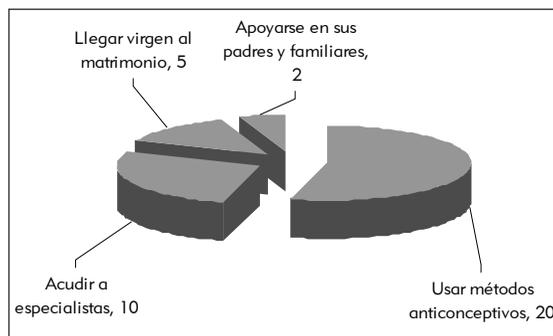
moral, en 6 (16%) apoyo emocional, y en 4 (11%) abandono y soledad por parte su pareja, que en la mayoría de los casos no se hace responsable de la crianza, manutención y educación de sus hijos.

TIPO DE APOYO QUE RECIBEN POR PARTE DE LA FAMILIA Y LA PAREJA



Como prevenir el embarazo en adolescentes
De las adolescentes embarazadas, 20 (54%) mencionan que las jóvenes utilicen métodos anticonceptivos de acuerdo a como los acepte y responda su cuerpo, 10 (27%) sostienen que lo más sano es que sus dudas e inquietudes las pueda resolver un especialista, 5 (14%) recomiendan la abstinencia y 2 (5%) comentan que deben apoyarse con sus padres o algún familiar.

CONSEJOS QUE RECIBEN LAS ADOLESCENTES PARA PREVENIR EMBARAZOS



CONCLUSIONES

En la investigación se observa la enorme desinformación sobre sexualidad que existe en los adolescentes, ya que la poca que poseen está distorsionada por las amistades y el medio social y cultural, además, muy pocas se atreven a preguntar a sus padres de familia por miedo a la represión y el regaño. Cuando tienen relaciones sexuales la mayoría de las adolescentes no utiliza ningún método, este es uno de los factores que influye para que se presente el embarazo adolescente.

El embarazo en adolescentes, por lo regular, se sigue repitiendo de una generación a otra entre las integrantes de la familia, la tendencia es la figura materna, las hermanas, las tías maternas y paternas y las abuelas maternas o paternas y las primas.

El impacto familiar que provoca el problema de la adolescente embarazada es profundo y su crisis individual pasa a constituirse en una crisis familiar, en donde todos los miembros de ella se sienten afectados. La mayoría de las madres precoces son solteras; sus narrativas e historias de vida están teñidas de abandono, soledad y problemas familiares, ellas no tienen la experiencia y madurez necesarias para encarar el embarazo y la maternidad, el saberse embarazada se asocia a sorpresa, ocultamiento y temor (Linares, 1996).

Cuando ocurre algún acontecimiento significativo, como el embarazo adolescente, el ciclo vital del sistema familiar tiende a modificarse, provocando crisis; el embarazo es considerado por muchas familias un fracaso como padres y ante la sociedad.

En la investigación se elaboró un perfil psicológico de las adolescentes embarazadas, ya que existen ciertas variables que se repiten:

- Bajo nivel de escolaridad.
- Baja autoestima y conflictos con la identidad y narrativa.
- Fuerte necesidad de afecto hacia los padres o la pareja.
- Conflictos familiares, conyugales, ocasionando que el ciclo vital que vive cada integrante.

El embarazo produce en las adolescentes una crisis por la serie de cambios físicos y

emocionales que se presentan durante el proceso de gestación, los cuales ocasionan una inestabilidad emocional.

De los datos obtenidos en la investigación se comprueba la siguiente hipótesis:

Hipótesis alternativa

Existen diferencias en las características de las familias de adolescentes embarazadas y no embarazadas en cuanto a la percepción sobre las creencias de los padres y las propias de ellas sobre la expresión de su sexualidad.

Las relaciones que experimentan en sus familias las adolescentes embarazadas y las no embarazadas recrean y fortalecen el conjunto de creencias y valores con respecto al rol de género y las expresiones de su sexualidad. Las adolescentes no embarazadas pertenecen a familias nucleares de tipo nutrias y tienen un sistema familiar más estable en comparación con las adolescentes embarazadas.

La orientación y las prácticas sexuales no serán iguales en adolescentes embarazadas y no embarazadas provenientes de familias rígidas multiproblemáticas, monoparentales, reconstruidas o nutrias.

Las adolescentes que provienen de familias multiproblemáticas presentan antecedentes de embarazo en adolescentes y no emplean en gran medida estrategias de prevención en cuanto a métodos de protección, por lo que este fenómeno se repite en las nuevas generaciones. De aquí la importancia de estudiar la influencia de la familia y el contexto social en las adolescentes embarazadas, ya que el embarazo adolescente es uno de los conflictos sociales de nuestro tiempo, tal vez el más característico de nuestra sociedad y es además uno de los problemas más frecuentes y graves.

Referencias

- Atkin, L. et al. (1995), citado por Román, en *Adolescencia, sexualidad y embarazo en el contexto de colonias populares de Hermosillo Sonora*, vol. II, México, Plaza.
- Atkin L. y Givaudan, M. (1989), «Perfil psico-social en la adolescente embarazada mexicana», *Revista del Instituto Nacional de Perinatología*.

- Barrios, J. y Ramos, A. (1993), «Adolescencia y embarazo», *Revista de Medicina y Ginecología*, 44 (22): 101-106, Hospital Cartagena, Colombia.
- Barrera Torres, G. (1987), «Diagnóstico y tratamiento de la depresión», *Revista de Psicología*, Facultad de Psicología, UNAM, México. pp. 13-27.
- Cecytej (2005), *Manual de inducción para alumnos y profesores*, Cecytej, Secretaría de Educación, Gobierno del estado de Jalisco. pp. 3-30.
- Eguiluz Romo, L. (2001), *La teoría sistémica alternativas para cambiar el sistema familiar*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Friedman, H. (1985), «La investigación psicológica para la salud reproductiva» Memoria sobre la conferencia internacional sobre la fecundidad.
- Linares, J.L. (1996), *Identidad y narrativa*, Barcelona, Paidós.
- McGoldrick, M. (2000), citado por Aurón, F., *La terapia familiar en México*, México, Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Olea Franco, P. (2001), *Manual de técnicas de investigación documental para la enseñanza media*, México, Esfinge.
- Tapia, A. (2002), *Guía para la elaboración de programas educativos para adolescentes embarazadas*, México, IMSS-Conacyt.

Hablando de sexo con jóvenes. Educación sexual y prevención del embarazo en Puerto Vallarta

Flor M. Ramírez Leyva

Porque todo ser humano tiene el derecho básico de ser concebido en un acto de amor consciente.

ALEJANDRO GARCÍA-DURÁN DE LARA

Parece inverosímil que en nuestra sociedad caracterizada por grandes avances en distintos terrenos, especialmente en el tecnológico, el tema de una íntegra educación sexual en jóvenes continúe esperando en la puerta; cuando se habla de sexualidad juvenil muchas alarmas se encienden. Pocas relaciones provocan tal carga de prejuicios, temores y falsedades como éstas, e independientemente del signo ideológico del interlocutor, a la sexualidad adolescente se le ha visto preponderantemente como un «problema». Aunado a ello, se hacen evidentes como parte de situaciones asociadas a la falta de educación sexual: desintegración familiar, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados.

Enseguida se presentan algunas reflexiones y resultados generales de la investigación exploratoria efectuada en el marco del Programa de Prevención del Embarazo No Deseado en Adolescentes, llevado a cabo por el Departamento de Psicología y Comunicación del Centro Universitario de la Costa de la Universidad de Guadalajara desde finales del 2002 y durante el 2003 y en el que se contó con el valioso apoyo de un equipo de prestadoras de servicio social.¹

Considerando la importancia de esta problemática en términos de altas cifras a nivel nacional, personas involucradas y secuelas

para las adolescentes y sus familiares, se planteó como objetivo del Programa: contribuir a definir y enfrentar con mayor pertinencia los problemas concretos vinculados con el embarazo no deseado en adolescentes, trabajando principalmente en tres rubros: investigación, prevención e intervención, las cuales se describen enseguida.

1. Investigación social: cuya línea consistió en elaborar un diagnóstico de la situación de embarazos en adolescentes con la finalidad de elaborar propuestas de acción orientadas a solucionar los problemas identificados.
2. Prevención, la cual sería la asignatura prioritaria dentro del programa, en virtud de la importancia de reducir los índices de estos embarazos indeseados.
3. Intervención con las jóvenes que se encuentran o han pasado por esa experiencia.

INVESTIGACIÓN

El trabajo en este rubro se realizó a la par que la labor de prevención e incluyó la revisión y reorganización de material documental,² así como levantamiento de información de campo, ambas tareas para conocer y explicar varios aspectos relacionados con los embarazos en adolescentes: conceptos, causas, repercusiones, cifras, situaciones derivadas de los embarazos no planeados, educación, valores, prevención y métodos anticonceptivos –condones femeninos y masculinos, espermicidas, espumas, tabletas vaginales, jaleas, óvulos y espon-

¹ Verónica Velázquez Vázquez, Adriana Alejandres Mata, Erika M. Torres Medina, Maura Elena Maldonado Pacheco y Belinda Villalvazo González. Responsable: Flor M. Ramírez Leyva.

² Primordialmente de fuentes electrónicas, es decir, sitios de Internet especializados en temas de salud, reproducción, adolescencia, familia y sexualidad.

jas-, cuestiones sociales y culturales relacionadas con la sexualidad. Sobre dicho renglón se buscó material sobre maternidad y paternidad adolescente, mitos, tabúes y realidades sobre sexualidad y embarazo, masturbación femenina y masculina, estadísticas sobre fecundidad en México (del INEGI y Conapo), entre otros. Asimismo, se integró un glosario sobre conceptos de sexualidad.

Con el objeto de dar una idea de esta problemática, debe indicarse que Jalisco es uno de los estados con altos índices de embarazos no planeados en adolescentes. Puerto Vallarta ocupa el lugar número 24 de los 124 municipios del estado (INEGI, 2000). Según el DIF municipal, a través de su Programa de Atención Integral del Embarazo en Adolescentes (Paidea), durante el 2002 se proporcionó atención a casi 3,000 madres adolescentes y le brindó apoyo a cerca de 300 al mes.³

En México, el embarazo no deseado en adolescentes es considerado como un problema de salud pública. En realidad existen pocas investigaciones sobre el particular, y en algunos casos se investigan aspectos muy específicos, como es la realizada por el IMSS sobre «Autoestima y depresión en el embarazo en la adolescencia en Jalisco», de Enrique Zavala, o bien la de «Factores de riesgo en adolescentes embarazadas», de Carmen Torres Castro.⁴

De igual manera, en el marco del 1er Congreso Internacional de Psicología y Psiquiatría se presentaron algunos trabajos interesantes como «Las relaciones de la adolescente embarazada soltera con su familia», de Columba Sánchez, y «Prevalencia de conductas de riesgo en una muestra de púberes mexicanos de ambos sexos», de Teresita Saucedo-Molina. Sin embargo, aún no se cuenta con la suficiente información que integre más aspectos o variables de estudio y abarque poblaciones significativamente mayores.

CONCEPTOS GENERALES SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL

Se cuenta con una extensa variedad en definiciones de educación sexual (ES), a continuación se exponen aquéllas que se consideraron más útiles para el desarrollo del programa de prevención del embarazo no deseado.

La ES consiste en el conjunto de aprendizajes que permiten el buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación con las otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, consiguiendo altos niveles de espontaneidad y comunicación, y también de respeto y estima (Boix, 1976: 116).

Tomada en un sentido amplio, la ES comprende todas las acciones, directas e indirectas, deliberadas o no, conscientes o no, ejercidas sobre un individuo a lo largo de su desarrollo que le permiten situarse en relación a la sexualidad en general y a su vida sexual en particular (García, 1979: 9).

De igual manera, consiste en la enseñanza tendente a desarrollar la comprensión de los aspectos físico, mental, emocional, social, económico y psicológico de las relaciones humanas en la medida en que afecten las relaciones entre hombre y mujer (Kilander, 1973: 28).

La ES sería la parte de la educación general que incorpora los conocimientos biopsicosociales de la sexualidad, como parte de la formación integral del educando. Su objetivo básico es lograr la identificación e integración sexual del individuo y capacitarlo para que cree sus propios valores y actitudes que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de una manera sana y positiva, consciente y responsable dentro de su cultura, su época y su sociedad (Instituto Nacional de Educación Sexual, 1976: 14).

A fin de tener un concepto más claro de la importancia de la educación sexual, César Pacheco⁵ sugiere distinguir algunos términos relacionados, por ejemplo sexo, el cual es el conjunto de características biológicas o rasgos anatómicos y fisiológicos que diferencian al

³ Entrevista con la Sra. Sonia Delgadillo Leyva, coordinadora del PAIDEA. DIF municipal (2002).

⁴ Este último publicado recientemente en la *La ventana* 16, vol. II. Universidad de Guadalajara.

⁵ <http://www.monografias.com/trabajos/edusex/edusex.shtml>

hombre de la mujer; y sexualidad, que comprende, además de los aspectos biológicos del rol sexual que determina la identidad, todas las manifestaciones del estímulo sexual y las normas sociales, religiosas y jurídicas que las regulan.

En el trabajo de Pacheco, se insiste en que la sexualidad humana integra un conjunto de fenómenos psico-sociológicos de gran importancia para la persona y para la sociedad. Se halla además vinculada a la afectividad y a los valores, ampliando su esfera más allá de la función reproductora y de la mera genitalidad y quedando englobada en el ámbito más amplio del erotismo.

Asimismo, advierte que en nuestra cultura la información relativa a la sexualidad y su valoración se reciben con mucha frecuencia distorsionados durante el proceso de socialización. La sexualidad se combina con otros factores psicológicos no estrictamente sexuales, como la visión que uno tiene de sí mismo, la valoración de los demás en este terreno, etc. El comportamiento sexual humano viene determinado tanto por factores biológicos como culturales.

El hecho de que sea necesario no sólo sentirse miembro de una determinada sociedad, sino también sentirse ser sexuado, condiciona el desarrollo del niño y puede producir individuos que se encuentren marginados, fuera de lugar en su sociedad. El autor citado indica que es clara en nuestra sociedad la existencia de una división de actitudes según el sexo. La sexualidad, así entendida, no es sólo un componente más de la personalidad, sino la forma general en que el individuo se manifiesta a sí mismo y ante los demás como perteneciente a una determinada clase de su especie.

Varios investigadores coinciden al señalar que la educación sexual corresponde a la familia en cuanto a educación afectiva y a la escuela en cuanto que ésta se desarrolla en un régimen de coeducación. La formación e instrucción corresponde a la familia por lo menos en cuanto a información espontánea y sistemática. También en la familia es importante manejar gradualmente lo científico y sistemático, aunque esto muchas veces está condicionado por el nivel cultural. Otros canales de socialización y educadores de la sexualidad son la religión, los

amigos, los medios de comunicación masivos y las leyes. Sin embargo, en varias escuelas, principalmente en el nivel de bachillerato, se ha procurado incorporar cada vez más la educación y orientación sobre sexualidad.

CAUSAS Y REPERCUSIONES DEL EMBARAZO NO DESEADO

De los estudios que abordan la problemática de embarazos en adolescentes, podríamos destacar aquellos que explican la existencia y proliferación de mitos referentes a la sexualidad (por ejemplo, que promover la educación sexual es causa de embarazos no planificados) y acerca de diferentes cuestiones relativas al ejercicio de la sexualidad en los jóvenes. Sobre el último aspecto puede subrayarse lo siguiente:

1. El hecho de que las condiciones económicas, familiares, de falta de afecto o derivadas del propio estado psicofísico y social del adolescente, propician que se vean involucrados(as) en situaciones riesgosas con sus parejas sentimentales, aunado a ello la falta de educación sexual, conciencia y responsabilidad de ambos.
2. Algunos especialistas señalan que incluso aun cuando los muchachos cuentan con información sobre métodos anticonceptivos, la inmediatez, clandestinidad, urgencia e imprevisión de las relaciones sexuales entre adolescentes o con jovencitas puede hacer que no se planifique el uso de dichos métodos, o que se empleen incorrectamente, y en consecuencia se obtengan embarazos no deseados.

Según lo indican otros estudios internacionales, existen otras razones que podrían asociarse con los embarazos no deseados, como lo son la falla del método anticonceptivo, el que éste no se utilice con regularidad, la inaccesibilidad de los anticonceptivos para los adolescentes, y uno muy importante: las tradiciones culturales que pueden limitar el uso de anticonceptivos. Sobre este último aspecto, debe observarse que en muchos países las mujeres tienen poco control sobre las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos. Las presiones, tabúes y expectativas sociales determinan lo

que es o no aceptable para una mujer, incluso la desigualdad en las relaciones de poder entre hombres y mujeres le impiden a éstas protegerse del embarazo no deseado.

Es sabido que al presentarse el embarazo en la adolescencia surgen con él distintas situaciones que deben ser enfrentadas por las personas involucradas o sus familias.⁶

María Eugenia Campillos Morillo⁷ destaca cuatro principales consecuencias:

1. Psicológicas: frecuentemente aparecen problemas de ansiedad, miedo y grandes dudas ante la nueva situación; desorientación, no saber a quién acudir o en quién confiar. Problemas de autoestima e inseguridad que llevan al aislamiento y al retraimiento.
2. Escolares: en la mayoría de los casos la madre pierde ese curso, en muchos casos jamás llegará a reanudar los estudios. Esto condicionará su futuro económico y social.
3. Socioeconómicas: hasta en un 40% de los casos no existe pareja estable o el padre no asume su responsabilidad y es la madre la que se enfrenta a la situación como madre soltera. En los casos en los que el matrimonio es forzado por el embarazo, la frecuencia de divorcio es muy elevada. En cualquier caso, la economía familiar empeora.
4. Biológicas: es más frecuente que el niño nazca prematuro o de bajo peso si su madre todavía está creciendo.

Otra cuestión importante relacionada con estas consecuencias son precisamente las situaciones derivadas de un embarazo no planeado, como la interrupción voluntaria del mismo (que en 20% de los casos ocurre en menores de 20 años), o bien, continuar con él. Ambas, sin embargo, traen secuelas físicas y psicológicas.

En la continuación del embarazo existen tres alternativas: que la chica sea madre soltera (con los problemas que esto trae consigo), que contraiga matrimonio (sin embargo, aún no está preparada para ser esposa), o bien que de a su hijo en adopción. Esta opción, a su vez, puede tener dos posibilidades, de acuerdo con el marco legal correspondiente, una de ellas es

la simple, en la cual el bebé se da a uno de los familiares; la otra, plena, cuando se da a una pareja que lo solicita; sin embargo, la adopción es bastante compleja y tal vez ocasione angustia y culpa, ya que en algunos casos la muchacha podría tomar esta decisión motivada por sus padres o su novio. En Puerto Vallarta, los procesos de adopción están a cargo del Consejo Municipal de la Familia.

Sobre el renglón de las repercusiones de los embarazos en adolescentes faltaría abundar, puesto que cada situación presenta sus propios matices, dependiendo de la condición socioeconómica y psicológica de los involucrados. Para conocer éste y otros aspectos se planteó llevar a cabo la investigación de campo.

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Cuando se inició con las actividades del Programa de prevención del embarazo no deseado, se consideró la importancia de ir realizando a la par el diseño de la investigación, la cual preveía, en una primera etapa, conocer la situación en que se encuentran los(as) jóvenes de Puerto Vallarta y, posteriormente, obtener información sobre los padres de los adolescentes, ambos casos respecto a la educación sexual y la prevención de los embarazos.

Para los jóvenes se plantearon las siguientes preguntas generales de investigación:

1. ¿Cuáles son sus estructuras familiares y condiciones socioeconómicas básicas?
2. ¿Cuáles son sus principales percepciones respecto a su proyecto de vida, familia, amigos y compañeros, y sus relaciones con ellos?
3. ¿Qué conocimientos y opiniones tienen sobre sexualidad en general y métodos anticonceptivos y cómo los obtienen?
4. ¿Qué opiniones tienen acerca del embarazo y paternidad/maternidad en la adolescencia, así como de sus consecuencias?

Las anteriores inquietudes fueron divididas y adaptadas a diferentes preguntas en un cuestionario que se ha utilizado con los alumnos de las instituciones de educación secundaria y de bachillerato a las que se ha acudido a proporcionar pláticas de orientación al respecto.

⁶ <http://www.aepap.org/faqjoven/faqjoven-embadol.htm>

⁷ Campillos Morillo es pediatra del Centro de Salud de Montequinto en Sevilla y miembro de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

Primeros resultados

Los primeros cuestionarios incluyeron un total de 28 preguntas y se aplicaron a un total de 130 jóvenes: 57 hombres y 73 mujeres, con edades de entre 12 y 19 años, la mayoría de entre 12 y 15 años, aplicados en enero y febrero del 2003 a nivel secundaria en dos instituciones privadas (Colegio Ameyali y Liceo Educativo Mariano de la Bárcena) y una pública, la Secundaria 105, Rafael Ramírez, localizada en la periferia de la ciudad. Enseguida se presentan los principales resultados de manera comparativa por sexo.

Poco más de la mitad de los y las jóvenes convive o platica más con sus amigos, las diferencias se encuentran en que de los chicos el 42 por ciento lo hace con sus padres y casi la totalidad de ellas adicionalmente platican con otras personas. Para el 73 por ciento de los jóvenes y para el 54% de las jovencitas la relación con su familia es muy buena, el 15 por ciento de ellos y el 32 por ciento de ellas dice que es regular y el resto señala que es mala o convive poco con ella. Los temas de los que platican son en esencia de la escuela, aunque casi la mitad de las mujeres y un 30% de los hombres habla de sus comportamientos, otros hablan de lo que pasa en la televisión, otros temas y sólo el 12% de las mujeres y el 5% en el caso de los varones platican sobre educación sexual con sus padres.

La mayoría de ambos sexos tiene objetivos en su vida, cerca de la mitad de las mujeres y una tercera parte de los hombres desea trabajar y ser independiente; otro tercio de ellos y el 27% de las chicas quieren estudiar una profesión, las opciones siguientes son viajar y en último lugar casarse. En caso de no concretar sus planes, nuevamente casi la mitad de ellas y un tercio de ellos lo intentaría de nuevo, sin embargo, también un 70% de los varones se sentiría mal y desilusionado, lo cual ocurriría en una cuarta parte de ellas.

Respecto al noviazgo, la mitad de las mujeres tiene pareja, no así tres cuartas partes de los varones. El noviazgo significa para el 41% de las chicas una pareja que se ama, pero para una cuarta parte es diversión y para otro tanto comprensión y confianza. En el caso de los hombres, las pocas respuestas se ubicaron esencialmente en estos dos último rubros. Los te-

mas de los que platican con sus parejas son principalmente la escuela, aunque en el caso de las mujeres una cuarta parte no contestó, otra cantidad igual habla de sexo y un 13% de matrimonio.

La edad a la que piensan casarse es, de los 25 a los 27, en ellas un 34% y en ellos del 21%; de los 20 a los 24 poco más de la cuarta parte de las jóvenes y casi la mitad de los hombres, el resto no contestó o indicó que lo haría de los 28 en adelante. Aunado a ello, la mejor edad que ambos sexos consideran para ser padres es de los 23 a los 25, seguida de los 28 a los 30 años.

En cuanto a las personas o fuentes a las que recurren para despejar las dudas de su desarrollo, el 65% de ellos y el 38% de ellas recurre a sus padres, el 20% en ambos casos a los amigos y los demás van con sus hermanos u otros familiares. Cuando se les cuestiona sobre sexualidad, el 36% de hombres y el 25% de las mujeres no saben su significado, 28% de ellos y el 20% de ellas piensa que es tener relaciones sexuales, el 18% de ellas no contestó a esta pregunta. Los conceptos con los que relacionan la sexualidad son, en los hombres, principalmente sexo, aunque enseguida de ese rubro se encuentra el de amor y pareja, el cual fue el más seleccionado por las mujeres, más de la cuarta parte de ellas no respondió a la pregunta.

Cerca de la mitad de ambos sexos piensan que están mal y son peligrosas las relaciones sexuales en menores de 18 años; el 20% de las mujeres creen que los jóvenes lo hacen por curiosidad. Cuando se les cuestiona sobre lo que escuchan de las relaciones sexuales, aunque casi la tercera parte de ellas no contestó, los porcentajes se distribuyen de manera similar entre el hecho de que se deben responsabilizar y que se hace cuando se casan, ellos creen que es algo bueno, pero también una parte proporcional dice que es algo malo.

El 80% de los hombres y el 73% de las mujeres tienen información sobre anticonceptivos, principalmente del condón, enseguida se encuentran las pastillas. Finalmente, al preguntarles sobre los inconvenientes de ser padres en la adolescencia, cerca de la mitad de los hombres considera que es el suspender los estudios, lo cual ocurre en el 25% de ellas; en-

seguida, la tercera parte de ellas y la cuarta parte de los chicos piensas que sería el perder su libertad. Más de la mitad de los adolescentes encuestados conoce adolescentes embarazadas.

Segundo levantamiento de datos

De febrero a noviembre del 2003 se aplicó un cuestionario de 20 ítems a 2,197 estudiantes de siete escuelas de Puerto Vallarta, cinco secundarias (Secundaria núm. 84, Valentín Gómez Farías, núm. 81, Técnica núm. 3, Fernández de Lizardi y núm. 49 Ignacio L Vallarta), y dos preparatorias (Regional de Puerto Vallarta, de la UdeG, y Juana de Asbaje). La mayor parte de la población encuestada pertenece a la Secundaria Técnica Industrial núm. 3, con 23%, le sigue la Secundaria núm. 84, con casi 20%, y la Secundaria núm. 81, con 17%.

De la población total encuestada, el 53% son de sexo femenino y el 45%, masculino. En todas las escuelas la cantidad de cuestionarios respondidos por ellas supera la de ellos. La mayoría de hombres y mujeres (60%) se encuentran entre los 13 y 14 años de edad.

CONVIVENCIA, FAMILIA Y PLANES DE VIDA

El 80% de los jóvenes vive con su familia completa (madre, padre y hermanos), el 11% sólo con su mamá y hermanos, los demás habitan con otros familiares, que en su mayoría son los abuelos, o con amigos. Dentro del área afectiva, se obtuvo que el 44% de los adolescentes convive con los amigos, el 24% con sus padres, el 11% con los hermanos y un porcentaje mínimo convive con otras personas. Esto nos revela que la convivencia es mucho mayor entre los adolescentes de su misma edad, dado que a esta edad una cuestión importante es la aceptación de sus compañeros, en segundo término dejan a los padres.

En el área familiar, el 36% de la población de adolescentes y que están entre los 13 y 14 años de edad, mencionan que la familia es para ellos un conjunto de 'personas unidas que comparten, conviven y brindan confianza'. Luego aparece el significado relativo a amor, comprensión, apoyo y respeto, con un 32%. Aunque tie-

nen dichos conceptos de la familia, se percibe cierta contradicción con el ítem anterior ya que conviven y platican más con sus amigos que dentro de la misma familia. Además el joven crea un distanciamiento hacia los padres conforme adquieren más edad. Se puede concluir que a esta edad el joven tiende a relacionarse cada vez menos con sus padres, ya sea porque están entrando a una búsqueda de identidad e independencia o porque la atención de los padres hacia ellos disminuye.

Lo expuesto se puede comprobar con el siguiente dato que arrojó la investigación, cuando se les preguntó sobre la relación que existe entre los integrantes de la familia el 48% nos indica que es muy buena y para el 34% es regular. Un 8% convive muy poco con su familia, el resto no contestó o tiene una mala relación con su familia. Con poco apoyo u orientación, es probable que estos jóvenes desarrollen comportamientos no muy adecuados para ellos y otras personas. En nuestra sociedad vallartense, estos tipos de conductas pueden incluir abandono escolar, pandillerismo, consumo de alcohol o drogas, exponerse a relaciones sexuales a temprana edad, con los consiguientes riesgos de tener embarazos no deseados o adquirir alguna ETS.

En cuanto a sus planes de matrimonio, 20% no sabe a qué edad piensa adquirir ese compromiso; el 43% dice que lo haría entre los 20 y los 25 años, mientras que otro 20% se casaría entre los 25 y 30 años. Uno de cada 10 lo haría antes de los 20 años.

NOVIAZGO, SEXUALIDAD Y CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Con respecto a lo que significa para ellos la sexualidad, el 40% se inclinó por la opción referente a «ambios físicos y hormonales», mientras que el 31% señaló la de 'amor y cuidado', un 10% lo asocia con las «relaciones sexuales».

Casi 7 de cada 10 jóvenes respondieron no tener novio(a). De los que sí lo tienen, el mayor índice se encuentra entre los 13 y los 15 años de edad. Disminuyendo en los 12 y 16 años de edad. Del 28% que contestó que sí tiene novio(a), 14% son del sexo masculino y 13.5%

del femenino. Los temas de los que platican con sus respectivas parejas son principalmente de la escuela, seguida de otros tópicos no determinados y en tercer lugar de sexo. Del 69.1% que contestaron no tener novio(a); el 39.3% son del sexo femenino y un 30.2% son del sexo masculino.

Otro dato revelador es que el 35% de los adolescentes señalaron que tienen o han tenido relaciones sexuales, de los cuales el mayor índice se ubica entre los 12 y los 14 años de edad. Comparando este dato con el del párrafo anterior, debe puntualizarse que muy probablemente la mayoría de estas relaciones se hayan tenido con parejas con las que no existe un compromiso de noviazgo.

Cerca de la mitad de los adolescentes respondieron no haber tenido relaciones sexuales, de ellos el 25% son mujeres y el 24% hombres. Respecto a quienes si las han tenido, el 24% del total de jóvenes son mujeres y el 12% son hombres. Por lo tanto, se destaca que la cantidad de mujeres casi duplica a la de los varones en términos de actividad sexual, lo que constituye otra cuestión de riesgo en cuanto a embarazos no deseados. Alrededor del 7% no respondió a este cuestionamiento.

Generalmente, el adolescente de esta región inicia su actividad sexual a temprana edad. Este es un factor de alto riesgo ante un embarazo no deseado, si tomamos en cuenta que la mayoría de los jóvenes no tiene un conocimiento exacto de los métodos preventivos de la concepción. El alto índice de sexualidad activa entre los jóvenes es preocupante y más aun cuando los resultados nos revelan que de quienes sí han tenido o tienen relaciones sexuales, solo un 28% mencionó que se protege con condón. Y la mayoría, es decir el 50%, no contestó. Los adolescentes que llevan o han llevado una vida sexual activa, no estamos seguros de que 5 de cada 10 se protejan o utilicen algún método anticonceptivo, y casi 3 de cada 10 utilizan el condón. Si tomamos en cuenta que a esa edad tal vez no tengan una información fiable sobre su uso correcto o en la práctica podrían cometer errores o descuidos, el riesgo que corren es aún más alto.

Acerca del conocimiento que tienen de los métodos anticonceptivos, el 72% de los adolescentes declara que conoce o sabe de alguno. Él

mas mencionado fue el condón, con un 35%; el 15% conoce el condón y las pastillas anticonceptivas, otras respuestas recurrentes fueron las opciones de pastillas, inyecciones y espermicidas. Solo el 13% sabe de la abstinencia como método de evitar un embarazo. Un dato interesante es que el 34% no contestó, esto quizá signifique que no están seguros o ignoran los métodos existentes.

El sexo femenino conoce más de métodos anticonceptivos que el masculino, en una proporción de 39% contra 33%. De los que contestaron negativamente, no existe diferencia significativa entre ambos sexos.

De las mujeres que tienen relaciones sexuales, 20% utilizan condón, pastillas y espermicidas. Los hombres emplean condón. Las causas más importantes de los embarazos no deseados en la adolescencia son el inicio de relaciones sexuales en edades cada vez más tempranas, la carencia de información y, principalmente, la falta de uso o empleo incorrecto de métodos anticonceptivos.

OPINIONES SOBRE EMBARAZO

Sobre la edad óptima para ser padre/madre, el 34% señala que es entre los 20 y 25 años, otro porcentaje igual dice que entre los 25 y los 30 años, después de esa edad contestó el 8%.

Su respuesta a lo que más les afectaría si por accidente estuvieran dentro de un embarazo, es el área escolar, en segundo término el de hacerse responsable y dejar de divertirse. Se les preguntó que harían si ellas, o en el caso de los varones si sus parejas, resultaran embarazadas, un 15.5% de las mujeres contestó que en primer instancia hablarían con sus padres, seguida de la respuesta de tener al bebé y cuidarlo o hacerse responsable de sus actos. Los hombres respondieron que primeramente se harían responsables, con un 23%, y un 12% de ellos hablarían con sus padres. El afrontar la responsabilidad de criar a un hijo siendo tan joven, provoca una serie de situaciones que en un momento dado pueden ser problemáticas. Otro dato es que el 1.5% de las mujeres decidiría no tener al bebé.

Esta ciudad tiene un gran número de adolescentes con dicha problemática. Los datos

obtenidos en esta investigación revelan que el 67.8% de la población encuestada conoce a alguna adolescente que está o estuvo embarazada. El 25% no conoce, el resto no contestó. De los que respondieron afirmativamente, la mayoría se encuentra en su colonia. En segundo lugar se ubica en la escuela.

APRENDIZAJES DURANTE EL DESARROLLO DEL PROGRAMA

Tener la oportunidad de acercarse a algunas personas jóvenes intentando contribuir a su educación sexual, específicamente con el Programa de prevención del embarazo no deseado, ha significado una rica experiencia y a la vez un compromiso importante. En cuanto a las vivencias en relaciones interpersonales establecidas tanto con los prestadores de servicio social como con los adolescentes a quienes se dirige dicho programa destacan:

1. El aprendizaje obtenido por las partes que involucradas (tanto del propio centro universitario como de aquellos a quienes se dirige este esfuerzo) al intercambiar opiniones e ideas sobre la educación sexual con un enfoque integral.
2. La sensibilización propia y la de muchos jóvenes interesados por la información recibida, que en ciertos casos es algo nuevo para ellos, o por lo menos con una perspectiva distinta.

Respecto al compromiso que ha surgido y crece cada día al llegar a las personas con nuestros mensajes existe la necesidad de darle seguimiento al Programa (así como a las instituciones educativas alcanzadas) y fortalecerlo. En la medida en que se sigan desarrollando las actividades del mismo, se genere investigación y se procure el establecimiento y realización de acciones interinstitucionales podrían obtenerse más y mejores resultados no sólo en la prevención de los embarazos no deseados, sino en el desarrollo de una juventud de Puerto Vallarta que viva de manera más consciente y responsable su sexualidad.

En particular, cada una de las prestadoras de servicio social relató sus experiencias y aprendizajes, concentrándolas en un diario de

campo sobre el trabajo efectuado en las instituciones.⁸ De manera breve y general se puede afirmar que las colaboradoras han señalado que, en general, la experiencia de trabajar en el Programa es grata, sin embargo, en ocasiones en algunos grupos se ha presentado ciertos problemas técnicos. Asimismo, han percibido algunas veces cierta apatía inicial de los jóvenes, pero luego se interesan más por la información.

Prevención

Es sabido que uno de los ejes centrales para la prevención del embarazo en adolescentes es la educación. Esto no significa que deba realizarse exclusivamente en los centros escolares, por dos motivos: *a)* la mayoría de las adolescentes expuestas al riesgo de quedar embarazadas se encuentra fuera del sistema educativo formal, y *b)* son necesarios otros ámbitos que cuenten con servicios muy precisos, con apoyo psicológico, acceso a anticonceptivos, asesoramiento sobre el embarazo.

En este sentido, considerando la importancia de que cualquier esfuerzo orientado a reducir problemas sociales es valioso, el Centro Universitario de la Costa de la Universidad de Guadalajara, por medio del Departamento de Psicología y Comunicación, lleva a cabo el Programa de Prevención de Embarazo No Deseado en Adolescentes. Debe mencionarse que para enriquecer los contenidos del programa se ha contado con el apoyo de la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (Mexfam) en Puerto Vallarta, cuya responsable era la psicóloga Doranelli Lira Cordero, quien nos ha proporcionado material documental y un video.

Hasta el 20 de junio del 2003 se llevan avances significativos en cuanto a la realización de pláticas informativas (con la proyección de un material audiovisual) en planteles de secundaria y preparatorias: han participado 2,986 alumnos de trece instituciones educativas, públicas y privadas, entre las cuales se encuentran los colegios Ameyali, Decroly, Juana de Asbaje, Sor Juana Inés, Fernández de Lizardi, Liceo Mariano de la Bárcena, Jean Piaget, las

⁸ Esta información se encuentra en el acervo junto con el resto de archivos sobre el Programa de Prevención del Embarazo No deseado.

preparatoria Alfonso Reyes e Ignacio Jacobo, las secundarias Técnica núm. 3, y las Federales núms. 29, 84 y 105.

Los estudiantes con quienes se han realizado las sesiones de orientación y prevención del embarazo también han colaborado respondiendo un cuestionario sobre opiniones y educación sexual.

Poco a poco se avanzó en la difusión de dicha información y de manera paralela se prepararon otras estrategias para promover la prevención de este problema de salud pública, como el breve curso-taller para padres de adolescentes, cuyo objetivo es atender las inquietudes en relación con la educación sexual de sus hijos –específicamente orientada a evitar embarazos–, proporcionando información sobre tópicos como relaciones familiares, proyecto familiar, comunicación y estrategias para acercarse y abordar dichas temáticas con sus hijos, entre otros. Incluso, se pretende colaborar conjuntamente con el Programa de Escuela a Padres que también ofrece el Departamento de Psicología y Comunicación del CUC, con el fin de reforzar algunas áreas del mismo y abarcar un público mayor.

Intervención

El Programa también propone que profesores y prestadores de servicio social del propio Departamento proporcionen orientación a las jóvenes que se encuentran embarazadas, sobre sus dudas o apoyo psicológico que puedan necesitar. Se conoce que en muchas de ellas se puede presentar algunos síntomas de depresión (aunque ésta se da con mayor frecuencia después del parto) u otras problemáticas; por lo tanto se actuaría en consecuencia de acuerdo con cada caso, y tal vez más adelante, cuando exista mayor difusión y demanda de este servicio por la sociedad vallartense, se diseñará y brindará a ellas (y si lo desean también a sus familiares) pláticas sobre salud, comunicación familiar y valores, cuidados personales y para el hijo, autoestima, etcétera.

COMENTARIOS FINALES

Por la importancia que tiene este fenómeno social en la región, en términos tanto de perso-

nas involucradas como de secuelas psicológicas, sociales y económicas, es necesario continuar realizando el mayor esfuerzo por informar y brindar orientación y apoyo a los adolescentes, tanto de los centros educativos como a los que no tienen acceso a ellos. Sería muy importante promover con insistencia una mayor responsabilidad y conciencia entre los jóvenes y sus familiares respecto a la paternidad responsable basada en un proyecto de vida, los riesgos de la sexualidad precoz y su probable relación con el embarazo no planeado; esto podría seguirse llevando a cabo mediante pláticas, talleres u otras actividades o espacios comunicativos que tengan alcance con la población involucrada: adolescentes, padres y maestros. De igual manera, se sugiere insistir en fortalecer su educación sexual de manera integral ya sea a través de grupos de autoayuda y orientación dentro de las escuelas y de sus familias.

Es vital dar seguimiento interinstitucional a las acciones emprendidas, trazar nuevas líneas de trabajo e investigación y proponer más acciones concretas y creativas encauzadas a promover una cultura de la educación y la responsabilidad sexual en los jóvenes y en quienes nos relacionamos con ellos, sea como maestros, familiares o amigos.

Referencias

- Boix, Frederic (1976), *De la represión a la psicopedagogía sexual*, Barcelona, Nova Terra. Col.: Noves Actituds.
- García Werebe, M.J. (1979), *La educación sexual en la escuela*, Barcelona, Planeta.
- Instituto Nacional de Educación Sexual (1976), *Metodología y educación Sexual*, col. Educación sexual, vol. VIII, Sto. Domingo.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000), *Censo General de Población y Vivienda 2000*, México.
- Kilander, H.F. (1973), *La educación sexual en la escuela primaria. Los métodos*, Buenos Aires, Paidós. Bibl. del Educador Contemporáneo. Serie Didáctica.

Aprendizaje profesional en la licenciatura en psicología

Sandra Castañeda Figueiras*

INTRODUCCIÓN

Es ampliamente reconocido en la investigación del aprendizaje profesional que la educación formal, en el inicio, y los procesos de educación no formal, después, aportan al practicante de una disciplina las competencias iniciales y avanzadas necesarias para ajustar su práctica profesional a los requerimientos cambiantes de la vida laboral. Sin embargo, entender cómo es que se desarrollan las competencias iniciales, en la formación académica, y las avanzadas, en la práctica profesional independiente, es un asunto insuficientemente atendido en el ámbito internacional.

En nuestro medio, el problema es crítico porque la investigación acerca de las competencias deseables, en los diversos ciclos formativos y campos de aplicación psicológicos, está «en pañales», como lo está también el estudio de los mecanismos responsables de su adquisición. Así, establecer las competencias que los psicólogos requieren para ejercer exitosamente su profesión e identificar las formas más adecuadas para lograrlas constituye un foco central en la investigación del aprendizaje profesional.

En el ámbito internacional, establecer las competencias deseables ha utilizado, generalmente, dos marcos de trabajo (Roe, 2003), el que centra su interés en lo que se debe enseñar a los estudiantes para convertirlos en psicólogos competentes, conocido como «enfoque de entrada» (v. gr. currículo educativo de las insti-

tuciones formadoras), y el que se interesa en los elementos de salida, centrado en las competencias que los psicólogos deben demostrar si están calificados para la práctica independiente. Para Roe (*op. cit.*) ambos enfoques, por sí solos, son insuficientes. Si se opta por el primero, se estarían fomentando sólo competencias de nivel básico que no garantizan actuar con éxito como profesional; si se opta por el de salida, los *output* prefijados para demostrar las competencias podrían afectar la autonomía, característica crítica, altamente deseable en un profesional. Con base en esto, el autor plantea utilizar un modelo alternativo, de arquitectura multinivel, donde las ventajas del enfoque de entrada se combinan con las ventajas del modelo de salida que integran lo adquirido en la escuela con información contextualizada de las problemáticas a resolver.

De inicio, la propuesta de Roe suena adecuada, sin embargo, su naturaleza es más nominativa que explicativa. En la medida en la que el entendimiento teórico sobre cómo se aprende lo psicológico es, actualmente, insuficiente, la propuesta no resuelve la incógnita de cómo se adquieren las competencias iniciales y las avanzadas, como tampoco logra identificar qué prácticas formativas fomentan los mecanismos responsables de la pericia deseada, en unas y otras.

Lamentablemente, los expertos en el comportamiento humano hemos avanzado muy poco el entendimiento de la educación psicológica, sea ésta académica o práctica. De aquí que sea importante generar evidencias que nos permitan establecer, con cierto nivel de certidumbre, cómo es que las diversas prácticas formativas generan aprendizaje profesional de calidad en los niveles y ámbitos del quehacer psicológico.

* Laboratorio de Evaluación y Fomento del Desarrollo Cognitivo y el Aprendizaje. Posgrado, Facultad de Psicología, UNAM. Av. Universidad 3004, edificio «D», 2º. Piso, cubículo 6. C. P. 04510. e-mail: sandra@servidor.unam.mx

Evidencias de resultados de aprendizaje que dan confianza del dominio que los egresados tienen sobre habilidades generales y específicas, suaves y técnicas, críticas para su actividad profesional y desarrollo personal, que muestren la capacidad de los egresados para aplicar estrategias eficientes de análisis de problemas y para construir o seleccionar las mejores soluciones posibles, resultados de aprendizaje que les permitan transformar lo establecido, que los hacen capaces de controlar ejecutivamente lo que saben y pueden hacer, que los hacen conscientes de cómo aprenden y qué necesitan continuar aprendiendo para ser mejores, en resumen, que les permiten mejorar, profundizar y extender el alcance de sus capacidades.

En México, y aun cuando la formación del licenciado en psicología se basa, teóricamente, en fundamentos altamente apreciados y comúnmente compartidos, académicos y profesionales reconocen brechas importantes entre lo establecido y la realidad de la oferta educativa generada (Castañeda, 2002a). A todas luces, generar las evidencias que nos permitan ganar comprensión acerca de los mecanismos responsables del aprendizaje complejo en la formación del licenciado en psicología es una tarea compleja, pero indiscutiblemente necesaria.

Necesitamos conocer la naturaleza de las competencias académicas y prácticas e identificar los mecanismos responsables de su desarrollo gradual, para poder fomentarlas y certificarlas válidamente. Con esto se asegurará dotar a la sociedad civil de psicólogos más autónomos, capaces de mejorar el servicio o producto y de adaptarse flexible y creativamente a situaciones imprevisibles, típicas de nuestra sociedad contemporánea.

EL PROBLEMA A ESTUDIAR

En este contexto, interesó indagar evidencias disponibles acerca de los mecanismos que favorecen el aprendizaje de los egresados, pero también generar las evidencias no disponibles que nos permitieran profundizar la comprensión del fenómeno en vías de derivar mejora. Con esta perspectiva en mente, se asumió que si bien es cierto que la formación académica,

en un nivel inicial de competencias profesionales, no asegura que al término de los estudios de la licenciatura en psicología se tenga la capacidad para actuar con éxito como profesional competente, también lo es el que una buena formación inicial lo habilitaría para introducirse más eficientemente en el campo profesional.

Pero, para la experiencia que aquí se presenta, la insuficiencia de antecedentes documentados acerca de lo que significa egresar un licenciado competente en psicología, generó la inquietud por identificar referentes, curriculares y empíricos, que permitieran abrir la caja negra del qué, del cómo y del hasta dónde de la formación en la licenciatura (Castañeda, 2002a).

Con base en este interés y dada la carencia de información acerca de qué es lo que realmente aprenden los estudiantes en las escuelas, se consideró importante utilizar la examinación de egreso a gran escala, como artefacto privilegiado para obtener información que nos permitiera identificar factores que hubieran mostrado ser buenos predictores del éxito académico. La consulta de la literatura contemporánea enfatizó, como actividad inicial en este contexto, construir cuidadosamente el diseño de observación en el que se basaría la examinación a gran escala, dado que en él se identifican y justifican, teóricamente, los constructos que serán utilizados, es decir, se hacen explícitas las suposiciones (los constructos) y se arreglan los componentes que harán factible inferir lo que se desea medir (establecer, con claridad, las condiciones que permitirían identificar cómo y en qué diferirían los competentes de los menos competentes).

Para satisfacer este requisito se seleccionó un marco de trabajo que permite identificar componentes críticos en tareas complejas, a partir de premisas explicativas, de naturaleza cognitiva (Castañeda, 1998, 2002b). Como resultado de este análisis, se especifica un número reducido de desempeños críticos de gran importancia (dimensiones a ser evaluadas), que abarcan a otros más elementales (sus subdimensiones). Se asume que la anidación, dimensiones-subdimensiones, posibilita la interpretación de los resultados en un conjunto significativo y comprensible, más que en la

mera descripción de un conjunto atomizado de datos. El marco identifica niveles de pericia a partir de índices de cambio cualitativo, precisión y demandas cognitivas solicitadas. Dado que la medición es un proceso inferencial, el marco de trabajo trata de asegurar que las regularidades observables en la ejecución del sustentante reflejen, con precisión, distinciones significativas en los constructos medidos.

EL DESARROLLO DEL PERFIL DE COMPETENCIAS Y DEL EXAMEN DERIVADO

Con base en este marco de trabajo y ante la inexistencia de un perfil general que estableciera los mínimos requeridos a un egresado de la licenciatura en psicología en el país, desarrollado colegiadamente y validado por especialistas, se trabajó en su establecimiento, toda vez que éste serviría de base para construir la examinación requerida.

El reto representaba ir más allá de un enfoque basado en un currículo preexistente, la examinación no debía medir que tan bien habían alcanzado los egresados el dominio en un contenido curricular particular a una institución,

más bien, debía evaluar la extensión en la cual habían adquirido los conocimientos, las habilidades y los valores básicos, es decir, las competencias *clave*, comunes a todas o casi todas las instituciones formadoras, y las *transcurriculares*, que aseguraran los mínimos necesarios para comenzar la vida profesional.

Así, el foco inicial se dirigió a construir un perfil que integrara, en competencias significativas, los fundamentos académicos y prácticos, representativos de lo que los especialistas nacionales y extranjeros consideraban como esencial, significativo y de calidad incuestionable en la formación. Con este fin, se analizó el 72% de los planes y programas de estudio disponibles. 63 académicos, de alto nivel en el ámbito nacional, identificaron problemas importantes en la formación nacional, estos fueron:

1. Distribución desigual en los contenidos que se enseñan y en las cargas curriculares para hacerlo. La figura 1 muestra su distribución porcentual.
2. Contenidos teóricos y metodológicos presentan cargas curriculares mayores, en detrimento de los históricos, filosóficos, psicosociales y psicobiológicos. Este patrón se reprodujo en las áreas Clínica, Educativa y del Trabajo (figura 2).

FIGURA 1. CARGAS ACADÉMICAS EN EJES DE LA FORMACIÓN BÁSICA

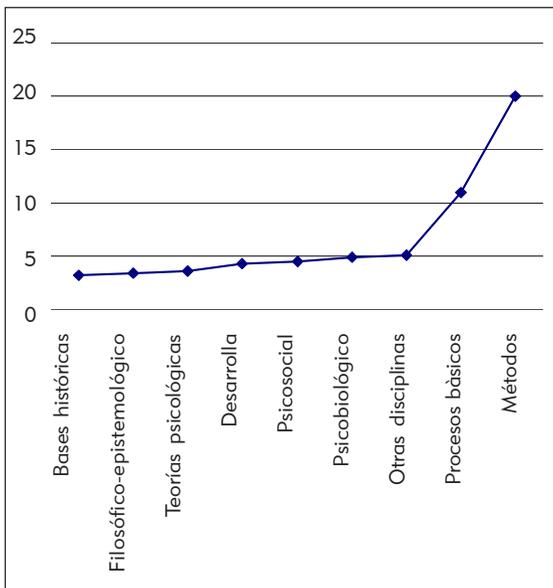
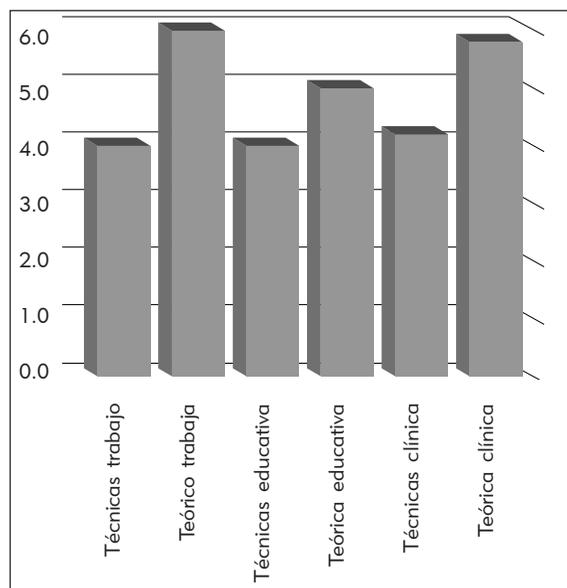


FIGURA 2. CARGAS CURRICULARES EN EJES DE LA FORMACIÓN ESPECÍFICA



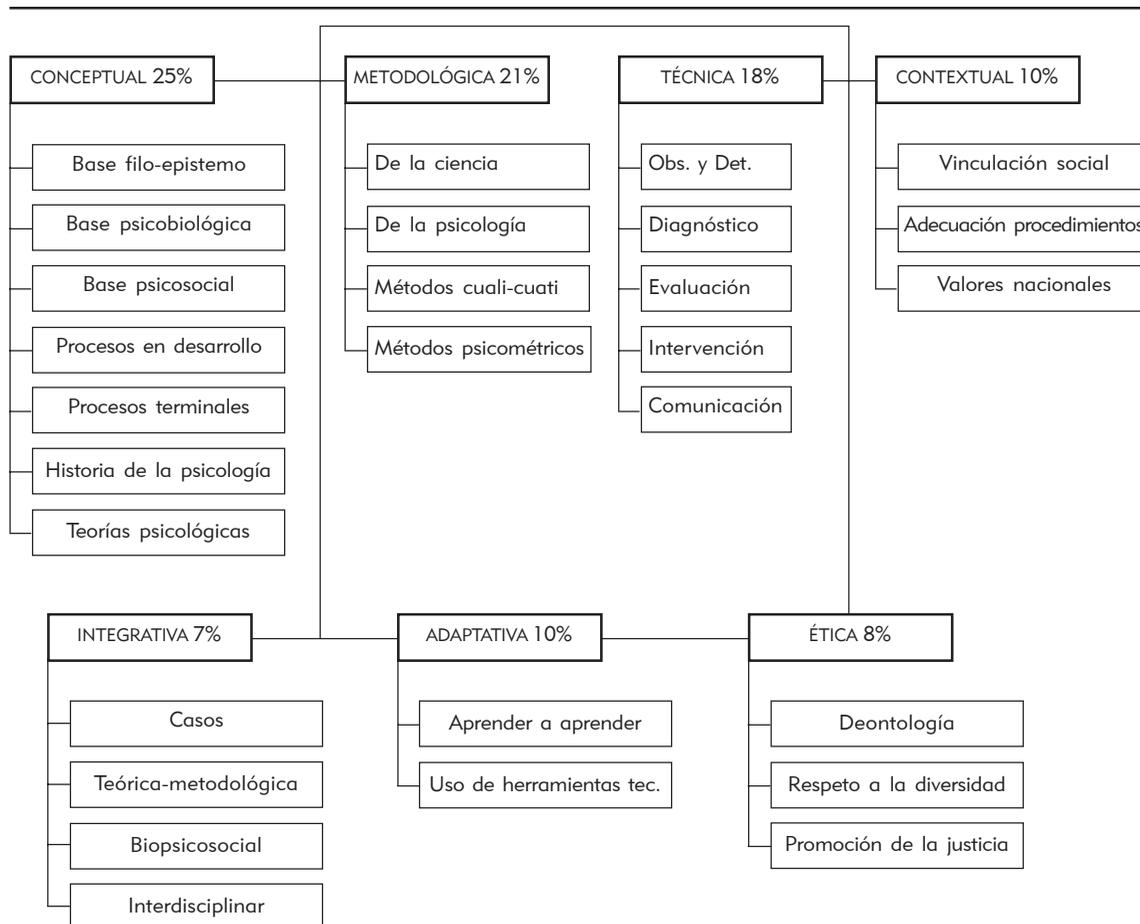
Aunado a lo anterior, los expertos también identificaron que: *a)* la enseñanza es, en su mayoría, enciclopédica, la currícula nacional se centra en contenidos y las prácticas formativas no favorecen la gestión del capital cultural de los estudiantes, y *b)* las competencias deseables rara vez son fomentadas en escenarios reales que propicien diferenciar, progresivamente, conceptos en comprensiones cada vez más complejas, la enseñanza es más reproductiva que de resolución de problemas de la vida real.

Con base en las evidencias recabadas y tomando en cuenta los fundamentos que especialistas, nacionales y extranjeros, consideran como esenciales, significativos y de calidad incuestionable para la preparación del psicólogo se establecieron, colegiadamente, las competencias a ser evaluadas y sus contenidos. El perfil resultante se muestra en la figura 3.

El perfil estableció siete competencias genéricas, interdependientes. Establecer el perfil y los contenidos asociados a él requirió la participación de más de 700 psicólogos de 51 escuelas y facultades y de siete asociaciones, colegios o instituciones del sector público y privado, durante 23 meses de trabajo intenso.

La experiencia de construir un perfil nacional de las competencias deseables en el egresado de la licenciatura en psicología fue inédita en México. La aproximación seguida fue una mezcla original de: *a)* juicios de expertos y *b)* datos derivados del análisis de: *i)* planes de estudio, mapas curriculares, perfiles de egreso y programas de materias; *ii)* del análisis sistemático de los contenidos incluidos en ellos, *iii)* de investigaciones sobre matrícula, egreso, titulación y dinámica del mercado de trabajo y *iv)* de análisis cognitivos.

FIGURA 3. PERFIL DE COMPETENCIAS UTILIZADO



El examen de egreso que se derivó del perfil desarrollado evalúa, hasta la fecha, componentes de: a) la formación básica común a todo recién egresado y b) de la formación específica en una de cuatro áreas de aplicación: clínica, educativa, industrial y social. Es un examen objetivo de las competencias establecidas como esenciales para una práctica profesional inicial de buena calidad. Evalúa conocimientos, habilidades y valores significativos para comprender fundamentos teóricos de la disciplina; para seleccionar y aplicar estrategias, procedimientos e instrumentación; para comunicar resultados del quehacer profesional, para contextualizar la práctica profesional; así como para anticiparse y ajustarse a los cambios y para observar valores profesionales.

LA GENERACIÓN DE EVIDENCIA NO DISPONIBLE

Con base en el examen construido y validado (Castañeda, Bazán, Sánchez y Ortega, 2004), se buscó ganar comprensión acerca de la naturaleza de la formación del licenciado en psicología, lo que implicó, en un inicio, identificar los factores en los cuales ocurre. Si bien es cierto que la simple co-ocurrencia entre factores puede no ser concluyente, también lo es que las co-ocurrencias entre factores pueden estar causalmente relacionadas, así, la información sobre incidencias entre factores ayudaría a identificar los factores involucrados en el fenómeno, sobre todo, cuando el control experimental no era posible, como fue el caso que nos ocupa. En particular, interesó, a partir de dos niveles de logro –alto y bajo– obtenidos en un examen general de egreso de la licenciatura, identificar las co-ocurrencias entre:

- 1o. Puntajes de *competencias generales* obtenidos en la porción común del examen con el puntaje específico obtenido en una de tres áreas de formación profesional: clínica, educativa y del trabajo.
- 2o. Puntajes de *competencias específicas* del área elegida por el sustentante con el puntaje global en el examen nacional de egreso.

Se esperaba que logros en las competencias de la porción común del examen (conoci-

mientos y habilidades generales) predijeran el logro alto en áreas específicas (conocimientos y habilidades particulares) y que logros en éstas predijeran el logro alto en el puntaje global del examen, como resultado del aprendizaje acumulativo e integrado, generados por la formación curricular. La descripción detallada de estudio puede ser consultada en Castañeda (2004a).

Participaron 1,245 egresados, titulados o no, hombres y mujeres, que tomaron voluntariamente el examen general de egreso, matriculados en 34 instituciones de educación diferentes, representativas de quince entidades de la federación. Se conformaron tres muestras no probabilísticas, una por cada área de aplicación, con las características siguientes: 611 psicólogos clínicos, 82% fueron mujeres y 18% hombres; 305 psicólogos educativos, 85% fueron mujeres y 15% hombres y 329 psicólogos del trabajo, 79% fueron mujeres y 21% hombres. El rango de edad en las tres muestras varió entre 21 años o menos y más de 41 años.

Instrumento utilizado

Examen General de Egreso para la Licenciatura en Psicología del Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior. Instrumento de lápiz y papel, de naturaleza objetiva, constituido por 300 reactivos de opción múltiple, con cuatro opciones de respuesta donde sólo una es la correcta. 186 reactivos son de aplicación general a todos los sustentantes, miden resultados de aprendizaje de la formación básica. 114 reactivos son de aplicación diferencial, el sustentante elige un área de entre cuatro posibles: clínica, educativa, del trabajo y social.

Procedimiento

Se utilizó un diseño observacional pasivo, en situación de alta validez ecológica, con las tres muestras no probabilísticas disponibles. A partir de una desviación estándar de la media de las puntuaciones globales obtenidas en el examen, se configuraron dos subgrupos en cada muestra: los de bajo y los de alto logro mostrados en el examen. No se utilizaron los datos del área social por no reunir el número de sustentantes adecuado para el análisis. Con los datos de cada muestra se corrieron análisis de regresión múltiple, por pasos, con inclu-

sión hacia adelante. Las variables criterio fueron: a) el puntaje obtenido por los examinados en la formación específica y b) el puntaje global obtenido por los examinados en el examen. Las variables predictoras fueron: a) para los puntajes de área de formación específica, los puntajes en cinco factores medidos en la porción común del examen: conceptual, metodológica, técnica, adaptativa y ética, y b) para el puntaje global en el examen fueron los puntajes de cuatro factores: conceptual, técnica, contextual e integrativa, medidos en la formación específica.

RESULTADOS

Los resultados mostraron que los puntajes obtenidos en las competencias generales aportaron muy poca explicación de los logros alto y bajo en las tres áreas estudiadas. El logro bajo sólo fue predicho en el área clínica y las competencias involucradas fueron la conceptual y la técnica; el coeficiente de determinación múltiple

fue bajo ($R^2 = .16$). En educativa y del trabajo, sólo se explicó el logro alto, fue explicado por las competencias metodológica ($R^2 = .20$) y conceptual ($R^2 = .17$), respectivamente, pero su poder explicativo también fue bajo.

La tabla 1 muestra los índices de varianza explicada en todas las condiciones investigadas. Se presentan los índices parciales por cada factor individual, como el múltiple de cada modelo de regresión generado. Todos los índices mostrados en la tabla 1 fueron significativos al 0.01.

En cambio, y tal como se muestra en la tabla 1, las competencias de la porción específica mostraron mayor poder explicativo tanto en el logro bajo como en el alto, en el puntaje global del examen.

El logro alto en el puntaje global del examen fue explicado eficientemente por tres de las cuatro competencias medidas en las áreas específicas: en la formación clínica explicaron el 94 % de la varianza (R^2 de .94), en educativa (R^2 de .73) y en el área del trabajo (R^2 de .75). Es de hacerse notar que para todas las áreas

TABLA 1. VARIANZAS EXPLICADAS EN ÁREAS PROFESIONALES, POR GRUPOS DE LOGRO Y FACTORES EVALUADOS

		BAJO LOGRO				ALTO LOGRO			
CLÍNICA	Competencias generales								
	Conceptual								0.10
	Conceptual	Técnica							0.16
	Competencias específicas								
	Conceptual				Integrativa				0.26
	Conceptual	Integrativa			Integrativa	Contextual			0.49
	Conceptual	Integrativa	Contextual		Integrativa	Contextual	Conceptual		0.74
EDUCATIVA	Competencias generales								
					Metodológica				0.20
	Competencias específicas								
	Conceptual				Integrativa				0.33
	Conceptual	Técnica			Integrativa	Técnica			0.55
	Conceptual	Técnica	Integrativa		Integrativa	Técnica	Contextual		0.74
DEL TRABAJO	Competencias generales								
					Conceptual				0.17
	Competencias específicas								
	Conceptual				Integrativa				0.59
	Conceptual	Técnica			Integrativa	Conceptual			0.77
	Conceptual	Técnica	Integrativa		Integrativa	Conceptual	Técnica		0.92

estudiadas, la competencia que mostró el mejor coeficiente de determinación parcial fue la competencia integrativa, en la que se evaluó la habilidad del egresado para integrar conocimientos contextuales, técnicos y conceptuales para resolver problemas conocidos y nuevos.

La explicación del logro bajo en el puntaje total del examen, a partir de las competencias de la porción específica fue también eficiente. En las áreas clínica y educativa, tres competencias explicaron el 74% de la varianza y en el área del trabajo tres competencias explicaron el 92%. En todas las áreas estudiadas, la competencia conceptual fue la que explicó mejor el logro bajo.

La consistencia en las co-ocurrencias de la competencia integrativa para explicar el logro alto en el puntaje general del examen, hace posible establecer su importancia en la ejecución eficiente. Sugiere que una buena cantidad de las diferencias individuales entre examinandos puede estar siendo causada por ella. De igual manera, la consistencia de la competencia conceptual para explicar el logro bajo en el puntaje general del examen, sugiere, también, la importancia que ésta tiene en la explicación de ejecución deficiente.

Cabe preguntarse aquí ¿por qué resultados de aprendizaje deficientes en las tres áreas investigadas son explicados por resultados en la formación conceptual? En apoyo a lo anterior, ninguno de los factores de la formación básica incidió para explicar la ejecución de logro alto en el área clínica.

Muchas interrogantes pueden ser establecidas a partir de este dato, entre las más generales estarían: ¿qué usos de los fundamentos de la formación básica están generando que avances hipotetizados en la currícula no sean acumulables? Y para el caso del área clínica, ¿el desarrollo gradual de las diversas fases de adquisición de pericia –declarativa (para aprender lo qué las cosas son); de compilación (para lograr la precisión y la velocidad, típicas de una ejecución habilidosa); la procedimental (para operar eficientemente cómo y cuándo aplicar lo aprendido) y la de refinamiento (para extender a más instancias lo aprendido)– no están siendo apropiadamente fomentadas para generar la base de conocimientos teórico-metodológicos y técnicos que se requieren para iniciar la for-

mación clínica?, a pesar de que sus contenidos representen la proporción más importante de la carga curricular en los primeros semestres de la currícula nacional.

En este mismo sentido, ¿el desarrollo gradual de las diversas fases de adquisición de pericia en los conocimientos básicos deberá modificarse para fomentar la base de conocimientos metodológicos y técnicos que se requiere para iniciar la formación del psicólogo del trabajo? ¿Qué usos acerca de fundamentos metodológicos y técnicos deberían apoyarse para una formación básica más útil para los psicólogos del trabajo?

Cabe enfatizar, también, la necesidad de identificar qué usos se están dando a los fundamentos de la dimensión conceptual en el área educativa para derivar estrategias instruccionales que interconecten, longitudinal y transversalmente, todas las competencias requeridas por el ejercicio profesional inicial del psicólogo educativo.

Por otra parte y con base en las co-ocurrencias entre los puntajes de las competencias de las áreas específicas con los puntajes del grupo de logro alto, es posible formularse otro tipo de interrogantes: ¿dimensiones como la integrativa y la contextual permiten interconectar componentes formativos y evitan que éstos sean concebidos de manera aislada y como entidades distintivas, lo que favorece las ejecuciones exitosas? ¿Son componentes críticos de la formación?

Las evidencias permiten entender, exploratoriamente, cómo es que el aprendizaje en las escuelas podría afectar el aprendizaje profesional. El conocimiento psicológico está constituido por cientos de conceptos, principios, reglas, habilidades, procedimientos y otros componentes que no son aprendidos por interés propio, sino porque sirven para evaluar, diagnosticar e intervenir en búsqueda del bienestar de los usuarios de los servicios psicológicos. En este sentido, es incuestionable que en las universidades ofrecemos a los estudiantes un flujo continuo y rico de contenidos, pero también lo es que lo hacemos sin prescribir acciones para lograr que todos los estudiantes tengan las habilidades para seleccionar lo importante, para procesar la información eficientemente o para mantenerse interesados. Entonces, el

desafío es algo más que poner disponible información en la mente de los estudiantes, es necesario gestionar su capital cultural, es decir, fomentar las habilidades cognitivas y de control ejecutivo que les permitan construir conocimientos de la mejor calidad, validarlos a partir de evidencias fuertes, adaptarlos a situaciones imprevisibles y transmitirlos apropiadamente. Implica preparar al joven profesional con habilidades críticas del aprendizaje profesional y el de las habilidades de autogestión requeridas para continuar aprendiendo y resolviendo problemas, no nada más durante los años de su formación universitaria, sino a todo lo largo de su vida profesional y personal (Castañeda, 2004b).

Los retos obligan a conceptualizar nuevamente la noción de aprendizaje en la que hemos basado la práctica formativa universitaria y, por ende, al contenido de lo que debe ser enseñado, las maneras en cómo es enseñado y lo que significa evaluar resultados de aprendizaje en la educación superior. La literatura especializada en aprendizaje complejo enfatiza hacer arreglos que permitan manejar la diversidad y la incertidumbre, dado que el aprendizaje complejo es difuso, de lento desarrollo (toma cientos de horas construirlo) y sólo puede ser descrito al nivel del sistema y en términos de probabilidades (Ohlsson, 1996; Knight, 2001). Así, y debido a la compleja naturaleza de este aprendizaje, fomentarlo demanda diseñar secuencias integrales de tareas sostenidas, con niveles de complejidad creciente, bien fundamentadas teóricamente y ordenadas a lo largo de todo el programa, que den oportunidad al estudiante para construir los conocimientos en los niveles de pericia esperados, con apoyo de escenarios múltiples de aprendizaje, sistemáticamente distribuidas a todo lo largo del programa formativo y diseñadas como un todo integrado, más que por módulos aislados.

Dado que el contexto en el que el conocimiento se construye influye y da forma a la calidad de los significados que genera, es necesario construir escenarios donde se fomenten, lo más fielmente posible, las capas de pericia deseables, para estar en capacidad de certificarlas adecuadamente y para diseñar las acciones correctivas ajustadas al nivel del problema diagnosticado.

Aquí, la gestión del docente implica desarrollar habilidades en apoyo al desarrollo de la actividad cognitiva constructiva y autorregulada de sus estudiantes. Así, el docente guiará las actividades constructivas del aprendiz, en vez de sólo decirle que es lo que debe hacer; diseñará ambientes de aprendizaje en los que sus estudiantes puedan construir sus propios significados –en vez de recibirlos pasivamente– y podrá fomentar que el estudiante exponga sus avances en un ámbito libre que más que juzgar lo correcto o incorrecto de una ejecución, fomente el control ejecutivo del aprendiz sobre su propio aprendizaje y ejecución (Castañeda, 2004c).

COMENTARIOS FINALES

Hasta aquí se han descrito desarrollos que representan esfuerzos por identificar resultados de aprendizaje de la formación de licenciados en psicología, a partir de un examen general de egreso. De su lectura, el interesado podrá inferir la cualidad del trabajo realizado pero, sobre todo, del trabajo que falta por realizar para entender, cabalmente, los mecanismos responsables del aprendizaje de lo psicológico, como también podrá identificar hasta dónde ha sido posible avanzar utilizando un sistema de medición objetivo, estandarizado y a gran escala.

Quedan en la agenda de la investigación, sin lugar a dudas, muchas acciones para mejorarlos. Es prioritario extender la investigación para identificar experimentalmente cuáles son los mecanismos que aseguran la adquisición de las competencias; identificar qué competencias contribuyen a la empleabilidad de los jóvenes colegas, en una sociedad cambiante como la actual; identificar prácticas formativas idóneas para fomentar la formación profesional e identificar mediciones que permitan construir sistemas válidos de certificación del aprendizaje y la práctica profesional.

Necesitamos superar la tradición de medir con indicadores simplistas conocimientos y ejecuciones complejos. Representa, lamentablemente, una pobre comprensión psicológica de lo que es el aprendizaje profesional y una miope concepción de la evaluación dado que los datos que genera no tienen capacidad para in-

fluir, retroactiva y significativamente, sobre las formas de aprender y de enseñar. Se necesitan medir habilidades intelectuales de orden superior como el razonamiento, el pensamiento crítico y creativo, la solución de problemas, la toma de decisiones fundamentada y la autorregulación de la actividad. Con su inclusión, se identificarían riesgos potenciales en la formación profesional, se combatiría el rezago de agencias evaluadoras y se combatiría el indeseable efecto generado por la examinación a gran escala, es decir, el que los docentes sólo enseñen conocimientos memorísticos dado que eso es lo que miden los exámenes.

En tanto los resultados de aprendizaje continúen mostrando que los alumnos no, o por lo menos no con suficiencia, dominan el conocimiento y las habilidades y valores subyacentes a aprendizajes significativos, complejos y para toda la vida, es menester en el futuro inmediato, continuar los esfuerzos y aumentar, de manera muy importante, la investigación del aprendizaje profesional de los licenciados en psicología.

Referencias

- Castañeda, S. (2004a), «Estudio exploratorio de la formación del licenciado en psicología en México», *Revista Mexicana de Psicología*, 21 (4): 131-141.
- Castañeda, S. (2004b), Educación, aprendizaje y cognición, en S. Castañeda (ed.), *Educación, aprendizaje y cognición. Teoría en la práctica*. México, UNAM-Universidad de Guadalajara-Manual Moderno, pp. 49-74.
- Castañeda, S. (2004c), «Enseñanza estratégica: guía abreviada para el docente y el tutor», en S. Castañeda (ed.), *Educación, aprendizaje y cognición. Teoría en la práctica*. México, UNAM-Universidad de Guadalajara-Manual Moderno, pp. 393-422.
- Castañeda, S. (2002a), «Referentes curriculares y empíricos en la formación del licenciado en psicología». En G. Vázquez (ed.), *Enseñanza, ejercicio y regulación de la profesión: Psicología*, México, Conapsi-Sesic, pp. 79-108.
- Castañeda, S. (2002), «A cognitive model for learning outcomes assessment», *International Journal of Continuing Engineering Education and Life-long Learning*, 12(1-4): 94-106. Reino Unido: Unesco.
- Castañeda, S. (1998), «Evaluación de resultados de aprendizaje en escenarios educativos», *Revista Sonorense de Psicología*, 12(2): 57-67.
- Castañeda, S., Bazán, A., Sánchez, B. y Ortega, I. (2004), «Validez apriorística y empírica de constructos. Modelamiento estructural de porciones extensas de exámenes objetivos a gran escala», *Revista Latina de Pensamiento y Lenguaje y Neuropsicología Latina*, 12(2): 183-198.
- Knight, P.T. (2001), «Complexity and Curriculum: a process approach to curriculum-making» *Teaching in Higher Education*, 6(3): 370-381.
- Ohlsson, S. (1996), «Learning to do and learning to understand», en P. Reimann y H. Spada (eds.), *Learning in humans and machines: towards an interdisciplinary learning science*, Londres, Pergamon Press, pp. 37-62.
- Roe, R.A. (2003), «¿Qué hace competente a un psicólogo?», *Papeles del Psicólogo*, 86, pp. 203-224.

Conductas alimentarias de riesgo en púberes mexicanos de ambos sexos

Teresita de Jesús Saucedo-Molina,¹ Amanda Peña Irecta* y Zuli Calderón Ramos**

INTRODUCCIÓN

Dentro de los grupos más vulnerables para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria está el de los púberes, debido a que es la transición del desarrollo físico entre la infancia y la edad adulta (Garner y Garfinkel, 1985; Toro y Vilardel, 1987).

Los púberes son extraordinariamente conscientes de sí mismos y seguros de que todo el mundo los está mirando y sienten que sus cuerpos están fuera de control, es por ello que los dramáticos cambios físicos de esta etapa tienen muchas ramificaciones psicológicas. (Papalia y Wendkos, 1995; Martínez y Martínez, 1996).

Durante este período existe una mayor conciencia de la apariencia física, y muchos no están satisfechos con su imagen corporal. Los muchachos quieren ser altos y anchos de hombros y las jovencitas quieren ser delgadas pero con senos grandes. Tanto hombres como mujeres se preocupan por el peso, el cutis y la figura. Esto es reforzado tanto por el ambiente familiar, como por el medio sociocultural en donde se pone el énfasis en los atributos físicos. Las perturbaciones y el estrés característicos de los púberes, aunados a un autoconcepto e imagen corporal precarios, y a la búsqueda de identidad y de un ideal físico impuesto por la familia y la sociedad, son factores que contribuyen al desarrollo de algún trastorno alimentario durante esta etapa de la vida (Sands, Tricker, Sherman, Armatas y Maschette, 1997).

Un estudio realizado en 457 niños y niñas de entre 9 y 11 años de edad que acudían a diez escuelas rurales en el centro de Iowa, reveló que muchos de ellos están preocupados con respecto a su imagen corporal, los alimentos y el control de peso. Las niñas expresaron mucho más el deseo de ser delgadas en comparación con los niños (60.3%: 38.4%), mientras que los niños querían ser más altos que las niñas (67.2%: 49.1%). El deseo de tener menos grasa corporal estuvo significativamente asociado con una mayor frecuencia de conductas alimentarias para bajar de peso así como con la preocupación por el peso corporal (Gustafson-Larson y Rhonda, 1992).

En otros estudios, los hallazgos han demostrado que niñas de entre 9 y 12 años de edad, ya han modificado su alimentación, ya sea eliminando alimentos «engordadores», o bien excluyendo algún tiempo de comida (desayuno, comida o cena) para reducir el peso y que las razones que hacen atractiva esta conducta restrictiva radican en las siguientes afirmaciones:

- Todo mundo lo hace, inclusive mi mamá.
- Si no me siento satisfecha con mi figura y mi peso corporal, los puedo modificar a través de los alimentos que consumo.
- La mujer «exitosa y bella» es delgada; las mayoría de las obesas son flojas y están así por culpa suya pues no son capaces de controlar su forma de comer.
- El estar gordo daña mi salud y disminuye mis expectativas de vida.
- No requiero de «prescripción médica» para comenzar mi dieta de reducción, basta con que deje de comprar alimentos «engordadores», de desayunar o cenar y de comer mi refrigerio a la hora del recreo para que baje de peso (Hill, 1993).

¹ e-mail:saucemol@hotmail.com

* Profesoras investigadoras, área académica de nutrición, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Dentro del ámbito familiar, Edmunds y Hill (1999) realizaron un trabajo con 402 niños y niñas de 12 años de edad, cuyos objetivos eran: examinar los patrones alimentarios de estos sujetos, las circunstancias sociales durante las comidas y la manera en que los padres utilizaban los alimentos en los púberes que estaban haciendo dieta para bajar de peso. Las variables evaluadas fueron: dieta restringida, patrones de alimentación, estilos de crianza y su influencia en la alimentación, control parental alimentario, índice de masa corporal (IMC).

Los resultados permitieron concluir que los niños (principalmente las niñas) altamente restrictivos tenían un IMC más alto al compararlos con los no restrictivos; que realizaban más conductas alimentarias restringidas, ayunos y tenían un mayor historial de dietas pasadas. Los sujetos que por alguna razón estaban a dieta para bajar de peso reportaron que sus padres los desalentaban a comer entre comidas, a no comer mucho y a evitar dulces y golosinas.

En México existen también investigaciones que han demostrado, de manera concordante con las efectuadas en otros países, que en la pubertad se detectan la preocupación por el peso y la imagen corporal, así como actitudes anormales hacia el cuerpo y modificaciones drásticas en el patrón de alimentación. Por ejemplo, Gómez Pérez-Mitré (1997) encontró en una muestra de 200 púberes mexicanos con edad promedio de 10.8 años, que el 51% de las niñas y el 54% de los niños, manifestaron insatisfacción por su figura.

En otra investigación (Ávila, Lozano y Ortiz, 1997), realizada con 200 niñas de primaria y 200 de secundaria, con un promedio de edad de 11.9 años, se encontró que el 43% mostraban insatisfacción, ya fuera porque se percibían más gruesas de lo que estaban (29%) o más delgadas de lo que en realidad eran (14%).

González, Lizano y Gómez (1999), en un estudio exploratorio llevado a cabo en 200 escolares, hombres y mujeres, de entre 9 y 13 años, llegaron a los siguientes resultados: los niños, más que las niñas, realizaban mayor número de comidas al día. Este hallazgo confirmó dos cosas: primero, la demanda energética de los niños es mayor, y segunda, su preocupación por el peso y la figura corporal es menor.

En otra investigación realizada por Gómez Pérez-Mitré (1999), en una muestra de 962 niñas de 9 a 13 años, se detectaron factores de riesgo asociados con el desarrollo de trastornos de la alimentación. Los hallazgos mostraron que casi la mitad de las púberes estaban insatisfechas con su imagen corporal y más de la mitad ($n = 519$ niñas) presentaron un efecto de alteración en la percepción de su imagen corporal. Así mismo, se confirmó que en edades de 11 a 13 años ya está presente, en una proporción mayoritaria (94%), la aceptación del estereotipo social de la cultura de la delgadez, centrado en la idea de que un cuerpo delgado es el determinante del atractivo de la mujer. También se encontró que las tres cuartas partes de las niñas de la muestra aceptaron estar preocupadas (mucho y demasiado) por su peso corporal, no obstante que muchas de esas niñas eran de peso normal o bajo.

Un hecho aún más inquietante es que en un grupo de 437 escolares mexicanos con un promedio de 10.8 años se haya encontrado que 25% aceptó estar haciendo dieta con propósitos de control de peso. En esta misma muestra se registró que más niñas que niños omitían un tiempo de comida al día (en general, la cena) y consumían en menor proporción alimentos considerados por ellos(as) como «engordadores», tales como tortillas, pan y pan dulce, pizzas, frituras, y frijoles, con la intención de bajar o controlar su peso corporal (Gómez Pérez-Mitré y Ávila, 1998).

Con base en lo expuesto anteriormente, el presente trabajo tiene la finalidad de conocer la relación entre el IMC (percentilar) y la práctica de conductas alimentarias de riesgo en una muestra no probabilística de púberes mexicanos, del sur de la ciudad de México.

MÉTODO

Diseño

Estudio de campo transversal, con un diseño de dos muestras con observaciones independientes.

Muestra

Se trabajó con una muestra total intencional, con selección no probabilística, formada por

una N = 1,306 (674 hombres; 632 mujeres), púberes, estudiantes de quinto o sexto grado de primaria, y de primero o segundo grados de secundaria, de escuelas mixtas, públicas (58%) y privadas (42%), del sur de la Ciudad de México. La edad oscilaba entre los 10 y los 15 años, con una media de 12.13 (DE = 1.23).

Instrumento

Para el levantamiento de los datos, se empleó una versión autoaplicable modificada del EFRATA (Escala de factores de riesgo asociados a trastornos alimentarios, de Gómez Pérez-Mitré, 2000), La versión modificada fue validada para esta población, mediante un análisis factorial de componentes principales (Saucedo-Molina, 2003), misma que evaluaba conductas alimentarias de riesgo. Las respuestas fueron valoradas en una escala tipo Likert con cuatro categorías: 1 (nunca); 2 (pocas veces); 3 (muchas veces); 4 (siempre).

Para el IMC percentilar se utilizaron los puntos de corte recomendados por el comité de expertos

PUNTOS DE CORTE DEL ÍNDICE DE LA MASA CORPORAL PARA PÚBERES

Categoría	Índice de masa corporal
Emaciación	Menor al percentil 5
Bajo peso	Del percentil 5 al percentil 15
Normal	Del percentil 15 al 85
Sobrepeso	Del percentil 85 al 95
	Mayor al percentil 95

Fuente; CDC (2000) Center for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. Growth Charts: United States. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchswww/>. Accedido el 9 de septiembre de 2005.

RESULTADOS

Al analizar los resultados del presente trabajo se aprecia que tanto en el grupo de hombres como en el de mujeres se realizan conductas alimentarias de riesgo, sobresaliendo la conducta de preferir el estómago vacío al estómago lleno (hombres, 11.3%; mujeres 12%), y la de tomar agua para quitar el hambre (hombres, 8.9%; mujeres, 7.9%). Así mismo, se puede apreciar como 6.4% de hombres y 7.4% de

mujeres siempre están a dieta para bajar de peso.

Todas estas conductas son consideradas como restringidas, mismas que además de coincidir con lo obtenido en otros estudios, en los que se ha encontrado que los púberes ya realizan este tipo de conductas con el propósito de evitar la tan temida «obesidad», han sido propuestas como puerta de entrada a los trastornos de la conducta alimentaria (Saucedo-Molina y Gómez Pérez-Mitré, 2005). Finalmente, resulta interesante apreciar que los porcentajes fueron muy similares al compararlos por sexo.

Otro hecho que debe ser resaltado, se relaciona con que las diferencias más significativas se obtuvieron en aquellas conductas que, desde un punto de vista nutricional, son consideradas propias de una alimentación recomendable (Orientación alimentaria, 2001), y que además, precisamente son las mujeres las que llevan a cabo en menor porcentaje dichas conductas. Esto coincide con otros trabajos realizados en poblaciones semejantes, en los que se ha reportado la presencia de conductas de riesgo, particularmente en el sexo femenino, ya que a las niñas y jovencitas se les invita y se les recuerda constantemente, tanto a nivel familiar como social, el «valor» que posee la apariencia física y la delgadez; tomando mayor fuerza el rechazo a una alimentación recomendable, pues «no sólo un cuerpo delgado es más atractivo, sino que comer poco es más femenino» (Hill, 1993; Stice, Agras, Telch, Halimi, Mitchell, y Wilson, 2001).

El análisis comparativo por categorías de IMC (cuadro 2), muestra que los sujetos con obesidad son los que de manera general presentan los mayores porcentajes con respecto a las conductas alimentarias de riesgo, pues el 7.7% siempre evita comer alimentos «engordadores»; un 14.1% siempre se salta algún tiempo de comida para controlar su peso y el 6.2%, siempre se la pasa muriéndose de hambre, ya que constantemente hace dieta para controlar su peso. Igualmente, el 19% respondió tomar agua para quitarse el hambre.

Los resultados concuerdan con lo reportado por Edmundo y Hill (1999) en que los sujetos con conductas alimentarias restringidas, tienen un IMC más alto al compararlos con los

CUADRO 1. PORCENTAJE DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO POR SEXO

Conducta	Hombres	Mujeres	Ji cuadrada
Ingieres comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de bajar de peso.	4.2	3.4	9.32*
Evitas comer alimentos «engordadores» (pan dulce, pizza, frituras, chocolates).	5.7	5.8	9.78
Acostumbas cenar o merendar.	54.9	40.3	35.47*
Acostumbas realizar tus tres comidas.	62.6	49.9	26.26*
Para controlar tu peso te saltas comidas (no desayunas o no cenas).	4.1	7.2	8.79*
Prefieres la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno.	11.3	12.0	5.68
Estas a dieta para bajar de peso, la rompes y la vuelves a empezar.	6.4	7.4	1.37
Acostumbas desayunar.	61.1	54.3	9.69*
Te la pasas muriéndote de hambre, haciendo dietas para controlar tu peso.	3.8	3.5	3.39
Tomas agua para quitarte el hambre.	8.9	7.9	5.66

*p<0.05

Nota: Los porcentajes reportados en el cuadro 1, corresponden a la categoría «siempre» del instrumento empleado para la recopilación de los datos.

CUADRO 2. PORCENTAJE DE LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO DE ACUERDO CON LAS CATEGORÍAS DEL IMC

Conducta	CATEGORÍAS DE IMC					Ji cuadrada
	Muy bajo	Bajo	Normal	Sobrepeso	Obesidad	
• Ingieres comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de bajar de peso.	5.6	2.3	4.0	3.4	4.8	25.88**
• Evitas comer alimentos «engordadores» (pan dulce, pizza, frituras, chocolates).	4.2	7.4	5.4	5.6	7.7	60.88**
• Acostumbas cenar o merendar.	60.0	59.8	47.6	36.6	31.3	43.79**
• Acostumbas realizar tus tres comidas.	67.6	67.2	55.7	47.9	41.0	24.41**
• Para controlar tu peso te saltas comidas (no desayunas o no cenas).	1.3	2.2	6.0	6.0	14.1	55.89**
• Prefieres la sensación de estómago vacío a la de estómago lleno.	14.9	12.1	11.6	9.2	14.1	19.16
• Estas a dieta para bajar de peso, la rompes y la vuelves a empezar.	1.4	3.7	6.6	15.6	10.8	101.47**
• Acostumbas desayunar.	74.7	66.4	58.4	44.4	40.3	43.32**
• Te la pasas muriéndote de hambre, haciendo dietas para controlar tu peso.	1.3	5.2	3.2	5.6	6.2	26.84**
• Tomas agua para quitarte el hambre.	5.3	7.4	7.7	12.2	19.0	34.38**

** p<0.01

Nota: Los porcentajes reportados corresponden a la categoría «siempre» del instrumento empleado para la recopilación de los datos.

menos restrictivos. Este hecho también es apoyado por la experiencia en la atención de pacientes con sobrepeso y obesos, quienes tienden a eliminar tiempos de comida, así como alimentos considerados por ellos como «engordadores», conductas apoyadas en la creencia errónea de que mientras menos alimentos ingieran más rápido perderán peso corporal.

Profundizando en los datos del cuadro anterior, es notorio que el 5.6% de los púberes con muy bajo peso, siempre ingieren comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de bajar de peso. Este hecho, además de haber resulta-

do significativamente diferente ($X^2 = 25.88$, $p < 0.01$) en las categorías de IMC, permite vislumbrar que estos sujetos tienden a manifestar conductas características de pacientes anoréxicos.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de la presente investigación permiten no sólo confirmar la presencia de conductas alimentarias de riesgo, asociadas con los trastornos alimentarios en púberes mexi-

canos de ambos sexos, sino también ratificar, a semejanza de otros estudios, que a mayor índice de masa corporal, mayor realización de dichas conductas (Unikel y otros, 2000; Unikel y otros, 2002).

Si bien en ambos sexos se observó la misma tendencia en cuanto a conductas alimentarias restringidas, las mujeres reportaron, en la mayoría de los indicadores, un mayor porcentaje al compararlas con los hombres.

Resulta cada vez más evidente como los púberes están adquiriendo la neurosis de los jóvenes y adultos con relación a los alimentos, la obsesión por un peso bajo y la tendencia a querer alcanzar una figura delgada. Esta neurosis y obsesión se traduce cada vez más en conductas de riesgo que son puerta de entrada a los trastornos de la conducta alimentaria (Cogan y Ernsberger, 1999; Huon y otros, 1999), mismos que tienen importantes consecuencias físicas, biológicas y psicológicas, y son todavía más peligrosos si se siguen dichas conductas en etapas cruciales de la vida, como lo es la pubertad (Saucedo-Molina, 1999).

Se debe resaltar el hecho de que la presencia de algunos síntomas de los trastornos alimentarios son mucho más comunes que los cuadros clínicos completos, y mucho más frecuentes de lo que se ha esperado encontrar en población general, pero aunque los síntomas de forma aislada no son un indicador seguro del desarrollo de la enfermedad, de alguna manera señalan a los grupos e individuos con mayor riesgo de adquirirla. Además, desde el punto de vista epidemiológico, detectar tempranamente cualquier sintomatología permite intervenir precozmente limitando o evitando los daños causados por la psicopatología (Sánchez, 2000). Por ello, entonces, es urgente profundizar e identificar cuales son estas conductas de riesgo, con el propósito de diseñar y aplicar medidas preventivas eficaces y eficientes para este tipo de población.

Referencias

- Ávila G., Lozano, R.V. y Ortiz, O.L. (1997), Diferencia que existe entre la autopercepción de la imagen corporal entre niñas de nivel socioeconómico medio y bajo de primaria y secundaria. Tesis de licenciatura, México, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cogan, J.C. y Ernsberger, P. (1999), «Dieting, weight, and health: reconceptualizing research and policy», *Journal of Social Issues*, 2 (55): 187-205.
- Edmunds, H. y Hill, A.J. (1999), «Dieting and the family context of eating in young adolescents children», *International Journal of Eating Disorders*, 25: 435-440.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1985), *Handbook of psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, New York, Guilford Press.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997), «Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanas púberes», *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 31-40.
- Gómez Pérez-Mitré, G. y Ávila, A.E. (1998), «¿Los escolares mexicanos hacen dieta con propósitos de control de peso?», *Revista Iberoamericana*, 6: 37-46.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1999), «Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anorética y preocupación excesiva por el peso corporal», *Revista Mexicana de Psicología* 16 (1): 153-165.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (2000), Escala de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria, México, IN305599 (PAPIT) UNAM y 34507-H (Conacyt).
- González, S.L.M., Lizano, M.M. y Gómez Pérez-Mitré, G. (1999), «Factores de riesgo en desórdenes del comer: hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños escolares mexicanos», *Revista Mexicana de Psicología*, 16 (1): 117-126.
- Gustafson-Larson, A.M. y Rhonda, D.T. (1992), «Weight-related behaviors and concerns of fourth-grade children», *Journal of the American Dietetic Association*, 92: 818-822.
- Hill, J.A. (1993), «Pre-adolescent dieting: implications for eating disorders», *International Review of Psychiatry*, 5: 87-100.
- Huon, G.F., Hayne, A., Gunewardene, A., Strong, K., Lunn, N., Piira, T. y Lim, J. (1999), «Accounting for Differences in Dieting Status: Steps in the Refinement of a Model», *International Journal of Eating Disorders*, 26: 420-433.

- Martínez y Martínez, R. (1996), *La salud del niño y del adolescente*, México, JGH Masson Salvat.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M. Resnick, M.D. y Blum, W.R. (1998), «Lessons learned about adolescent nutrition from the Minnesota adolescent health survey», *Journal of the American Dietetic Association*, 96 (12):1449-56.
- Orientación alimentaria: glosario de términos (2001) *Cuadernos de Nutrición* 24 (1) México.
- Papalia, E.D. y Wendkos, O.S. (1995), *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*, México, McGrawHill.
- Sánchez, G.O. (2000), «Factores de riesgo para evaluar la conducta adolescente», *Acta Pediátrica de México*, 21 (84):115-8.
- Sands, R., Tricker, J., Sherman, C., Armatas, C. y Machette, W. (1997). «Disordered Eating Patterns, Body Image, Self-Esteem, and Physical Activity in Pubescent School Children», *International Journal of Eating Disorders*, 21 (2):159-166.
- Saucedo-Molina, T.J. (1999), *Nutrición y alimentación del adolescente. Nutrición y alimentación el preescolar, del escolar y del adolescente* (Col. Familia, Nutrición y Salud), México, ISSSTE, pp: 55-80.
- Saucedo-Molina, T.J. (2003), Modelos predictivos de dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Saucedo-Molina, T.J. y Gómez Pérez-Mitré, G. (2004), «Modelo predictivo de dieta restringida en púberes mexicanas», *Revista Psiquiatría*, 31(2): 69-74.
- Saucedo-Molina, T.J. y Gómez Pérez-Mitré, G. (2005), «Modelo predictivo de dieta restringida en varones mexicanos», *Revista Psiquiatría*, 32(2): 67-74.
- Stice, E., Agras, WS., Telch, C., Halmi, K., Mitchell, J. y Wilson, T. (2001), «Subtyping binge eating-disorder women along dieting and negative dimensions», *Int J Eat Disord*, 30(1): 11-27.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987), *Anorexia nerviosa* (Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud), Barcelona, Martínez Roca.
- Unikel, S.C., Saucedo-Molina, T., Villatoro, V.J., Fleiz, C. (2002), «Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años», *Salud Mental*, 25(2): 49-57.
- Unikel, S.C., Villatoro, V.J., Medina-Mora, I.M.E., Fleiz, B.C., Alcántar, M.E. y Hernández, R. S. (2000), «Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal», *Revista de Investigación Clínica*, 52 (2): 14-147.

Psicopatología carcelaria

Cuauhtémoc Morales Aguayo¹

En las sociedades actuales, los derechos individuales se subordinan a los colectivos, y cuando existe un conflicto entre ambos intereses se busca solventar el problema mediante la aplicación de la norma jurídica, en donde en teoría el Estado buscará protegerse aplicando al malhechor una pena relativamente proporcional a su acción delictiva, la cual generalmente es la reclusión.

A lo largo de la historia se ha tratado de justificar la existencia de la prisión viéndola desde diversas perspectivas. Se ha dicho que es una forma de castigo, de venganza, de disuasión, de prevención, de reeducación y hasta una fábrica de delincuentes, sin embargo, todos estos comentarios son verdades a medias, nada es absoluto en lo que al sistema carcelario se refiere. Pero algo que es innegable es que las cárceles desempeñan un rol muy importante en la sociedad aunque diametralmente distinto del que se supone que deben de cumplir.

Este tipo de institución hermética y de organización formal un tanto compleja no escapa de ser la generadora de consecuencias de diversa índole en la psique humana, prueba de ello son las metamorfosis psicosociales que sufre el individuo al estar privado de la libertad. Y es que la libertad es una condición humana básica que si se coarta se puede generar un problema psicológico grave, por lo que una de las mayores situaciones que altera el psiquismo de una persona es la permanencia en un establecimiento penitenciario, debido a que se producen modificaciones psicológicas que agravan el estado patológico previo, hacen estallar una psicopatología latente o determinan la aparición de un síndrome específico.

Los efectos que ocasiona la reclusión son proporcionales a la estructura de la personalidad del sujeto y no sólo son producto de la estancia en prisión, sino que también son ocasionados por el antes y el después de la privación de la libertad, lo que genera un fenómeno denominado ciclo de la reclusión (fig. 1).

Antes de llegar a la prisión todo individuo está conformado por una estructura de la personalidad y un estilo de vida, es decir, por un patrón de comportamiento que desarrolla tanto de forma consciente como inconsciente, como medio para adaptarse a un entorno particular, a sus normas culturales, étnicas y provinciales.

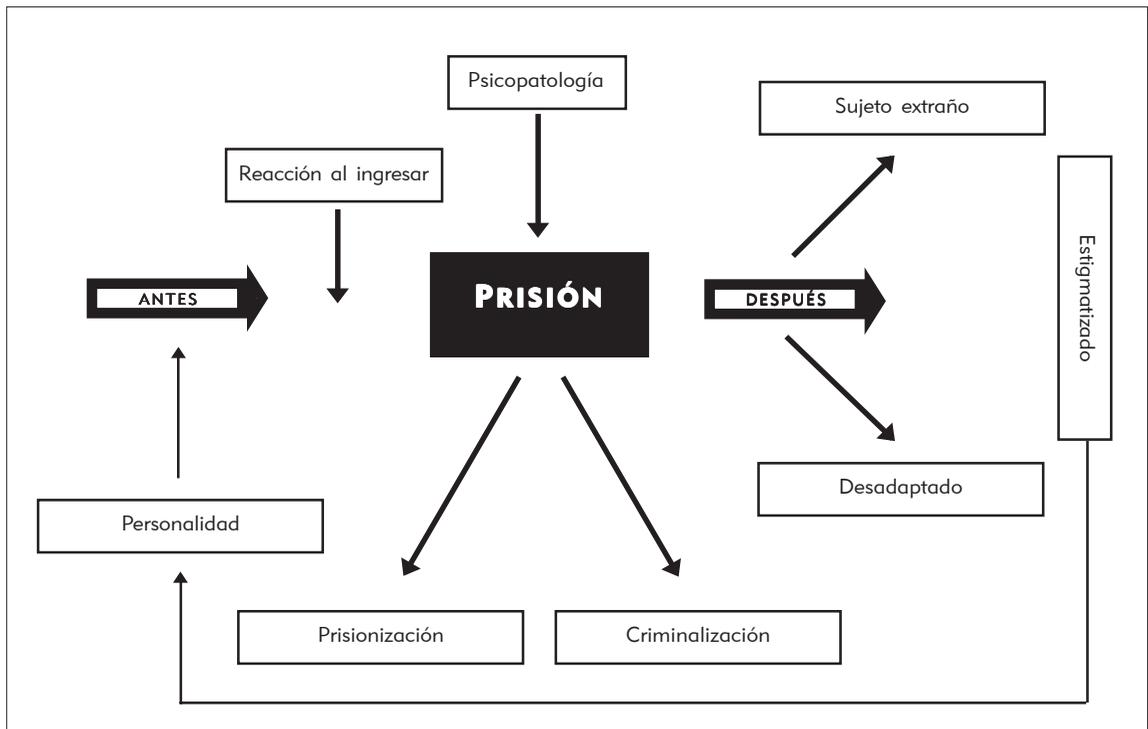
Sin embargo, al ingresar a este tipo de recinto, el sujeto sufre una impresión al conocer el sistema, del cual quizá sólo tenía una vaga idea de lo que es en realidad. Desde el inicio de la reclusión la perspectiva de lo que hay dentro es alterada a causa del impacto que genera la institución; primeramente se pierde la libertad de elegir, la cual es una de las variables que da estructura al autoconcepto, por lo que inicia la inaceptable pérdida del control de la vida.

Marchiori (2002) describe ciertas formas de reacción psicológica que presenta el individuo en su llegada al sistema penitenciario, como son:

- Reacción depresiva: en la cual la persona se siente sumamente desvalorizada, disminuida, no habla o el lenguaje es parco, la psicomotricidad y los procesos psicológicos fundamentales se encuentran de igual manera lentificados. Existen sentimientos de culpa, de soledad y de aislamiento; hay presencia de alteraciones en el dormir y en la conducta alimentaria, y en caso extremo puede llegar a la ideación suicida incluso a la consumación del acto.

* CUSUR, Universidad de Guadalajara.

EL CICLO DE LA RECLUSIÓN



- **Reacción impulsiva:** la angustia, que es la base de la conflictiva del ser humano, se proyecta en una reacción de tipo impulsiva-agresiva, donde la desesperación se traduce en una agresión dirigida a los empleados, al área de vigilancia y a los mismos internos. Esta agresión puede ser de tipo verbal, física, incluso hasta de fuga.
- **Reacción de pasividad:** aquí, el sujeto «acepta» una nueva situación existencial y podría decirse que se concibe una especie de «adaptación», este tipo de internos tienen un nivel de conciencia adecuado acerca de su accionar delictivo y es por ello que asumen su culpabilidad y su permanencia en prisión. Pero esa pasividad puede romperse de manera inesperada y derivar en una conducta agresiva hacia la visita familiar.
- **Reacción de manipulación:** en ella se presenta una conducta de seducción y engaño con el fin de obtener beneficios dentro de la institución. La presentan personalidades con un CI arriba del promedio y fácilmente pueden envolver a los internos, incluso hasta al mismo personal penitenciario.
- **Reacción de oposición:** se adopta un comportamiento rebelde frente a las autoridades, personal técnico y otros internos; rechazan la alimentación y el dormitorio asignado, así como la visita familiar. Estos personajes muestran tendencias a la autodestrucción que se manifiesta a través de tatuajes, marcas o heridas que se infligen. Pueden llegar a cometer repetidas conductas compulsivas de robo dentro de la entidad carcelaria.

Además de las reacciones mencionadas, los individuos pueden presentar otras al momento de ingresar al sistema carcelario; Morales (2005), con base en un estudio llevado a cabo con 127 internos de nuevo ingreso del Reclusorio Preventivo del Estado de Jalisco (RPEJ), en el núcleo penitenciario de Puente Grande, encontró una reacción de miedo o temor ante los demás y hacia el nuevo estilo de vida que se habría de adoptar, la cual se presenta en los sujetos primodelincuentes, aunque también la muestran quienes son reincidentes pero que en determinado momento han tenido proble-

mas con algún interno líder que cuenta con la capacidad de mover masas dentro del penal. También observó una reacción de incertidumbre en los internos de nuevo ingreso ante la amenaza del posible auto de formal prisión, así como por el tiempo que durará su potencial sentencia.

Asimismo, el mismo investigador encontró que los internos que presentan una reacción depresiva son aquellos que son primodelincentes, que realizaron el acto delictivo bajo los influjos de alguna droga (no adictos), los que no cuentan con fiador moral o que su sentencia será muy larga debido al delito cometido o también por aquellos que se consideran inocentes.

De igual manera dio cuenta de que la reacción de impulsividad-agresividad la presentan aquellos sujetos que presienten que su integridad física está en peligro debido a que el delito por el que están ahí es por violencia intrafamiliar o sexual, los cuales son considerados por la población penitenciaria como de suma gravedad.

Por todo esto, es de vital importancia el papel que juega el personal penitenciario en el recibimiento del nuevo interno, debido a que es necesario atenuar los temores, la angustia y la situación depresiva que pueden llevarlo a situaciones de agresión hacia los demás o hacia sí mismo. Por ello el personal debe mostrar una actitud existencial de querer conocer y ayudar con un amplio sentido humano y técnico a todo aquel que es acusado de la comisión de un delito.

Posteriormente, cuando una persona queda formalmente presa y debe continuar su proceso penal privado de su libertad en el RPEJ; se incorpora en un lugar denominado zona de ingreso, que presenta las mismas características de los dormitorios, y donde la persona debido al hacinamiento que existe en población tiene que permanecer durante dos semanas y en ocasiones tres o más; aquí es donde el interno comienza a habituarse al ambiente penitenciario, recibe la visita de sus familiares (únicamente), puede realizar actividades al aire libre o practicar algún deporte con los compañeros. Es también aquí donde la relación con los demás internos adquiere mayor significado, pues comenzará a relacionarse con personas desconocidas con las que tendrá que organizarse

para la realización de las actividades diarias, como el aseo, el reparto de alimentos y la custodia de sus pertenencias y las del grupo.*

A la postre, el Consejo Técnico Interdisciplinario, conformado por especialistas en medicina, trabajo social, psicología, pedagogía y criminología, realiza estudios que determinan el diagnóstico que va a pronosticar cuál es el tratamiento que ese interno requiere; posterior a ello, dicho Consejo junto con la Dirección del penal y el Área de Custodia y Vigilancia determinarán cual será el dormitorio donde deberá permanecer alojado durante el tiempo que dure el proceso.

En el cuadro 1 se muestran algunos de los datos obtenidos en el estudio realizado con 127 internos de nuevo ingreso.

Analizando los datos obtenidos se encuentra que el promedio de edad de los internos no supera los 30 años (28 en promedio) lo que es un indicador de que la población carcelaria está compuesta por individuos jóvenes.

Es palpable como la unión libre es una alternativa de vida en pareja que se ha vuelto muy común, y que en cierto sentido puede generar una inconstancia amorosa, promiscuidad y carencia de responsabilidad en individuos con poca visión y con un proyecto de vida nulo.

El grado de culturización se encuentra limitado sólo a la educación básica, es decir, el promedio que presentan los entrevistados es de 6º grado de primaria, lo cual indica que el sistema carcelario está plagado de sujetos con un nivel educativo limitado; asimismo, se demuestra la ineficacia de las autoridades educativas para erradicar el analfabetismo debido a que se encontraron seis en esta situación.

En lo que a empleo se refiere, es innegable que la situación en este rubro es un mal generalizado, la presencia del trabajador asalariado y de la rotación de empleo es notoria, así como la muestra de que el trabajo independiente y la microempresa aun están lejos de llegar a ser la solución al desempleo y a los salarios raquíticos.

* Es necesario señalar que debido al hacinamiento que existe en el núcleo penitenciario de Puente Grande, el proceso de estancia que se sigue presenta diferencias considerables al utilizado en los Centros Integrales de Justicia Regional de Jalisco.

CUADRO 1

EDAD PROMEDIO	• 28 años
ESTADO CIVIL	<ul style="list-style-type: none"> • Unión libre: 51 • Casados: 39 • Solteros: 31 • Divorciados: 4 • Viudos: 2
GRADO ESCOLAR PROMEDIO	<ul style="list-style-type: none"> • Sexto grado de primaria • Analfabetas: 6
OCUPACIÓN (AL MOMENTO DE LA DETENCIÓN)	<ul style="list-style-type: none"> • Asalariados: 69 • Sin empleo fijo: 48 • Desempleados: 7 • Trabajo independiente: 2 • Microempresarios: 1
DELITO INCIDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Robo, cometido por 68 internos en diversas modalidades • Reincidentes: 58 • Primodelincuentes: 69
TATUAJES	• Internos que presentan al menos uno: 75
EDAD PROMEDIO DE INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA	• 15 años
DROGAS ILEGALES MÁS UTILIZADAS	<ul style="list-style-type: none"> • Marihuana: 57 • Cocaína en sus diversas modalidades: 41 • Psicotrópicos: 13 • Del total, 103 han consumido más de un tipo de droga alguna vez en su vida
EDAD PROMEDIO DE INICIO DE CONSUMO DE DROGAS	<ul style="list-style-type: none"> • Legales (alcohol y/o tabaco): 13.1 años • Ilegales: 14.2 años
PERTENECEN A GRUPOS ANTISOCIALES O LO HAN HECHO	• 34 internos
COMISIÓN DEL DELITO BAJO EFECTOS DE ALGUNA SUSTANCIA	• 41 internos. De estos 41, 23 se encontraba bajo el efecto de más de alguna sustancia
ACEPTACIÓN DEL DELITO	<ul style="list-style-type: none"> • Lo aceptan: 35 • Lo niegan: 87 • Cinco no recuerdan lo sucedido debido al influjo de sustancias
PSICOPATOLOGÍAS	<ul style="list-style-type: none"> • Sesenta y un internos presentan rasgos del trastorno antisocial de la personalidad, de los cuales en 48 existe comorbilidad con trastornos relacionados con sustancias. • En veinticinco existen síntomas de trastornos del estado de ánimo, en siete de ellos inducidos por sustancias • En diez y seis existe evidencia de rasgos límite de la personalidad. • En trece existe predominio de sintomatología de personalidad esquizoide • Cuatro con sintomatología de algún tipo de psicosis • Los ocho restantes no presentaban sintomatología de algún trastorno en específico
PRESENCIA DE TORTURA FÍSICA	<ul style="list-style-type: none"> • Treinta y ocho internos con más de alguna marca • Uno requirió hospitalización

Datos obtenidos en las entrevistas de los 127 sujetos de nuevo ingreso.

Se confirma que el robo sigue siendo a nivel nacional el delito más cometido (INACIPE, 2004), ya que de los 127 entrevistados, 68 están por robo en sus diversas modalidades; asimismo, es visible el aumento de la delincuencia ya que cada vez es mayor el número de individuos que comienzan a delinquir (69) en comparación con los reincidentes (58).

El control de impulsos y la precocidad se sigue asociando con la delincuencia, ya que cada día se inicia a menor edad la vida sexual activa (15 años) y el consumo de sustancias adictivas (13.1 años), así como el uso de éstas para delinquir. Asimismo, se corroboran los datos arrojados por el CIJ, en 2003, de que la marihuana y la cocaína son las drogas de mayor consumo a nivel nacional.

El sentido de pertenencia a la familia es limitado, por lo que los individuos buscan otros grupos donde encontrar afecto y aceptación, prueba de ello es que de los 127 entrevistados 34 pertenecen o han formado parte alguna vez en su vida de algún tipo de grupo antisocial.

El estudio demuestra que la presencia de tatuajes, la comorbilidad entre el consumo de sustancias y la personalidad antisocial son parte fundamental de la personalidad del delincuente.

La deficiente forma de operar de las instancias de seguridad pública y justicia genera el hecho de que no todos los sujetos que son remitidos a la penitenciaria sean culpables, por lo que en el rubro de aceptación del delito se reserva el comentario, debido a que se ha encontrado que en diversas ocasiones el interés es justificar que se combate a la delincuencia sin importar a quien se detenga.

Del mismo modo, los datos obtenidos en este estudio en lo que a psicopatologías se refiere, mantienen similitud en los diagnósticos emanados en la investigación con reclusos de Fazel y Danesh (2001, citado en Montes de Oca y Silva, 2003), debido a que estos autores encontraron el trastorno de la personalidad en 65% de su muestra, de los cuales el 47% se tipificaba en el trastorno antisocial; mientras que en la presente los trastornos de la personalidad se hallaron en el 71% de los casos, y el antisocial en el 48%.

Finalizando este análisis, es palpable como aun se tiene la idea errónea de que la violencia

y el crimen se tratan con la misma moneda y es que se encontró la presencia de tortura física en 38 internos donde uno de ellos requirió hospitalización debido a la gravedad de las lesiones.

LA ESTANCIA EN PRISIÓN

Durante la estancia en la prisión los individuos presentan ciertos mecanismos etiopatogénicos (Pibé y Martí, 2002) que pueden empeorar o generar estados psicopatológicos que coartan la readaptación psicosocial, entre ellos tenemos:

- Frustración y sentimientos de culpa
- Rebeldía o negativa a aceptar la autoridad
- Falta de gratificación sexual y lúdica
- Hacinamiento
- Aislamiento
- Consumo de sustancias tóxicas
- Ansiedad
- Carencia de intimidad
- Tortura

Los cuales pueden derivar en una serie de psicopatologías como son:

- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos relacionados con el consumo de sustancias.
- Trastornos de la personalidad, principalmente el trastorno antisocial de la personalidad, seguido del de tipo esquizoide o el límite.
- Psicosis.
- Trastornos por estrés postraumático.
- Trastornos facticios.
- Trastornos sexuales.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos adaptativos.

Morales (2005), encontró que la homosexualidad se convierte en una situación patológica, no porque sea tipificado como un trastorno, sino porque se presenta como una forma de control y de sometimiento en la que el líder se impone mediante la humillación del coito anal y el sometido lo hace como una forma de obtener beneficios de los altos mandos de la población penitenciaria, lo que origina una prostitución carcelaria.

Dentro de las instituciones carcelarias existen códigos de conducta bien definidos que proporcionan medios para el aprendizaje de nuevas respuestas sociales y para fortalecer o inhibir las antiguas. Las prisiones tienen dos sistemas de control social en conflicto, el primero el «sistema formal», establecido por las autoridades, que teóricamente aspira a la resocialización; el otro sistema es el «informal», implementado por los internos y transmitido de unos a otros, lo que da lugar a uno de los procesos inevitables en las cárceles, el de la prisionización, en el cual los internos están expuestos a un código interno de conducta, en el que se les adiestra en la adquisición de usos, costumbres y cultura penitenciaria. Otro fenómeno muy común es el de la criminalización, en el que los internos desarrollan habilidades y experiencias relacionadas con la delincuencia después de un cierto periodo de estancia carcelaria (Feldman, 1989).

Sin duda, las reacciones del privado de libertad dependen de su personalidad, del ambiente, de la cantidad de estrés producido y de los mecanismos de afrontamiento utilizados ante el hecho de la reclusión. Y es que en la institución carcelaria no existe una diferenciación entre «lo que es mío» y «lo que es tuyo», se pierde el sentido de pertenencia, del espacio, la identidad se escinde y todo se lleva a acabo en compañía de otros.

DESPUÉS DE LA PRISIÓN

La cárcel, como es bien sabido, es una institución estigmatizada, la cual genera una etiqueta en el sujeto, inocente o no, que le dejará marcado socialmente, y es que el estigma que concibe la estancia en un reclusorio puede disminuir, pero nunca podrá desaparecer.

De igual manera, toda persona que sale de prisión pasa por un proceso de adaptación en el cual tiene que luchar contra la hostilidad que percibe en los demás, así como por el ambiente que desde su partida se ha transformado.

Diversos especialistas afirman que el sistema penitenciario mexicano ha fracasado en su objetivo de readaptación, un propósito que desde su creación le confirió a las prisiones un objetivo inalcanzable: la reformación de los de-

lincentes; sin embargo, la cárcel ha demostrado ser sólo un paliativo para la sociedad que exige justicia mediante la aplicación de la fuerza bruta sobre aquel que en su momento hizo una injusticia.

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

La prisión es un mal necesario, abolirla es utópico, al menos en la actualidad, ya que desempeña aún una función necesaria para la protección social contra la criminalidad (Rodríguez, 2003).

Sin embargo, existen alternativas que pueden resultar eficaces ante la psicopatología carcelaria. Éstas consistirían no en la supresión de la privación de la libertad, ni en la reclusión perpetua o en la generación de penas punitivas más severas, ni mucho menos en la pena de muerte; sino por el contrario, radicaría en la instauración de una atención integral pre, intra y pospenitenciaria, donde la labor inmiscuiría a la sociedad, a los poderes de la nación y a sus aparatos ideológicos, así como a la iniciativa privada; lo cual daría lugar a una resocialización eficaz del «delincuente» y a una disminución de la criminalidad.

Es imprescindible implementar de manera adecuada en el sistema penitenciario la labor-terapia, porque el trabajo es exclusivamente una actividad de unos cuantos, debido a que éste no es obligatorio la mayoría de la población se encuentra en ocio prolongado. En el sistema carcelario son necesarias la iniciativa, la imaginación y el deseo de mejorar, y es que en este tipo de instituciones se tiene toda la mano de obra necesaria, llena de capacidad mental y manual, para explotar, por lo que es preciso convenir con la iniciativa privada y darle una función a la población penitenciaria para que su estancia en prisión sea costeadada por ellos mismos y no por la sociedad. Y aunque el desempleo es un malestar nacional es preciso recurrir a una bolsa de trabajo pospenitenciaria que le permita al saliente subsistir mientras se acopla nuevamente a la sociedad de la que en su momento fue expulsado.

Asimismo, es necesario que los poderes de la nación den al sistema penitenciario la importancia social que merece, tanto en cuestión

de estructura como de infraestructura, ya que es preciso renovarse para no padecer eternamente las calamidades que actualmente existen.

Es ineludible que quienes de alguna u otra manera nos encontramos dentro del personal penitenciario no nos demos cuenta que estamos organizando tratamientos y haciendo planes para delincuentes como si fueran para nosotros, pero los que llegan a la cárcel generalmente no son como nosotros. Razonemos, ¿a qué sociedad debe de readaptarse y reintegrarse el delincuente, a la nuestra o la suya?

Adoptemos una cultura de responsabilidad y admitamos que estos son nuestros delincuentes, nuestros locos, nuestra basura. El delito es el reflejo de la salud de la sociedad, aceptemos nuestra patología, porque como sociedad nunca somos ajenos al delito.

Mostremos empatía con el ser que aún más bajo, pervertido y podrido por dentro y por fuera, todavía es una maravillosa creación de la naturaleza, porque siempre lleva en sí mismo, sin que se apague jamás, lo esencial de su rescate.

Tengamos presente que la prisión verdaderamente se vive hasta que estamos en ella.

Referencias

- Feldman, M. . (1989), *Comportamiento criminal: un análisis psicológico*, México, Fondo de Cultura Económica.
- García-Andrade, J.A. (2002), *Psiquiatría criminal y forense*, Madrid, Centro de Estudios Ramón Arees.
- Instituto Nacional de Ciencias Penales (2004), *Estadísticas delictivas 2003*, México, INACIPE.
- Marchiori, H. (2002), *El estudio del delincuente. Tratamiento penitenciario*, México, Porrúa.
- Montes de Oca, T. y Silva, R.A. (2003), «Efectos psicosociales de la reclusión en instituciones penitenciarias», en Silva, R.A. (comp.), *Conducta antisocial: un enfoque psicológico*, México, Pax, pp. 275-307.
- Morales, A.C. (2005), Estudios de clasificación y atención psicológica a internos de nuevo ingreso, en el Reclusorio Preventivo del Estado de Jalisco, núcleo penitenciario de Puente Grande, *Informe de prácticas supervisadas en psicología clínica* (inédito), Puente Grande, Jalisco.
- Pibé, J.M. y Martí Tusquets, J.L. (2002), *Psiquiatría forense*, Barcelona, Espaxs.
- Rodríguez, M.L. (1999). *La crisis penitenciaria y los substitutos de la prisión*, México, Porrúa.
- Rodríguez, M.L. (2003), *Penología*, México, Porrúa.

Aportes para la salud mental en Puerto Vallarta se terminó de encuadernar el 31 de diciembre de 2007, en los talleres gráficos de Acento Editores, Reforma 654, centro, Guadalajara, Jalisco.

Tiro: 500 ejemplares

La región de Bahía de Banderas, donde se enclava la ciudad de Puerto Vallarta, comprende una gama de situaciones sociales y particularidades en la que también confluyen elementos que históricamente han sido trastocados. Esta ciudad presenta un desarrollo social que es necesario conocer y evaluar a fin de realizar diagnósticos confiables de sus diversas problemáticas que permitan una adecuada intervención en la búsqueda de soluciones.

Los problemas son diversos: violencia intrafamiliar, drogadicción, alcoholismo, prostitución infantil, prostitución, embarazos no deseados en adolescentes, enfermedades de transmisión sexual (sida particularmente), suicidios, etc. De ahí que se puede afirmar que esta sociedad en su conjunto está siendo rebasada por varios problemas cuya solución o control no son fáciles.

El crecimiento de los índices conflictivos poblacionales, el propio crecimiento de la población, la falta de servicios y, en ocasiones, la mala planeación, falta de visión o de voluntad en la búsqueda de soluciones generan o aumentan los conflictos de esta sociedad en transición, es decir, una localidad que hasta hace pocos años se consideraba solamente el “pueblito típico” y que ha llegado a ser una importante ciudad media de Jalisco, para ser precisos, la segunda en importancia después de la capital, Guadalajara.

En este sentido, la presente obra –producto de un congreso internacional de psicología y psiquiatría organizado por tres importantes instituciones–, busca aportar elementos que permitan detener el deterioro o mejorar las condiciones de salud mental de la población de esta bella ciudad.

ISBN 9789702712572

