

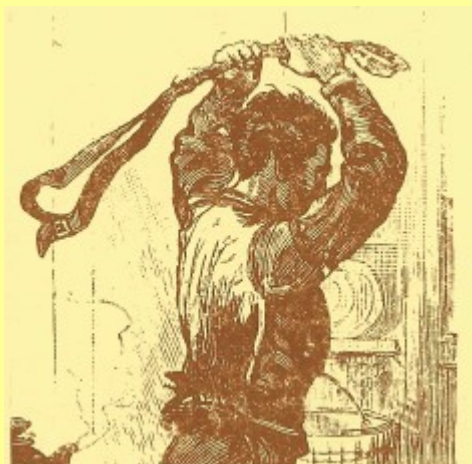
El maltrato infantil. Criterios para su definición y conceptualización (4). Un modelo causal de los malos tratos y el abandono infantil (8). Estrategias de identificación, tratamiento y prevención de los malos tratos y el abandono infantil (17). Posibilidades de aplicación de las estrategias de identificación, tratamiento y prevención de los malos tratos y abandono infantil en la red de servicios sociales municipales (37). La separación: alternativa ante los malos tratos en la infancia (40). El papel de los servicios de atención pediátrica en la detección precoz de los casos de malos tratos y abandono (47). Araban adin txikikoen artean egindako estudio bateo laburbilduma (51). Retraso mental y maltrato (59). Un marco sistémico-familiar para la comprensión y solución de los problemas afectivos y sociales de los niños que viven en hogares sustitutos (63). Entrevista: Patxi López Cabello. Haur eta gazteen babesa (70). Adineko pertso-nak Europan (II) (78). La Comunidad gitana en Euskadi: un problema pendiente de reconocimiento y promoción (88). Tres estrategias de cambio para la animación de la vida en una residencia de tercera edad (92). Emakumearen Euskai Erakundeaz. Creación del Instituto Vasco de la Mujer (104). Bibliografía (110).

ZERBITZUAN

GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZKARIA
REVISTA DE SERVICIOS SOCIALES

4

INVIERNO 1987 NEGUA



EUSKAL GIZARTE-ONGIZATE KONTSEILUA
CONSEJO VASCO DE BIENESTAR SOCIAL

EDITORIAL

ZERBITZUAN

4

INVIERNO 1987

Este es un tema que desconcierta. La visión de las horribles imágenes de niños torturados, que puntualmente nos sirve la prensa a la hora del desayuno, producen, junto a la natural indignación y repulsa, un desconcierto que nace seguramente de la incredulidad. "¡Cómo es posible —debemos pensar todos más o menos— que alguien sea capaz de apagar un cigarrillo en la nalga de una indefensa criatura!" y hacemos un imposible esfuerzo de extrapolación para tratar de imaginar que esa nalga torturada es la sonrosada y regordeta nalga de nuestro vástago, acariciada por cremas y nenucos.

La extrapolación, decimos, es imposible. Queremos demasiado a nuestros hijos para imaginarnos la escena, inimaginable en sus más mínimos detalles: incluso estamos dejando el tabaco para que nuestros hijos no sean víctimas-inocentes/fumadores-pasivos en un ambiente contaminado por el humo.

Y una vez más pensamos que cómo es posible que ocurran esas cosas en una sociedad que quiere tanto a los niños, precisamente ahora, en un tiempo en el que el hombre parece haber descubierto, por fin, la paternidad, y con la paternidad el placer de la cría en el sentido más literal del término.

No queremos darnos cuenta, al parecer, que lo que realmente estamos haciendo es refugiarnos en la infancia de nuestros hijos y que nuestro amor por ellos es sólo comparable al desinterés por los hijos de los demás, por la infancia en general, en suma. Y es que, posiblemente, los niños

nunca antes fueron tan propiedad privada de sus progenitores.

Ahora que al parecer se va tomando conciencia social del problema del mal trato, la denuncia de esos hechos reprobables, la adecuada atención del niño víctima, no debería ser suficiente para lavarnos la mala conciencia de nuestro desinterés, o para aumentar nuestra autoestima de padres amorosos y juguetones.

El mal trato a la infancia es un síntoma del general estado de desolación en el que nos encontramos, un producto de la soledad, de la desesperación. Un gesto que sigue al de estrellar contra el suelo la porcelana inglesa, la más querida. Un gesto de autodestrucción, en suma.

Bien está que maestros y pediatras estén atentos a los síntomas del mal trato, que se confeccionen baremos para determinar cuál es la población en situación de riesgo, aunque tampoco convenga olvidar, y en este "Zerbitzuan" ya se dice algo sobre el tema, la extrema prudencia con la que es necesario tratar estos asuntos.

Pero está bien que se hagan esas cosas, aunque no sean suficientes. Además, debemos comprometernos a establecer las bases para construir una sociedad más solidaria en la que el mal trato no tenga cabida. Una sociedad en la que podamos querer un poco menos a nuestros hijos —en la que no seamos tan dependientes del cariño de nuestros hijos, queremos decir— y queramos algo más a los hijos de los demás.

ÍNDICE

- 4 - **El maltrato infantil. Criterios para su definición y conceptualización.**
JOAQUÍN DE PAUL OCHOTORENA-M.^a IGNACIA ARRUABARRENA MADARIAGA.
- 8 - **Un modelo causal de los malos tratos y el abandono infantil.**
M.^a IGNACIA ARRUABARRENA MADARIAGA.
- 17 - **Estrategias de identificación, tratamiento y prevención de los malos tratos y el abandono infantil.**
JOAQUÍN DE PAUL OCHOTORENA.
- 37 - **Posibilidades de aplicación de las estrategias de identificación, tratamiento y prevención de los malos tratos y abandono infantil en la red de servicios sociales municipales.**
LOLI GARCÍA.
- 40 - **La separación: alternativa ante los malos tratos en la infancia.**
MARÍA JOSÉ ORTIZ BARÓN.
- 47 - **El papel de los servicios de atención pediátrica en la detección precoz de los casos de malos tratos y abandono.**
J. DE GARATE.
- 51 - **Araban adin txikikoen artean egindako estudio baten laburbilduma.**
ELENA MARTIN ZURIMENDI.
- 59 - **Retraso mental y maltrato.**
P. ZUBILLAGA.
- 63 - **Un marco sistémico-familiar para la comprensión y solución de los problemas afectivos y sociales de los niños que viven en hogares sustitutos.** ALBERTO ESPINA.
- 70 - **Entrevista: Concepción de los Servicios Sociales para la infancia y la Juventud. Haur eta gazteen babesa.**
PATXI LÓPEZ CABELLO.
- 78 - **Adineko pertsonak Europan (II).**
XABIER MENDIGUREN.
- 88 - **La Comunidad gitana en Euskadi: un problema pendiente de reconocimiento y promoción.**
RAMÓN DE MARCOS SANZ-CONCEPCION PORTELLANO PÉREZ.
- 92 - **Tres estrategias de cambio para la animación de la vida en una residencia de tercera edad.**
RAFAEL MENDIA-BEGOÑA RAMÍREZ DE OLANO.
- 104 - **Emakumearen Euskal Erakundeaz: Creación del Instituto Vasco de la Mujer.**
KORO GARMENDIA.
- 110 - **Bibliografía.**

EL MALTRATO INFANTIL. CRITERIOS PARA SU DEFINICIÓN Y SU CONCEPTUALIZACIÓN

Si antes o después de la lectura de esta serie de artículos preguntamos a cada uno de los lectores cómo definiría de manera concreta lo que entiende por maltrato infantil, creemos no equivocarnos al pensar que nos encontraríamos con multitud de criterios diferentes. Quizá sea éste uno de los problemas de más difícil solución de éste y otros temas de estudio. Cada sujeto, en función de su forma de entender la educación, la infancia y las relaciones familiares, tiene unos criterios particulares con los que definir lo que entiende por malos tratos. Este problema se agudiza si tenemos en cuenta que en cualquier revisión bibliográfica que se haga sobre el tema ocurre lo mismo.

Besharov (1981), en este sentido, nos presenta un dato llamativo: las cifras de incidencia en U.S.A. de los malos tratos, variaban en esos momentos entre límites tan extremos (según autores) como 60.000 o 4 millones y medio de casos al año. Esta amplitud estadística tan exagerada es fruto ni más ni menos que de dicha disparidad de criterios sobre lo que cada uno entiende de qué es maltratar a un niño.

Todo lo que sigue en esta Revista sobre este tema y todo lo que se estudie y se investigue sobre él está condicionado por su definición. Pero no queremos levantar falsas expectativas. En este artículo no vamos a intentar proporcionar la definición, pues con total seguridad no tendría sentido. Trataremos simplemente de plantear el problema y dar una serie de datos que motiven la reflexión y discusión sobre el tema. Es necesario que se mantenga el debate sobre la necesidad de crear criterios definitorios unificados, como mínimo con el interés de usar una terminología común para referirse a conceptos comunes. De otra manera, estaremos comparando situaciones que no tienen que ver una con la otra; y, lo que es más grave, sin ser conscientes del error.

A la hora de realizar este intento de definición que pueda servir como aglutinante y como factor común para todos los profesionales, nos encontramos con tres problemas centrales: (Besharov, 1981).

Primero, y ya planteado anteriormente, la gran variabilidad de los criterios que se manejan a la hora de intentar centrar estas definiciones.

Segundo, la imprecisión y vaguedad de la mayoría de las definiciones. Dos ejemplos recogidos por este autor y que provienen de las leyes de los Estados de Utah e Illinois. Un niño maltratado es:

"Un niño al que le falta el cuidado parental adecuado"

"Un niño cuyo ambiente es dañino para su bienestar"

Se suele justificar esta amplitud y vaguedad por la necesidad de los jueces y profesionales de los servicios sociales de ejercer su libertad de juicio a la hora de determinar, caso por caso, cada situación particular. Lejos de ser esto una justificación o

una ventaja para el estudio riguroso del tema creemos que se convierte en un serio handicap.

Tercero, y quizá el de mayor importancia, la falta de uniformidad y homogeneidad del mismo concepto de maltrato infantil. Este término abarca e implica varios y diferentes patrones de comportamiento parental desadaptado: maltrato, abandono, abuso sexual, etc.

El problema, a nuestro modo de ver, es que en estas condiciones, la discusión, los comentarios, los trabajos y las investigaciones vayan avanzando hacia la incidencia, las causas, los efectos, la prevención y el tratamiento, ignorando el hecho grave de la falta de acuerdo acerca de la naturaleza de lo que se está discutiendo.

En este sentido, creemos que es importante, como primer paso, el reconocer las dificultades serias para la categorización de este problema y el limitar (en base a este reconocimiento) los efectos de dichas dificultades. En concreto, se trata de procurar entender y describir cualquier dato o resultado como una función de la definición adoptada en cada marco concreto del estudio.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta aquí, vamos a presentar los resultados de una revisión realizada a este respecto. Intentaremos presentar de manera ordenada una serie de intentos de definición y categorización de los malos tratos a la infancia. El objetivo es que nos sirvan como material básico para plantearnos el estudio en profundidad de este problema. Repito que no es nuestro objetivo el buscar la BUENA definición y presentarla al final de esta revisión; el camino de trabajo debe ser más largo.

Ya en 1974 y ante el cúmulo de definiciones diferentes, el Acta para la Prevención y Tratamiento del Maltrato Infantil (Nelson, 1984) trata de definir el maltrato y abandono como "el daño físico o mental, el abuso sexual o el tratamiento descuidado a un niño menor de 18 años por parte de una persona responsable de su bienestar en circunstancias tales que indican que la salud o bienestar del niño están dañados o en peligro de serlo".

En 1980, Garbarino y Gilliam realizan el mismo intento y definen el maltrato infantil como "un acto de omisión o comisión

realizado por un padre o cuidador que es juzgado, de acuerdo con los valores de la comunidad y el juicio de los profesionales expertos, como inapropiado y dañino".

Es preciso señalar un aspecto de tremenda importancia que ya se aborda en esta segunda definición: "los valores culturales de la comunidad, el juicio profesional". Es evidente que aquí se trata de una etiqueta social. No es suficiente que los patrones de conducta sean dañinos; deben violar además alguna norma social o profesional. No creemos que sea preciso profundizar aquí en el problema que se presenta al aceptar ese condicionamiento social en cualquier definición.

Las dos definiciones anteriores, como se puede apreciar, tratan el tema del maltrato como un concepto UNIVOCO y GLOBAL. Pero un problema ya citado anteriormente es su heterogeneidad. El maltrato infantil abarca aspectos muy diferentes que deben clasificarse en cinco grupos:

1. El maltrato físico.
2. El maltrato emocional.
3. El abandono o desatención emocional.
4. El abandono o desatención física.
5. El abuso sexual.

Creemos que cualquier intento de clarificación conceptual debe tratar de diferenciar estos aspectos que se engloban en el concepto de maltrato infantil.

Por ejemplo, los Estatutos para la infancia del Estado de Florida (Le Boeuf, 1982) realizan una valoración diferente del maltrato y del abandono.

Maltrato es "cualquier acto que tenga como consecuencia un daño físico, mental o sexual y que provoque o pueda provocar que la salud mental, física o emocional del niño queden en peligro".

Abandono se produce "cuando un padre u otro custodio legal, a pesar de ser capaz económicamente, no proporciona al niño la alimentación, vestido, seguridad o tratamiento médico básicos, o permite que un niño viva en un ambiente en el que tal de privación causa una alteración en la salud mental, emocional o física del niño o que lo ponga en serio peligro de sufrir dicha alteración".

Creemos que éste es un intento bien resuelto de diferenciar el maltrato activo del maltrato pasivo o abandono. Pero es preciso seguir más adelante y tratar de diferenciar dentro de cada uno de ellos los comportamientos (sean por acción u omisión) de tipo físico o emocional. Es posible que en muchas circunstancias la agresión física y emocional aparezcan conjuntamente y que sus efectos se solapen y confundan; pero en otros muchos, puede darse exclusivamente el maltrato o abandono emocional. A nuestro entender, este segundo aspecto, el emocional, es de una frecuencia superior a lo que se pueda esperar y de unos efectos nocivos sobre la salud psicofísica del niño de gran envergadura. No creemos que sea demasiado exagerado la afirmación que se realiza por Le Boeuf (1982) en su "Manual del Educador" cuando dice que "el maltrato emocional puede ser considerado la forma más devastadora de maltrato de la que a menudo ni el padre ni el niño son conscientes de que está ocurriendo" (pág. 2-3). Se añade a este dato la extrema dificultad para ser identificado, evaluado y probado por los profesionales.

Vamos a presentar a continuación algunas definiciones que diferencian el aspecto físico del aspecto emocional de los malos tratos en la infancia.

Aspectos físicos

Nuevamente nos encontramos con varias definiciones en las que predomina la vaguedad de criterios y la sumisión al relativismo cultural extremo, tal como ocurría con la presentada anteriormente de Garbarino y Gilliam. Como exponente de este planteamiento, Smith (1984) define maltrato físico como "las diferentes formas de tratar al niño que no son consideradas como RAZONABLES POR LA SOCIEDAD a la que pertenecen los padres".

Se incluye como condicionante el juicio social y cultural acerca de lo que se considera como "Buenas Prácticas del Cuidado del Niño". Es éste un tema que merece especial reflexión y discusión. No por ello queremos dejar de plantear nuestra opinión al respecto. Creemos que en este tema se debe de dejar el mínimo hueco al relativismo cultural. En aras de dicho relativismo se han permitido a lo largo de la historia las mayores ofensas al derecho de todo sujeto a una educación que permita

su pleno desarrollo. Es necesario unificar los criterios acerca de estas "Buenas Prácticas..." en base a criterios OBJETIVOS sobre las necesidades vitales psicofísicas del niño para su pleno desarrollo.

Parke y Collmer (1975) trataron antes que Smith de establecer unos criterios que sirvieran para centrar estos intentos de definición. Coinciden en el anterior pero añaden uno que consideramos de especial importancia: La intencionalidad. Se busca un enriquecimiento de la definición de cada caso al tratar de conocer, en base a datos objetivos o a juicio del observador, la intención real del padre al dañar al niño. Es importante tener en cuenta, de cara al tratamiento, las diferencias entre casos de malos tratos producidos:

- a) En base a intentos disciplinarios, calculados y premeditados y que tratan de "educar" al niño.
- b) Dirigidos a un niño no querido ni deseado y que expresan el desprecio hacia él.
- c) Con características patentes de sadismo o perversión y que tratan de satisfacer dichos impulsos.
- d) Como fruto del descontrol en un padre/madre que soporta un alto nivel de tensión y stress y que consiste en una descarga emocional incontrolada sin intención real de producir daño.

Aspecto emocional

En este caso, posiblemente sean Garbarino, Guttman y Seeley, a nuestro entender, quienes han tratado más en profundidad el tema del maltrato y abandono psicológico.

En su libro "The Psychologically Battered Child" presentan varias definiciones de este aspecto de los malos tratos.

Se considera maltrato emocional o psíquico a "cualquier acto de naturaleza activa, como insultos verbales o cualquier esfuerzo intencionado que trata de socavar la valoración de sí mismo del niño".

"Se considera abandono emocional o psicológico cuando los adultos significativos son incapaces de proporcionar el cariño, estimulación, apoyo y protección nece-

sarios para el niño en sus diferentes estadios del desarrollo y que inhiben su funcionamiento óptimo."

Si es difícil precisar con exactitud los límites de los malos tratos físicos, es decir, las diferencias entre castigo físico y agresión física, mucho más difícil es precisar la barrera a partir de la cual un comportamiento parental empieza a poder ser considerado como maltrato o abandono emocional.

En este sentido, creemos que Garbarino y los otros autores de este libro han conseguido marcar la línea que puede ayudar a precisar y objetivar estos términos.

Considera que el maltrato o abandono emocional como patrones de conducta psicológicamente destructivas pueden tomar las siguientes formas:

1. **RECHAZO:** El adulto evita y rechaza el reconocimiento de la presencia del niño y la legitimidad de sus necesidades.
2. **AISLAMIENTO:** El adulto niega al niño la posibilidad de experiencias sociales normales, le prohíbe formar amistades y le hace creer que se encuentra sólo en el mundo.
3. **ATERRORIZAR:** Se insulta verbalmente al niño, se crea un clima de miedo, se le asusta y se construye en él la creencia de que el mundo es hostil y agresivo.
4. **IGNORAR:** El adulto priva al niño de la estimulación esencial y coarta el crecimiento y desarrollo emocional.
5. **CORRUPCIÓN:** El adulto altera la socialización del niño, le estimula a iniciar conductas destructivas y antisociales, refuerza esas desadaptaciones y le hace imposible al niño el encontrar una experiencia social normal.

Lo presentado hasta aquí es una expresión mínima de la gran variedad de definiciones que se pueden encontrar en cualquier revisión amplia del tema.

Hemos querido presentar aquellas que pueden servir como pauta para clarificar los criterios que poseen cada una de las personas relacionadas con este tema.

Desde nuestro punto de vista, cualquier subtipo de maltrato infantil es la expresión

extrema de una distorsión en la relación familiar. Esto quiere decir que habrá un amplio número de casos donde se están produciendo alteraciones en la interacción y relación con los hijos y que no culminan en el maltrato físico o emocional extremos que aquí estamos tratando de estudiar.

Quizá una línea a seguir pueda ser la que intente realizar una definición desde el sentido positivo, es decir, delimitar cuáles son las necesidades afectivas, cognitivas y sociales que deben ser cubiertas en un niño para que éste pueda desarrollar de manera plena todas sus capacidades físicas y psíquicas. Definido este marco "Ideal", podremos tener un criterio para estudiar "la distancia" a la que se encuentra cada forma particular de trato hacia el niño de ese ideal posiblemente inalcanzable. Es como tratar de definir lo psicopatológico después de definir claramente lo que se entiende por salud mental, aunque sea en términos de aspectos normativos (en el sentido de norma como ideal a alcanzar).

Lo importante es tener en cuenta que esos ideales de salud mental o de educación infantil no pueden ser alcanzables en las situaciones socioambientales en las que nos encontramos. Sería injusto y peligroso exigir un tipo de actuación familiar ideal a sujetos a los que se les está exigiendo soportar altos niveles de tensión psíquica y social.

Creemos que una definición de los criterios educativos "sanos" y de su fracaso en esa línea serviría para establecer auténticos planes de prevención primaria, pues permitiría identificar situaciones en las que, aun sin llegar al maltrato o al abandono, existen serios problemas para el normal desarrollo del niño.

Tanto la definición de estas "pautas ideales de trato hacia los niños" como de lo que se considera maltrato o trato inadecuado (y, dentro de éste, sus diferentes tipos), han de ser lo más objetivas y específicas posible. Las interpretaciones personales o idiosincráticas no pueden tener cabida, o, en cualquier caso, ésta debe ser limitada al mínimo. Es labor de todos comenzar a eliminar la ambigüedad terminológica y la diversidad de criterios que en este momento son patentes.

Joaquín de Paúl Ochotorena
M.^a Ignacia Arruabarrena Madariaga
U.P.V./E.H.U.

Este artículo intenta dar respuesta a la primera pregunta que se nos plantea cuando nos enfrentamos al problema del abuso infantil: ¿por qué un padre (o cuidador) llega a maltratar o abandonar a un niño?, ¿cuáles son las razones, factores o condiciones que empujan a un adulto a cometer ese tipo de acciones? En el caso del maltrato y abandono físico y el abuso sexual, tales conductas provocan generalmente en la opinión pública una fuerte reacción emocional de rechazo y condena y una actitud fundamentalmente punitiva al respecto, que corren parejas a la consideración de estos comportamientos como anormales e inexplicables, fruto a veces de una "maldad inherente", una "mente enferma" o, en el caso de mayor indulgencia, de condiciones socioeconómicas o ambientales precarias o límite. En el caso del maltrato y abandono emocional o psicológico, la reacción es bien distinta.

UN MODELO CAUSAL DE LOS MALOS TRATOS Y EL ABANDONO INFANTIL

Probablemente debido al carácter menos llamativo o dramático de este tipo de actuación y a su mayor frecuencia y permisividad social, la opinión pública tiende a limitarse a la mera descripción de los hechos sin detenerse en lo referente a su etiología y consecuencias.

La contradicción entre este tipo de valoraciones y el deseo de erradicar el fenómeno del abuso infantil es evidente. Las tareas de prevención y tratamiento han de ir dirigidas a objetivos claros y específicos; es imprescindible conocer con exactitud y precisión, cuáles son las deficiencias, necesidades y condiciones psicosociales asociadas al problema para dirigir los esfuerzos hacia éstos, sin dejarse guiar por ideas basadas en intuiciones, meras impresiones o

conclusiones derivadas del conocimiento más o menos en profundidad de unos cuantos casos.

Previo a cualquier tipo de intervención, tanto a nivel individual como comunitario, es necesario poseer un cuerpo sólido de conocimiento acerca de las causas, o más exactamente, los Factores de Riesgo que inciden en la problemática particular de la que se trate (bien sea de naturaleza médica, psicológica, social, psicosocial o de cualquier otro tipo), conocimiento que únicamente puede derivar de investigaciones científicas y metodológicamente rigurosas.

En este trabajo presentaremos un breve resumen de los resultados más significativos de las investigaciones realizadas.

fundamentalmente en U.S.A. e Inglaterra, acerca de las causas o correlatos del maltrato y abandono físico infantil, planteando un marco o modelo teórico referencial explicativo en el cual situarse a la hora de abordar el problema.

Naturaleza del fenómeno

Antes de comenzar a analizar cuáles son las causas del maltrato y negligencia infantil, debemos detenernos en un aspecto de la máxima importancia, fundamental para entender y situar en su justo contexto lo que en éste y otros artículos se expone con respecto a la etiología, tratamiento y prevención de este problema. Me refiero a la naturaleza misma del fenómeno en cuestión.

El maltrato y la negligencia han de ser considerados como sucesos puntuales, que constituyen una de las manifestaciones o expresiones más extremas y dramáticas de una grave disfunción en las pautas de interacción familiar (Dietrich et al., 1983).

Es importante tener clara la idea de que los incidentes de abuso son únicamente el reflejo de un largo proceso subyacente de desajuste en la relación niño-cuidador. Y cuando nos referimos a la etiología de este fenómeno (al igual que en los aspectos de prevención y tratamiento), estamos hablando específicamente de las causas de APARICIÓN, MANTENIMIENTO y AGRAVAMIENTO de esa disfunción. Analizamos aquellos factores que provocan e influyen en el progresivo desajuste del normal desarrollo de tal relación, más que las causas del incidente/s concreto/s de malos tratos o desatención severa.

Modelos explicativos

Varios han sido los modelos propuestos a la hora de explicar las causas del abuso infantil. Siguiendo a Newberger et al. (1983), podríamos clasificarlos como Modelos Unitarios e Interactivos.

Los *Modelos Unitarios*, como el Psiquiátrico/Médico y el Sociológico, se centran en la explicación del fenómeno en base a factores causales únicos. En el primer caso se consideran las perturbaciones en la estructura de personalidad del cuidador, y, en el segundo, los stresses provenientes del entorno ambiental familiar, como determinantes del comportamiento abusivo.

Sin embargo, la constatación de que:

—Únicamente de un 10 a un 15% de los sujetos abusivos padecen patologías psiquiátricas graves (Helfer y Kempe 1976, p. 117), y

—que en la mayoría de las familias en las que las condiciones socioeconómicas son precarias no se producen tales incidentes,

obligan a considerar estos Modelos como insuficientes, pues es evidente que existen otra serie de variables que entran en juego. La realidad es compleja, y cualquier intento de explicarla mediante factores de una única naturaleza (lo que significa centrar la atención en una sola parcela de tal realidad) no conseguirá su objetivo de manera satisfactoria.

Las investigaciones realizadas han mostrado que el abuso infantil está determinado por múltiples variables de naturaleza diversa, llevando a la formulación del *Modelo Interactivo o Transaccional*. Se afirma que el maltrato infantil está determinado por tres tipos de factores: las características del cuidador, del niño y del entorno ambiental en el que tiene lugar y se desarrolla su relación (Vietze et al., 1980; Cicchetti y Rizley, 1981; Altemeier et al., 1982).

Dentro de este contexto, y a medida que ha ido aumentando el conocimiento acerca de los factores asociados al maltrato y abandono infantil, se ha tratado de integrar todo este conocimiento en un modelo explicativo general capaz de aglutinar dicha información de manera coherente.

En este sentido, considero que el MODELO ECOLÓGICO propuesto por J. Belsky (1980) representa el enfoque más completo que hasta la fecha se ha planteado y que refleja con mayor exactitud el complejo entramado de factores (y sus interconexiones) que se encuentran en el origen y evolución del problema que nos ocupa.

El Modelo Ecológico

Este Modelo conceptualiza el abuso infantil como un fenómeno determinado por múltiples fuerzas o factores que se agrupan en cuatro niveles:

1. DESARROLLO ONTOGENÉTICO. Se refiere fundamentalmente a todo aquello relacionado con el proceso evolutivo de un

individuo y que determina su estructura de personalidad.

2. MICROSISTEMA FAMILIAR. Representa el contexto inmediato en el cual se produce el abuso. Se incluyen en este nivel las características del niño, de los padres, ajuste marital y composición familiar.
3. EXOSISTEMA. Representa las estructuras, tanto formales como informales, que rodean al microsistema familiar (mundo laboral, relaciones sociales, vecindario).
4. MACROSISTEMA. Se refiere al conjunto de valores y creencias culturales acerca de la paternidad, los niños, derechos de los padres sobre los hijos, etc.

La aportación que Belsky hace con este trabajo es, a mi parecer, sumamente valiosa: para entender la etiología del abuso infantil no sólo es necesario IDENTIFICAR los Factores de Riesgo asociados a éste, sino, lo que es más importante, conocer y analizar las RELACIONES existentes entre ellos. La calidad de la relación padres-hijos estaría determinada por el interjuego dinámico de fuerzas entre los factores incluidos en los cuatro niveles. Nadie mejor para explicarlo que el propio autor:

"Al tiempo que los padres abusivos entran al microsistema familiar con una historia evolutiva que puede predisponerles a tratar a los niños de manera abusiva o negligente (desarrollo ontogenético), existen factores elicitadores de stress, tanto en la familia inmediata (el microsistema) como más allá de ésta (el exosistema), que incrementan la posibilidad de ocurrencia de un conflicto entre padre (madre) e hijo. El hecho de que la respuesta de un padre a este conflicto y stress tome la forma de abuso infantil es una consecuencia tanto de la propia historia de infancia del padre (desarrollo ontogenético) como de los valores y prácticas de crianza infantil que caracterizan a la sociedad o subcultura en la cual el individuo, familia y comunidad se encuentran inmersos (el macrosistema)."

(Belsky 1980, pág. 330)

Analizaremos ahora en detalle la estructura y dinámica de estos niveles, sin perder de vista que:

1. Nuestro objetivo es estudiar los Factores que provocan un desajuste en la

relación paterno-filial y analizar sus conexiones.

2. La práctica totalidad de los estudios en los que se basa esta revisión son de carácter retrospectivo y presentan, a veces, grandes diferencias metodológicas y de criterio. Por ello, sus resultados no son siempre totalmente equiparables y han de ser interpretados con cierta cautela.
3. La estructuración de la exposición obedece a criterios puramente didácticos. Es preciso no olvidar que, posterior el proceso de "desintegración" de la realidad (imprescindible para su análisis), es necesaria una labor de "reintegración" para lograr una visión global, de conjunto.

El Macrosistema

Ideología y representación social

No existen criterios estándar universales acerca de cuál es la manera óptima o adecuada de criar a los niños. Cada cultura y subcultura, y dentro de éstas cada grupo étnico, religioso y socioeconómico, posee unos valores idiosincráticos sobre este aspecto; valores, creencias y costumbres referidos a:

- La violencia
- El castigo físico
- Los niños
- La paternidad
- La familia

En las sociedades occidentales, factores tales como la alta tolerancia a la violencia, la consideración del castigo físico como método adecuado de disciplina con los niños y de éstos como "propiedad privada" de los padres, la incorporación de la mujer al mundo laboral, y la defensa del "derecho a la intimidad" familiar, posiblemente contribuyan a la aparición de casos de abuso infantil. En otro tipo de sociedades, por ejemplo en la China actual, donde la crianza y el bienestar infantil son tarea no sólo de los padres sino de toda la comunidad y el castigo físico como técnica disciplinaria está totalmente prohibido, los casos de maltrato y negligencia son prácticamente inexistentes (Korbin, 1981).

Evidentemente, existen otra serie de condicionantes a la hora de explicar esta diferencia. Sin embargo, la influencia que los valores y creencias culturalmente determinados ejercen en el Exosistema y en el Microsistema Familiar ha de ser tenida en cuenta para comprender el porqué de este problema.

Clase social

Las estadísticas recogidas en Estados Unidos de los casos oficialmente reconocidos como de maltrato y negligencia muestran de manera clara que ambos, sobre todo la negligencia, se encuentran íntimamente relacionados con la clase social:

—Pelton (1981) presenta un conjunto de estadísticas referidas a la década de los 60 y principios de los 70, que muestran que únicamente un 10 ó 15% de las familias con maltrato y negligencia habían contado en todo momento con recursos económicos propios suficientes para cubrir sus necesidades materiales, y que aproximadamente el 50 % de ellas se encontraba en niveles extremos de precariedad económica.

—Informes más recientes de los años 1979 y 1983 (N.C.C.A.N.) señalan que el 47 % de estas familias reciben asistencia pública (siendo la media nacional de aproximadamente un 10%).

Hay quienes arguyen que estos datos no representan la realidad, pues únicamente los sujetos de clases sociales bajas, y no los de clase media y alta, estarían controlados por los servicios sociales, con lo cual sólo se registrarían los incidentes de abuso ocurridos en las familias económicamente más desfavorecidas.

Sin embargo, y tal como señala Pelton (1981), este argumento no explica:

1. El mantenimiento de las características socioeconómicas de los casos denunciados en los últimos años en U.S.A., a pesar de su aumento cuantitativo.

2. Que el abuso y la negligencia están relacionados con el grado de pobreza incluso dentro de la misma clase baja (serían "los más pobres de los pobres").

3. Que la severidad del maltrato está relacionada con las condiciones económicas: A mayor deprivación material, mayor gravedad del abuso.

En este sentido, se podrían distinguir dos tipos de familias con abuso (Horowitz y Wolock, 1981):

- a) Casos de EXTREMA POBREZA, en los que es el ENTORNO SOCIAL la principal fuente de stress que impide proporcionar un adecuado cuidado al niño, y que representarían los casos de abuso más grave.
- b) Casos de POBREZA, en los que el factor determinante sería la existencia de IMPORTANTES DIFICULTADES ÍTER E INTRAPERSONALES en los padres, y que representarían los casos de abuso menos grave.

Así pues, parece lícito concluir que el abuso infantil es un fenómeno estrechamente relacionado con el status socioeconómico, apareciendo fundamentalmente en clases sociales bajas.

Esto puede ser debido a:

—La mayor incidencia sobre estos sujetos de situaciones de stress social (desempleo, hacinamiento, etc.).

—La mayor predominancia en estos grupos de problemas de salud físicos y psicológicos.

—La posesión y disponibilidad de menos recursos sociales para enfrentar dichas situaciones.

Sin embargo, esto no quiere decir que en las clases media y baja no se produzca, ni que este comportamiento sea habitual en familias que sufren de condiciones económicas precarias.

La mayoría de las familias pobres atienden de manera adecuada a sus hijos; sólo en una minoría de ellas se producen incidentes de malos tratos o de desatención severa. Existen otra serie de factores, además de la pertenencia a clases sociales bajas, que, combinados con ésta, incrementan o reducen la probabilidad de aparición del abuso. Estos otros factores son los que iremos analizando a lo largo del trabajo.

El Exosistema

Situación laboral

Existe una estrecha relación entre el área laboral y el sistema familiar. Se ha

constatado empíricamente que las dificultades en este área influyen de manera negativa en las relaciones conyugales y paternofiliales (Belsky, 1980, 1984).

La violencia familiar, y en concreto el maltrato infantil, parecen estar asociados a situaciones de:

1. DESEMPLEO (unido generalmente a dificultades económicas).
2. INSATISFACCIÓN o ALIENACIÓN con el propio trabajo.

Soporte social

El nivel del Soporte Social es una de las variables más influyentes en la etiología del abuso infantil. Es uno de los aspectos más tenidos en cuenta en los planes terapéuticos y preventivos (ej., "Parent-Aides", "Friend-to-Friend Program", etc.).

El concepto de Soporte o Apoyo Social se refiere tanto a la "cantidad" de personas con las que un determinado individuo mantiene contacto (de naturaleza afectiva y/o material) como a la "calidad" de tales relaciones, lo gratificante de éstas. Se podría hablar de un adecuado nivel de soporte cuando el sujeto percibe que sus necesidades o expectativas de apoyo por parte de otras personas son cubiertas.

Los resultados de diversos estudios sugieren que en las familias abusivas:

1. La composición o amplitud de su red de relaciones sociales es deficitaria. Son familias que tienen contacto con menor número de personas, las cuales, además, en su mayor parte pertenecen al núcleo familiar inmediato, su frecuencia de contacto es menor, y existe una menor interconexión entre las distintas personas que forman parte de tal red.
2. El nivel percibido de gratificación y apoyo proporcionado por dichas relaciones es bajo. (Hunter et al., 1978; Salzinger et al., 1983; Belsky et al., 1986).

Para explicar este hecho, se han planteado dos hipótesis fundamentales:

1. Sería reflejo de una deficiencia en las habilidades sociales de estos sujetos para confiar en otras personas y establecer

relaciones interpersonales significativas (Egeland et al., 1980; Friedrich et al., 1985).

2. Sería reflejo de una escasez de sistemas de apoyo disponibles en el entorno inmediato del sujeto. Parece ser que la incidencia del abuso infantil es mayor en barrios o comunidades "socialmente empobrecidos", donde las necesidades son superiores a los recursos sociales existentes y donde los sistemas de apoyo y de ayuda (tanto formales como informales) son escasos y además subutilizados (Garbarino et al., 1980).

Estas dos hipótesis no son excluyentes. En algunos casos, el aislamiento social será consecuencia de factores de personalidad; en otros, de factores sociales, o, por último, de ambos.

Sea cual sea su causa, ésta es una variable a la que se debe prestar especial atención. Los déficits en este área conllevarían importantes efectos negativos, de los que destacaría los siguientes:

- Una mayor vulnerabilidad al stress vital (problemas económicos, dificultades en las relaciones familiares, desempleo, etc.). El soporte social funciona como "amortiguador" de los efectos nocivos del stress.
- Falta de apoyo en las responsabilidades de crianza de los niños.
- Alteraciones en el bienestar psicológico de los padres (descenso en el nivel de autoestima).
- La imposibilidad de que las pautas comportamentales que los padres exhiben con sus hijos (en nuestro caso, pautas abusivas o negligentes) sean valoradas por otras personas (reforzándolas, criticándoles o sancionándolas).
- Que los padres carezcan de modelos alternativos de rol paternal (es decir, que no conozcan otro modo de tratar a los niños).

El Microsistema

Además de los factores pertenecientes a los niveles anteriores, que determinan en parte el nivel de stress al que son sometidos los padres, existen una serie de características estructurales y relacionales dentro del sistema familiar que pueden generar

un aumento en dicho nivel, y que analizaremos a continuación.

Ajuste marital

La calidad de la relación conyugal se encuentra íntimamente relacionada con la calidad del cuidado que los padres proporcionan a sus hijos. La relación conyugal sería la principal fuente de apoyo y soporte para una paternidad/maternidad competente (Belsky, 1980, 1984; Belsky y Pensky, 1986).

En el caso de las familias con abuso infantil, diversos estudios han mostrado que la violencia, conflictos y discordia entre los cónyuges es algo frecuente en ellas (Hunter et al., 1978; Horowitz y Wolock, 1981; Webster-Stratton, 1985). Las situaciones de fuerte conflicto entre la pareja generan altos niveles de hostilidad. Esto provoca un aumento en el nivel de agresividad que puede dirigirse, bajo determinadas condiciones, y ante una situación "precipitante" (un niño que no para de llorar, hiperactivo, etc.), hacia los niños.

Constitución familiar

Con respecto a la constitución familiar, se han identificado una serie de aspectos que parecen ir asociados a una mayor probabilidad de ocurrencia del abuso infantil:

- Excesivo número de hijos.
- Inadecuado (escaso) espaciamiento entre los niños.
- Presencia de varios niños pequeños (menores de 5 años) en el hogar.
- Existencia de una única figura parental.

Si el cuidado y crianza de un solo niño es ya en sí mismo algo stressante para los padres, las tres primeras condiciones suponen una fuente adicional importante de stress. Si los padres poseen, por ejemplo, recursos económicos suficientes o un adecuado sistema de soporte social que les ayude a aliviar su carga, compartiendo las responsabilidades, lo más probable es que tales condiciones no ejerzan un efecto negativo en las relaciones paterno-filiales. Sin embargo, si esto no es así, es muy posible que sí se produzca tal efecto, aumentando la probabilidad de aparición de incidentes de abuso.

Por otra parte, la paternidad/maternidad en solitario es otro de los factores

frecuentemente citados en la literatura como de riesgo (Altemeier et al., 1982; Sack et al., 1985; Webster-Stratton, 1985). Datos publicados por el "National Center on Child Abuse and Neglect" (N.C.C.A.N.) (1986), muestran que, de los casos oficialmente recogidos en 1983 de maltrato y abandono físico, el 40% de ellos provenían de familias en las que la mujer era la única figura parental, mientras que la cifra a nivel de población general de familias de este tipo era únicamente del 18 %.

Esto puede ser debido a que la paternidad/maternidad en solitario conllevaría:

- En el caso de las madres solteras, una connotación social negativa.
- Una sobrecarga de roles.
- Una deficiencia importante en el sistema de apoyo material y emocional que proporciona una relación conyugal satisfactoria.

Características del niño

Existen dos categorías de niños que pueden ser calificadas como "de riesgo" para el abuso infantil: los niños "atípicos" y los niños "difíciles".

A. LOS NIÑOS "ATÍPICOS"

Los niños prematuros, con bajo peso al nacer, enfermizos y con anomalías o hándicaps congénitos parecen estar en mayor riesgo que los niños sanos y normales para ser víctimas de abuso. Son niños que aparecen sobre-representados en las estadísticas de casos de maltrato y negligencia (Frodi, 1981).

En el caso de los niños prematuros y de bajo peso, esto puede ser debido a que:

- Sus características físicas defraudan las expectativas parentales (suelen ser pequeños, físicamente no agraciados, presentan un nivel menor de desarrollo, etc.).
- El llanto de estos niños posee unas características específicas, siendo arrítmico y de tonalidad alta. Este tipo de lloro provoca en los adultos un nivel de activación fisiológica mayor que el de los niños "a término".
- Los cuidados especiales (incubadora) que necesitan al nacer conllevan su separa-

ción (más o menos prolongada) de los padres. Esto provoca que el proceso de vinculación afectiva que se establece en los primeros momentos después del nacimiento, especialmente entre madre e hijo, se vea alterado.

Por su parte, el nacimiento de un niño con hándicaps congénitos supone un duro golpe para las expectativas parentales que, caso de no ser superado, puede llevar a situaciones de rechazo afectivo y dificultades en la relación que, en último término, pueden derivar en maltrato físico o desatención severa (Wasserman y Alien, 1985).

Por último, otro grupo de niños "en riesgo" son los niños enfermizos, aquellos que constantemente requieren de atenciones médicas y a los que hay que prestar una atención continuada. Estas situaciones constituyen una importante fuente de stress dentro del microsistema familiar (Sherrod et al., 1984).

El efecto potencial de todas las características anteriores definidas como "de riesgo" no ha de ser considerado independientemente de factores tales como las expectativas hacia el niño y las características de personalidad de los padres. Si el niño ha sido o no deseado, la concepción o expectativa parental acerca del proceso de desarrollo y comportamiento infantil, y el nivel de autoestima, nivel de tolerancia al stress y a la frustración, etc. de los padres, son variables que determinan que la dificultades iniciales en la crianza de estos niños "atípicos" sean superadas o vayan en aumento.

B. LOS NIÑOS "DIFÍCILES"

Hay evidencias de que los niños objeto de abuso muestran pautas disfuncionales de conducta impregnadas de un componente afectivo negativo (serían los llamados niños "difíciles"). Esto parece ser más acusado en los niños que han sufrido negligencia que malos tratos (George y Main, 1979; Bousha y Twentyman, 1984; Crittenden, 1985).

Dada la naturaleza de estos estudios (están realizados cuando ya el abuso ha tenido lugar), es imposible determinar cuál es la relación causa-efecto: El comportamiento infantil, ¿contribuye como agente causal a la perturbación de la relación niño-cuidador o es el resultado o consecuencia del abuso? La respuesta es que posiblemente sea ambas cosas.

Sin embargo, un factor que aparece como más importante que el comportamiento objetivo de estos niños es la PERCEPCIÓN que los padres tienen de ellos. Los niños objeto de abuso son percibidos por sus madres (sobre todo en los casos de maltrato físico) como extremadamente "difíciles" y "malos" (Estroff et al., 1984; Bauer y Twentyman, 1985). Esta valoración parece ser efecto y reflejo tanto del comportamiento real y objetivo del niño como de factores de personalidad maternos.

Características parentales de personalidad

Ya hemos comentado anteriormente que únicamente de un 10 a un 15% de los sujetos abusivos padecen patologías psiquiátricas importantes, aunque hay que señalar que los problemas de alcohol (y/o drogas) aparecen frecuentemente. La mayoría de estos individuos no son "enfermos mentales".

Lo que sí se ha constatado es una asociación entre abuso infantil y ciertas características de personalidad que reflejan un estado de desajuste o malestar emocional generalizado y constante, que parece ser mayor en sujetos negligentes que maltratadores.

Así, por ejemplo, se ha constatado en estudios realizados con madres abusivas que éstas presentan frecuentemente:

- Un bajo nivel de autoestima y mayores síntomas de depresión y ansiedad. Estas características parecen estar asociadas a factores del Macro y Exosistema, tales como el aislamiento social y/o la precariedad económica (Powell, 1980; Webster-Stratton, 1985).
- Impulsividad y escasa tolerancia al stress. Las madres maltratadoras y las negligentes (sobre todo estas últimas) manifiestan una mayor reactividad fisiológica y una menor capacidad de habituación y relajación ante estímulos stressantes provenientes del niño (ej., el lloro) (Froid y Lamb, 1980b).
- Un déficit en las estrategias de enfrentamiento a los problemas: sus acciones irían dirigidas no a enfrentarse directamente al problema y tratar de solucionarlo, como sería lo adecuado, sino fundamentalmente a descargar o aliviar el estado de tensión emocional generado por éste (Mee, 1983).
- Una ausencia de capacidad empática (de "ponerse en el lugar del otro") tanto con

otros adultos como con el mismo niño (Felthous, 1984).

Las características psicológicas MEDIATIZAN y DETERMINAN el efecto de los factores de riesgo que hemos analizado hasta el momento. Serían estas características las que determinarían el tipo concreto de reacción ante el stress socio-situacional y el comportamiento específico hacia los niños.

Nos encontramos, de este modo, ante una relación de efectos bidireccionales donde:

- Por una parte, los factores del Macro-, Exo- y Microsistema y las peculiaridades de la propia historia evolutiva parental, influirían en el nivel de bienestar psicológico de los padres.
- Por otra parte, el estado psicológico de éstos determinaría el impacto mayor o menor de tales factores y su reacción ante ellos.

En el caso de los padres abusivos, es claro que sus características de personalidad no son las más idóneas para, ante una situación de stress (ya sea puntual o crónico), desarrollar una conducta adaptativa.

Desarrollo Ontogenético

El análisis de las características de personalidad asociadas al maltrato y la negligencia nos lleva necesariamente a la historia personal de crianza de los propios padres.

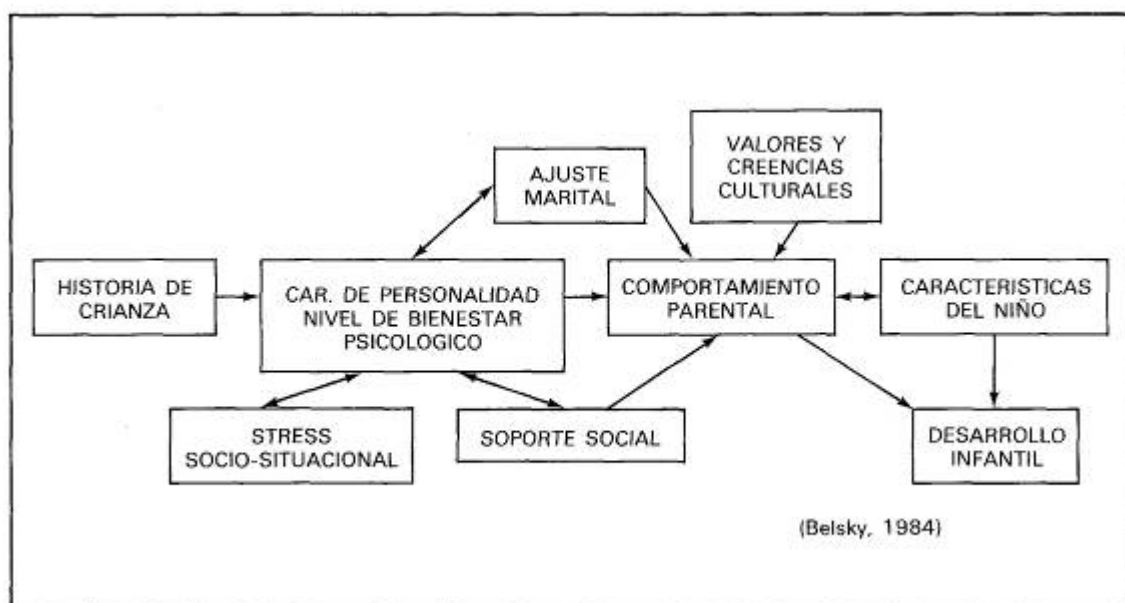
Aproximadamente el 30 % de los sujetos que han sufrido malos tratos o negligencia en su infancia repiten tal comporta-

miento con sus hijos, mientras que el 70 % restante les cuidan adecuadamente (Kaufman y Zigler, 1987). Este hecho sugiere que ser objeto de abuso en la infancia es un importante factor de riesgo en la etiología de este fenómeno.

Sin embargo, esta línea de "transmisión intergeneracional del abuso" se ha de ver mediatizada por otra serie de variables que determinan su probabilidad de ocurrencia, pues, de otro modo, sería imposible explicar la razón por la que la mayoría de los individuos abusados en su infancia no muestran dificultades en la crianza e interacción con sus hijos. Así, por ejemplo, se ha demostrado que el hecho de contar durante dicho período con una figura "de apego", un adulto con el que establecer una relación emocional de apoyo o un nivel actual adecuado de soporte social amortiguan y/o son capaces de llegar a compensar el potencial efecto negativo de una historia de crianza de este tipo (Hunter et al., 1979; Belsky y Pensky, 1986).

Sin embargo, más que la exposición a comportamientos específicos de malos tratos o desatención severa, sería la percepción de rechazo afectivo por parte de los propios padres lo que se encuentra relacionado etiológicamente con este fenómeno. Una historia de privación emocional en la infancia es una de las características más frecuentemente encontradas en las historias de los sujetos abusivos (Spinetta y Rigler, 1972; Belsky, 1980; Felthous, 1984; Wolfe, 1985).

El efecto que esta carencia afectiva tiene en el proceso de desarrollo posterior



del niño y en el nivel de bienestar psicológico y características de personalidad en el estado adulto es de considerable importancia. Se ha constatado que una historia de crianza con maltrato, negligencia y/o grave privación emocional se encuentra relacionada en la madurez con:

- Conductas interactivas negativas con los hijos.
- Menor nivel de autoestima.
- Mayor aislamiento social.
- Dificultades en las relaciones interpersonales.
- Menor tolerancia ante el lloro del niño.
- Falta de capacidad empática con el niño.

Además de la Historia Personal de Crianza, y dentro del nivel del Desarrollo Ontogénico, otros factores que juegan un importante papel en la etiología del abuso infantil serían:

- Una historia de disarmonía y ruptura marital en la familia de origen (Belsky y Pensky, 1986).
- Ausencia de experiencia en el cuidado del niño e ignorancia de las características evolutivas y necesidades de los niños. Esto puede estar relacionado con el hecho de que muchas madres abusivas tuvieron el hijo antes de los 20 años, siendo aún adolescentes (Lynch y Roberts, 1977; Starbuck et al., 1984).

Conclusiones

Después de esta revisión de las investigaciones más importantes y recientes realizadas acerca de los Factores de Riesgo asociados al maltrato y abandono físico infantil, hay una serie de aspectos que deben quedar claros y desearía destacar:

- Los incidentes concretos de malos tratos y negligencia son únicamente la EXPRESIÓN o EVIDENCIA EXTERNA de una grave perturbación en la relación paterno-filial. Al tratar sobre las causas de estos fenómenos lo que intentamos averiguar o identificar son las causas de ese proceso de disfunción.
- El maltrato y la negligencia son fenómenos que, si bien parecen tener una serie de aspectos en común, son de naturaleza y etiología diferentes, exigiendo, por tanto, un abordaje específico.

—La etiología de estos problemas es compleja y multifactorial. En ella se entremezclan factores evolutivos y de personalidad de los padres, características de los niños, del microsistema familiar, del entorno socio-situacional y del contexto cultural en el que los miembros de la familia desarrollan su actividad cotidiana.

—Es el interjuego entre "Factores de Vulnerabilidad" y "Factores Protectores" lo que determina la aparición y desarrollo de esta problemática. En el momento en que el efecto de los primeros no pueda ser contrarrestado por los segundos, el riesgo de desarrollo de este tipo de incidentes es más que serio.

—No se puede establecer un patrón etiológico universal: a cada caso concreto corresponde una etiología específica. La naturaleza de los factores de "vulnerabilidad" y "protectores", y su nivel de compensación o descompensación varía en cada familia.

—Las implicaciones de lo expuesto hasta el momento para la labor terapéutica y preventiva son de la máxima importancia. En ambos casos es necesario realizar una valoración de todas las áreas o aspectos implicados, analizando especialmente las RELACIONES existentes entre dichas áreas.

—Los factores de riesgo que hemos analizado derivan de investigaciones realizadas en el contexto sociocultural anglosajón. Es posible que muchos de estos factores se encuentren asociados al fenómeno del abuso infantil también en nuestro país y en nuestra comunidad en particular. Sin embargo, también es posible que otros no lo estén.

Es imprescindible, si queremos poner en marcha planes eficaces de tratamiento y prevención, realizar estudios previos acerca de los factores de riesgo para este problema *aquí y ahora*. Esto es costoso y exige un compromiso activo de colaboración por parte de todos, especialmente de las personas cuyo trabajo se encuentra directamente relacionado con el problema, pero, repito, esta labor es imprescindible. El ejemplo de Estados Unidos, país en el que se lleva ya 25 años estudiando y tratando el problema, nos muestra que estas investigaciones "sí sirven para algo".

**M.^a Ignacia Arruabarrena
Madariaga**

ESTRATEGIAS DE IDENTIFICACIÓN, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LOS MALOS TRATOS Y EL ABANDONO INFANTIL

En este trabajo se presenta lo más representativo y eficaz de lo que se conoce con respecto a las fases de detección, tratamiento y prevención del maltrato infantil.

La mayoría de los problemas médicos o psicosociales con los que se ha enfrentado y se enfrenta la ciencia con el afán de erradicarlos han pasado y pasan por una serie de fases que en todos se repiten:

- a) Una primera fase en la que se presentan, describen y estudian los casos más serios y llamativos.
- b) Una segunda fase en la que se empiezan a elaborar una serie de primeros programas de tratamiento muy poco específicos.
- c) En la tercera fase empiezan a desarrollarse estudios e investigaciones que tratan de averiguar con todo rigor los factores causales del problema.
- d) En la cuarta fase, y fruto de la anterior, se desarrollan, prueban y mejoran tratamientos más específicos y eficaces.

e) En una quinta fase se empieza a ampliar el concepto de ese trastorno o problema a áreas afines.

f) La sexta fase aprovecha el avance en el conocimiento del problema y empiezan a desarrollarse investigaciones que tratan de construir y mejorar estrategias para la identificación temprana de los posibles casos.

g) Por último, en la séptima fase, que supone una cierta madurez en el abordaje del problema, se consigue aplicar con éxito programas de evaluación que detectan la población-riesgo y programas de abordaje preventivo del problema.

En términos generales la solución del problema de los malos tratos pasa por cuatro caminos que se entrecruzan. Son los siguientes:

1. Aumentar al máximo el número de casos conocidos del problema. Esta cuestión no se da en todas las enfermedades o alteraciones psicosociales. En algunas basta con una actitud pasiva de los profesionales que se limitan a recibir el problema; en el maltrato infantil es preciso una postura activa por parte de los responsables de solucionar el problema para sacar a la luz, sacar del ambiente privado, gran cantidad de casos que tienden a quedar ocultos.
2. Tener disponibles y con posibilidad de ser implementados una serie de programas eficaces de tratamiento adaptables a la circunstancia ambiental y personal de cada caso.
3. Conocer el máximo número de casos que reúnen las condiciones de Alto-Riesgo para desarrollar en un futuro ese trastorno.
4. Tener disponibles y con posibilidad de ser implementados una serie de programas de prevención primaria y secundaria que hayan demostrado su eficacia.

Evidentemente, estos pasos son tremendamente difíciles de cubrir y es probable que nunca se lleguen a alcanzar en su totalidad. Seamos conscientes de que nos encontramos ante un problema de una gran complejidad y que presenta grandes dificultades en cualquiera de sus fases. Conseguir empezar a recorrer cualquiera de esos cuatro caminos es un objetivo que deben plantearse de manera coordinada todos los estamentos con responsabilidad en el intento de solución de este grave problema psicosocial.

Voy a tratar de proporcionar de manera resumida una selección de algunas de las estrategias que han demostrado su eficacia en cada una de estas fases. Comenzaré por la detección tanto de los casos con maltrato ya cometido como de aquellos que se encuentran en alto-riesgo de cometerlo. Seguiré con las estrategias de Tratamiento y finalizaré con la presentación de algunos programas de Prevención Secundaria del problema.

1. Detección

Quizá sea más ilustrativo que cualquier argumento, el presentar un dato recogido por Helfer y Kempe (1976, p. 364), referi-

do al Estado de Florida. En 1971, y durante el espacio de un año, se habían recibido en este Estado, en su Departamento de Servicios Sociales, un total de 100 casos de sospecha de malos tratos y/o abandono. Este Departamento inició al final de ese año una amplia (y al parecer efectiva) campaña de concienciación pública y de formación de profesionales. En el año 1975 y desde la fecha anterior (es decir, en cuatro años), se habían recibido en el mismo Departamento un total de 86.000 informes de sospechas de malos tratos y/o abandono.

Hay una cuestión que aunque sea obvia es preciso repetirla. El problema al que aquí nos referimos no se presenta públicamente ni los sujetos que lo padecen suelen acudir de manera voluntaria en busca de solución. Es un problema, como ya se ha dicho, que requiere una postura activa eficaz que permita sacar a la luz aquello que se está produciendo en el ámbito privado.

Las estadísticas de países que han abordado con anterioridad este problema suelen ser coincidentes en un aspecto: siempre hay un aumento permanente año tras año del número de casos de maltrato.

Esto suele hacer pensar a algunos que "cada vez hay más casos de maltrato" o "cada vez la situación está más deteriorada", etc. Parece, sin embargo, evidente que no se trata de eso. Simplemente ocurre que en estos países se han desarrollado sistemas capaces de DETECTAR los casos que de cualquier manera (conocidos o no) se estarían produciendo.

Por otra parte, existen otra serie de sujetos o familias que aún no están desarrollando el problema pero que reúnen una serie de condiciones que les colocan en una situación "privilegiada" para que éste aparezca en un momento determinado.

La única manera de empezar a solucionar el problema de maltrato infantil pasa por detectar con la mayor precisión al mayor número de familias en las que, o bien se están produciendo los malos tratos, o están "a punto" de llegar a desarrollarse en breve plazo.

Y para ello hay dos caminos centrales y quizá únicos:

- A) Campañas eficaces de sensibilización ciudadana.

B) Programas de formación especializada de profesionales.

A) Parece ser que una de las fuentes a través de la que se produce un mayor porcentaje de informes de casos de maltrato es la de los sujetos particulares. En algunos países con estadísticas precisas, se encontraba hasta un 53 % de los casos remitidos por ciudadanos no profesionales y el resto por maestros, médicos, asistentes sociales, etc.

Esto parece demostrar la eficacia y necesidad de las campañas de sensibilización y formación de los ciudadanos en este tema. Es preciso que amplios sectores de la población conozcan:

- Primero, la existencia real de este problema del maltrato infantil.
- Segundo, las características típicas de comportamiento, emocionales y de salud de los sujetos ejecutores y receptores de los malos tratos.
- Tercero, los factores de riesgo, de tipo social, psicológico y familiar que favorecen la aparición de los malos tratos en la infancia.

Pero antes de eso, creo que es de gran importancia, en un primer momento, el deshacer y contrarrestar la actitud social habitual hacia el tema. La información que se suele recibir provoca una deformación del problema en la colectividad que se traduce en los siguientes términos de error:

- Sólo se considera maltrato a los casos más extremos, graves y sádicos.
- Ocurren con muy poca frecuencia y en ambientes lejanos.
- Los culpables deben ser castigados con la mayor dureza.

Las campañas de sensibilización y formación deben iniciarse deshaciendo los anteriores errores y demostrando que el maltrato es un problema mucho más amplio, que se da con más frecuencia de lo que se cree, y que las personas que lo desarrollan son víctimas a su vez de graves situaciones psicológicas, sociales y familiares y que precisan ayuda.

Esto, unido al desarrollo de los tres puntos anteriores, hará que la labor de

detección del público en general sea efectiva, además de provocarse un aumento del control social sobre los sujetos que maltratan o abandonan a sus hijos.

B) El otro camino central para conseguir el objetivo de la detección amplia pero a la vez selectiva, es el desarrollo de Programas de Formación de Profesionales en este tema.

Algo que parece cierto es que "sólo se diagnostica aquello que se conoce". Y, en la mayoría de los casos, en los ambientes profesionales no ha habido una formación adecuada sobre el tema.

Todos los profesionales que de una manera directa o indirecta están en contacto con la infancia y la familia deben aumentar de manera importante sus habilidades, recursos, conocimiento y sensibilidad sobre el tema del maltrato infantil con el objetivo de aumentar el número de casos conocidos de maltrato y de casos que se encuentran en situación de alto-riesgo.

Y considero que profesionales en contacto con la infancia y la familia son los pediatras, ginecólogos, enfermeras, asistentes sociales, maestros, psicólogos, abogados y jueces, policías, psiquiatras. Cada uno de ellos necesita una formación exhaustiva y a la vez concretizada en su área particular, que plantee con claridad todo lo que se conoce sobre este tema.

Aunque de manera diferente, todos, tanto los profesionales como el público en general, deben conocer lo que se denominan Métodos Informales de Detección. Algunos profesionales específicos deben conocer y manejar lo que se denominan Métodos Formales de Detección (Ayoub y Jacewitz, 1983).

Por *Métodos Informales de Detección* se entiende el conjunto de características comportamentales, emocionales y de relación social tanto del padre como del hijo en los casos en los que se ha producido maltrato o abandono (Ayoub y Jacewitz, 1982).

El comportamiento concreto de maltrato o las carencias que se dan en el abandono ocurren en ambientes privados y no son observables directamente. Es preciso conocer una serie de consecuencias físicas y psíquicas y una serie de correlatos típicos de estas situaciones de maltrato que nos permitan deducir, con el mínimo ries-

go de equivocación, que nos encontramos ante una familia en la que se están produciendo situaciones de malos tratos y/o abandono.

De la misma manera, las familias en las que hay un mayor riesgo de que se llegue a producir el maltrato reúnen una serie de características específicas en los aspectos socioeconómicos, demográficos, psicológicos y de relación familiar. Estas características son las que les colocan precisamente en riesgo de desarrollar el maltrato o de no atender a sus hijos. Es preciso, por tanto, que sean detectadas a través del conocimiento indirecto de esos factores de riesgo, antes de que se llegue a deteriorar la relación con los hijos.

Las investigaciones realizadas en los últimos años en otros países han permitido conocer con bastante exactitud esos correlatos comportamentales, esas consecuencias y esos factores de riesgo para el maltrato y el abandono. Creo que en su mayoría, y en un primer momento, estas características descubiertas en investigaciones en su mayor parte anglosajonas pueden servir para la detección en nuestro país. Pero es evidente que es necesario desarrollar cuanto antes nuestras propias investigaciones con el fin de confirmar o desconfirmar la importancia de cada uno de estos factores asociados y/o de riesgo que rodean al maltrato y abandono en nuestro contexto cultural específico.

Estos factores deberían ser la base sobre la que se elaboren tanto los programas de formación para cada uno de los profesionales implicados en el tema, como los programas de sensibilización colectiva más amplios.

Un resumen de estas características y factores de riesgo se presentan en los Apéndices de este monográfico. Repito que se trata de datos que demuestran su eficacia en Estados Unidos, lo que no significa su total validez en nuestro país.

Métodos Forma/es de Detección (Ayoub y Jacewitz, 1982). Algunos investigadores del tema han intentado construir entrevistas estandarizadas o cuestionarios fiabilizados y validados que permitan deducir con la mayor exactitud, y en base a su puntuación en dichas pruebas, el potencial de un sujeto para desarrollar el maltrato y/o abandono.

Estos cuestionarios tienen la gran ventaja de que pueden ser aplicados a un amplio conjunto de la población con un costo reducido y son eficaces en la detección de familias-riesgo. Las familias que reciben una alta puntuación en estos sistemas de evaluación pueden ser posteriormente estudiadas en profundidad para verificar el diagnóstico o refutarlo. Podría ser valioso el utilizarlos, una vez adaptados a cada país y perfeccionados, de manera masiva en una serie de puntos claves en los que son asequibles muchas familias: servicios sociales, ginecológicos, pediátricos, escolares, etc.

Los más conocidos de estos sistemas son el "Child Abuse Potential Inventory" de J. S. Milner (1979, 1980a, 1980b, 1984) y el "Maternal History Interview" de W. A. Altemeier (1982). El primero es un cuestionario que detecta el potencial para el maltrato físico en familias con hijos y el segundo es una entrevista aplicable a la fase prenatal, que selecciona madres y familias con riesgo potencial de futuro maltrato y/o abandono.

Ambos cuestionarios se encuentran traducidos al castellano y en estos momentos en fase de experimentación con la población de esta Comunidad Autónoma para probar su validez.

Sensibilidad y Especificidad de estos Métodos

En todos los métodos de detección y diagnóstico tanto formales como informales se plantean siempre estas dos cuestiones importantes:

- La SENSIBILIDAD es el grado de exactitud con que se detecta a los sujetos con dicho problema o con alto-riesgo para él. La mayor sensibilidad se da cuando no se deja sin descubrir ningún caso que se encuentre en dicha situación.
- La ESPECIFICIDAD es el grado de exactitud con que se detecta a los sujetos que no sufren el problema o son bajo-riesgo. Es importante no diagnosticar o detectar casos sin ninguna problemática de este tipo.

Los métodos de detección, tanto formales como informales, no tienen problema, en general, de sensibilidad, sino de

especificidad. En la mayoría de las ocasiones, las personas físicas o familias que maltratan suelen ser incluidas entre los alto-riesgo, pero no todos los incluidos en este grupo son familias en las que posteriormente sea posible probar que hay maltrato físico o negligencia grave.

Creo que esta situación es una consecuencia no tanto de los métodos de detección, sino de la propia definición de maltrato y abandono. Ambos conceptos no son fácilmente categorizables; se trata de un continuo donde es difícil señalar la barrera entre el maltrato físico y la violencia habitual, por ejemplo.

Probablemente los métodos de detección señalan a un amplio grupo de personas con situaciones de relación familiar violentas o negligentes en sentido amplio. Dicho a la inversa, los casos que llegan a las salas de urgencia de los hospitales, a los Tribunales de Justicia, a los Servicios Sociales, etc., son la "punta del iceberg" de un conjunto de familias con problemas similares aunque no lleguen a alcanzar la gravedad de los anteriores.

En definitiva, se tiende a detectar a un conjunto de familias con diversos problemas importantes en la relación con los hijos. El que estos problemas se conviertan en casos de maltrato o abandono es fruto de la agudización de dichas situaciones de riesgo o de la aparición de factores específicos de gravedad. El que los métodos de detección no sean exclusivamente sensibles a los casos graves de maltrato y abandono tiene el aspecto positivo de que nos permite conocer "el conjunto del iceberg", es decir, a un amplio grupo de familias con problemas cercanos al maltrato y que necesitan también de solución.

Una última cuestión con respecto a la Detección. Esta debe procurar realizarse en el momento idóneo para iniciar la tarea preventiva o terapéutica.

Debe realizarse:

1. En el momento más temprano posible.
2. En la situación temporal donde se dé una mayor "vulnerabilidad" de la familia a la intervención profesional (Ayoub y Jacewitz, 1981).
3. En momentos de fácil y habitual acceso por parte de las diferentes instituciones sociales.

Creemos que estos momentos, sin deschar otros, se circunscriben fundamentalmente a dos:

—La época prenatal-perinatal.

—La época de ingreso en el sistema de escolarización.

El primero de ellos es un momento básico en la tarea preventiva, ya que aún no se ha iniciado la relación directa con el niño. A partir del tercer trimestre puede evaluarse en la futura madre:

—El cambio de la conducta habitual hacia los preparativos del parto y de la futura presencia del niño.

—El concepto que tiene del no-nacido, su deseo del niño.

—El tipo de interacción con las personas que le acompañan. La relación con su propia madre.

—La relación con su pareja.

—El tipo de infancia que tuvo esta madre, etcétera.

El embarazo, el parto y el postparto conforman un período sensible, crítico, de intensas emociones, de cansancio, fatiga y stress general que colocan a la madre en una situación de gran vulnerabilidad, de apertura y de honestidad.

Si la situación es negativa, la madre la vivirá de una manera más aguda y con más necesidad de ayuda. Es más fácil establecer aquí el lazo básico que permite la detección de situaciones familiares-riesgo y el inicio de la futura tarea preventiva.

Por supuesto, esto supondría una formación específica de todos los profesionales que entran en contacto con la familia en esos momentos concretos de la historia vital del niño.

2. Informe de los casos detectados

Una vez conocidos los casos tanto de ocurrencia como de riesgo, y antes de su inclusión en programas terapéuticos y preventivos, éstos deben recorrer un camino que suele ser en ocasiones en la actualidad realmente diverso y complicado. Este

apartado deberá ser desarrollado en otros trabajos de esta revista.

Únicamente apuntar algunos aspectos básicos:

1. Todos los casos detectados por cualquier persona o profesional deben ser informados a un sólo Registro Central del Territorio o Comunidad, según se considere oportuno.
2. Desde este Registro Central se debe iniciar a la mayor brevedad posible una actuación de investigación urgente del caso acerca de la veracidad y gravedad de dicho informe.
3. Desde el Registro Central se debe distribuir el caso a los centros encargados de poner en práctica los programas de tratamiento y prevención en cada área concreta del Territorio, donde se realice la toma de decisión sobre el futuro inmediato del niño, la familia, etc.

3. Tratamiento

Antes de comenzar, es necesario señalar que los aspectos de Tratamiento y Prevención van a ser enfocados exclusivamente desde el punto de vista de la actuación a nivel de factores psicosociales y no sociológicos (recursos económicos, calidad de vida, etc.).

En primer lugar, un apunte básico acerca del concepto de intervención terapéutica en este tema. En la actualidad, y dada la escasez de medios, el único tipo de intento de solución del problema suele pasar por la separación del hijo de esa familia y su colocación en una institución, familia sustitua, guardia y custodia, adopción, etc. Cuando aquí me refiero a tratamiento quiero precisar que se trata de todo el conjunto de técnicas psicosociales que buscan acabar con el problema, mejorando la interacción y relación familiar al máximo posible. Únicamente en los casos en que estas técnicas sean ineficaces será necesario realizar una intervención dirigida a la separación y ruptura de ese grupo familiar.

Voy a presentar una revisión de las técnicas que se vienen utilizando en otros países con buenos niveles de éxito, con el fin de que pueda estudiarse la viabilidad de su adaptación a nuestro sistema de organización de Servicios Médicos y Psicoso-

ciales y a las características particulares de la población.

Pero antes de esto es preciso plantear un aspecto previo. Como en cualquier otro problema clínico o social, no estamos ante casos homogéneos.

— En primer lugar, son diferentes en sus causas, y por tanto en su tratamiento, los casos de maltrato físico de los de abandono físico y, a su vez, de los de maltrato o abandono emocional. Por otra parte, dentro de estos subtipos se darán situaciones diferentes. Habrá casos en los que el castigo o abandono sean usados como técnica deliberada de disciplina, otros en los que se trata de actos de "explosión" emocional incontrolada, en otros es el efecto directo de un altísimo e intolerable nivel de stress ambiental, o, por último, puede darse como consecuencia de otros problemas ya sea de alcoholismo, toxicomanías o trastornos psicóticos (Smith, 1984).

La evidente heterogeneidad de estas familias con malos tratos o abandono supone la existencia de necesidades diferentes de tratamiento. Esto se traducirá en que se debe realizar en cada caso un análisis particular que permita proporcionarle una estrategia terapéutica adecuada. Y esto es importante en la medida en que se van a presentar a continuación programas de tratamiento que no deben ser entendidos como una solución aplicable automáticamente a todos los casos. Estos programas deben ser entendidos como marcos de referencia globales que se adaptan y se adecúan a las necesidades concretas de cada familia.

— En segundo lugar, los casos a tratar llegarán a las actividades terapéuticas con procedencias muy diferentes que condicionan de manera importante su GRADO DE MOTIVACIÓN. Hay casos que son remitidos por un procedimiento judicial, otros por servicios de Protección Infantil, otros por Centros de Salud Mental, y otros, quizá, por un interés voluntario de solucionar el problema. En toda intervención terapéutica el aspecto motivacional es de extrema importancia y condiciona totalmente el éxito o fracaso final.

Esto es algo que debe, por tanto, ser evaluado de manera muy estricta antes del inicio de cualquier programa, con objeto de no malgastar energías y trabajo hasta no intentar pasar de una motiva-

ción externa (penal-judicial) a una motivación interna (Wahler, 1980). Ningún programa de tratamiento puede enfrentarse de manera eficiente a este problema previo de la motivación.

- En tercer lugar, señalar que el diagnóstico funcional de cada caso, previo al tratamiento, supone realizar además una prospección de las metas a alcanzar y las posibilidades de éxito. No en todos los casos, ni mucho menos, se podrá alcanzar el mismo nivel de resultados.

Parece que se dan más probabilidades de éxito en la medida en que se trate de familias con problemas de reciente aparición, cuando los padres tienen un mínimo de habilidades en su repertorio y cuando no se dé una actitud de rechazo abierto hacia el niño (Smith, 1984).

Las metas serán, por tanto, muy variables, y quizá haya familias en las que se considere imposible, por el cúmulo de situaciones previas, ningún grado de éxito. La única forma de conseguir un ambiente seguro y sin maltrato para el niño puede ser la salida del hogar. No se trataría, en el contexto en que se presenta este razonamiento, de un fracaso del tratamiento, sino de un resultado exitoso de un procedimiento adecuado de diagnóstico (Smith y Rachman, 1984).

En la medida en que se trata de situaciones que acarreen un notable riesgo para el niño y en las que es básico el no provocar una ruptura familiar prolongada, se ha procurado usar métodos de tratamiento capaces de dar resultados rápidos. Los más estudiados han sido los procedimientos que derivan de la Psicología del Aprendizaje.

La intervención comportamental se ha centrado fundamentalmente en dos áreas (Smith, 1984; Koverola et al., 1985):

1. Mejoría de las habilidades de manejo de situaciones problemáticas con el niño. Centradas en el control de sus conductas desadaptadas y en la enseñanza de conductas prosociales.
2. Técnicas de mejora de la tolerancia al stress y de control de la agresión.

Entre las primeras, algunos autores presentan buenos resultados con el uso de textos programados sobre el manejo adecuado de la conducta del niño (Crozier y

Katz, 1979; Reid, 1981; Wolfe y Sandler, 1981). Usan el texto "Los Padres son Maestros" y, en base a ciertos ejemplos, se van eligiendo una serie de técnicas adecuadas. Posteriormente se realiza un proceso de modelado por el terapeuta en el que se "escenifica" dicha técnica y se va aprendiendo a base de realizarla y mejorarla paulatinamente. El nivel cultural de los sujetos debe condicionar estas técnicas basadas en textos de extremada sencillez pedagógica.

De maneras diversas, en todos los programas de tratamiento se incluye el uso de este tipo de técnicas. Se enseñan a los padres los rudimentos de la psicología del aprendizaje, tales como el uso del reforzamiento de conductas apropiadas, la desatención a conductas no adaptadas, el uso del "tiempo-fuera", etc., y se trata de ir procurando su aplicación en sustitución de otras técnicas como el castigo físico.

En el segundo bloque de técnicas, Sandford (1974) trataba, por ejemplo, a la vez de procurar la extinción de los problemas del niño, aumentar la capacidad del padre para tolerar situaciones stressantes generadas por el niño, como, por ejemplo, el lloro. Se procuraba alterar o modificar el nivel de ansiedad y tensión nerviosa que provocaban este tipo de conductas.

En similar tendencia, Denicola (1980) trataba de reducir y controlar el nivel de impulsos agresivos y de rabia en los padres. Les enseñaba técnicas sencillas de relajación; les procuraba métodos de control cognitivo en situaciones que generan rabia a través de autoverbalizaciones y métodos de reconocimiento de estados de activación fisiológica asociados con la rabia que les permitieran detectarlos, evitar la agresión y usar técnicas alternativas.

Han sido criticados estos procedimientos que enseñaban técnicas comportamentales en situaciones artificiales y casi de laboratorio por su dificultad de ser generalizadas al ambiente real del hogar.

En respuesta a estas críticas, se han presentado programas en los que destaca la combinación de las clases en sesiones de grupo con el entrenamiento en casa. Denicola, por ejemplo, mejoró su procedimiento enseñando en grupo principios de Psicología Evolutiva, técnicas de manejo del niño, de solución de problemas y de autocontrol, y planificando posteriormente sesiones semanales individuales en el hogar, en

las que se ponían en práctica dichas técnicas ante situaciones reales.

Wolfe y Sandler (1981) utilizan también esta combinación. Dos horas semanales de tratamiento en grupo se emplean en instruir a los padres en el desarrollo del niño y en habilidades para su manejo. Se presenta un vídeo con un problema común, se plantean soluciones en base a lo aprendido teóricamente y se vuelve a presentar en vídeo la óptima forma de solución para que sirva de modelo. Se enseñan también técnicas de autocontrol por relajación y se realiza un entrenamiento individualizado en casa, una vez a la semana, aplicándose las técnicas aprendidas a los problemas concretos ocurridos esa semana en casa.

Sin embargo, la mayor crítica a este tipo de programas estrictamente comportamentales ha venido desde enfoques sistemáticos que plantean que el modificar la interacción de la familia únicamente, no tiene éxito sin reconocer la necesidad de producir cambios en el marco social que sirve de apoyo y referencia en momentos de stress agudo (Wolfe y Sandler, 1981; Smith, 1984).

Una demostración empírica de este problema la presentó Wahler (1980). Este autor utilizó técnicas de tratamiento similares a las anteriormente expuestas en una muestra de madres con bajo nivel de ingresos, socialmente aisladas y con poco nivel educativo. Además, evaluó antes, después y durante el tratamiento el nivel de contactos sociales a través de un cuestionario al efecto (el "Community Interactions Checklist"). Sus resultados fueron determinantes en extremo. Los días con contacto con amistades se daba una relación menos aversiva con el niño, y los días más "solitarios" había un mayor número de conductas de oposición del niño y más comportamientos aversivos de la madre.

Los efectos del tratamiento conductual persistían en el seguimiento en función de la variable "Apoyo Social". Se plantea la necesidad de tener en cuenta otra serie de aspectos importantes en el tratamiento y empiezan a surgir programas con una visión más global del problema.

Goldstein (1985) aplica un programa al que denomina "Structured Learning" y que busca esa integración. Desde su punto de vista, la causa básica es un déficit en un conjunto de habilidades psicosociales

no sólo en la interacción con el niño, sino también en la relación marital y en las relaciones sociales. A través del modelado, el rol-playing y la transferencia a las situaciones reales trabaja con un conjunto de 24 habilidades básicas divididas en diferentes grupos:

GRUPO I.-HABILIDADES DE AUTOCONTROL

1. Identificar y verbalizar las emociones
2. Relajarse
3. Utilizar el auto-control
4. Concentrarse en una tarea
5. Determinar qué es lo que ha causado un problema
6. Identificar los problemas prioritarios

GRUPO II.-HABILIDADES PARA LA PATERNIDAD

7. Expresar cólera
8. Expresar afecto
9. Evaluar las propias capacidades
10. Tomar una decisión
11. Formularse un objetivo
12. Ayudar a otros

GRUPO III.-HABILIDADES MARITALES

13. Responder a los sentimientos de otros
14. Responder a una queja
15. Responder a la cólera
16. Responder a mensajes contradictorios
17. Prepararse para una conversación stressante
18. Negociar, dialogar

GRUPO IV.-HABILIDADES INTERPERSONALES

19. Iniciar una conversación
20. Expresar agradecimiento
21. Pedir ayuda
22. Dar instrucciones
23. Ser asertivo
24. Responder al fracaso

(Goldstein 1985, pág. 59)

La cuestión abordada por Wahler acerca del problema del déficit en las relaciones sociales de estas familias se ha intentado solucionar de manera muy eficaz.

Han surgido, sobre todo en U.S.A., lo que se denominan "Parent-Aides" o programas de apoyo a los padres con problemas a través de familias voluntarias.

Se trata de que la familia-voluntaria desarrolle con la familia-problema una relación estrecha y afectiva. Es frecuente y normal que los profesionales con su status y su volumen de trabajo no suelen poder establecer esa relación afectiva que demandan estas madres que, en muchos casos, experimentan un alto nivel de privación afectiva desde su infancia.

A través de la relación con esta familia de apoyo voluntario se intenta obtener un amplio conjunto de objetivos:

- Aumentar la capacidad para confiar en los sistemas de apoyo.
- Aprender habilidades sociales.
- Mejorar la autoestima.
- Modelado de técnicas de trato del niño.
- Percepción del niño como individuo con sentimientos, pensamientos y necesidades
- Asistencia a las sesiones de tratamiento en el Centro.

Se supone que estos objetivos se irán alcanzando en la medida en que:

- Se aumentan las demandas a la familia voluntaria en situaciones de crisis.
- Se incrementan las búsquedas de soluciones en los amigos, vecindad, etc.
- Que comentan con los padres voluntarios cómo resuelven con éxito algunos problemas con el niño.

Si se consigue que la relación con esta familia-voluntaria sea relajada y natural y se percibe que ésta se encuentra sinceramente preocupada por ellos, esto supondrá para la madre o familia problema una experiencia nueva. Muchos nunca habrán sido escuchados, tratados y reconocidos como una persona.

La familia voluntaria debe ser CAPAZ de:

1. Establecer una relación de sinceridad y amistad.
2. Ayudar al padre a implicarse en actividades que reduzcan su aislamiento.
3. Aconsejarle en el manejo del hogar.

4. Ayudar a conocer el desarrollo del niño y su cuidado.
5. Desarrollar actividades de ocio y diversión.
6. Mantener total confidencialidad.

Y debe EVITAR:

1. Implicarse emocionalmente en exceso para juzgar con objetividad.
2. Cualquier acusación al padre/madre.
3. Presionarle para que adopte su estilo de vida, sus creencias y patrones culturales.
4. Comentar sus propios problemas.

Estos programas de padres-voluntarios se han desarrollado en multitud de centros para el tratamiento del maltrato y abandono. Un ejemplo interesante es lo que se realiza en el *Child Abuse Council* perteneciente a la ciudad de Tampa (Estado de Florida). Aquí se combinan tratamientos de los dos tipos ahora presentados. Se centran en dos programas: el Rainbow Family Learning Center y el Friend-to-Friend Program.

El primero es un centro similar en sus aspectos formales a una guardería, al que los niños de 0-5 años que han sido maltratados acuden 8 horas al día y cinco días a la semana. Se trata, en principio, de una alternativa intermedia, para casos severos, al hogar-sustituto de 24 horas al día. Se intenta proporcionar a los padres un relevo inmediato en las presiones y el peso del cuidado del niño, un apoyo en momentos de crisis y un ambiente comprensivo y de apoyo a los padres en su implicación con el niño.

Se admiten y tratan en este Centro a familias con problemas de maltrato o alto-riesgo durante 3 a 6 meses. Los niños reciben un amplio tratamiento relacionado con el desarrollo emocional, cognitivo y lingüístico. Se trabaja también el Juego Social, la autopercepción y la expresión y control del cuerpo. El objetivo, en el caso del niño, es mejorar su autoimagen, habitualmente deteriorada en estos casos y prepararlo para la relación social posterior.

Los padres (la madre normalmente) tienen la obligación de acudir a sesiones de

dos horas semanales de terapia en grupo o individual y a permanecer tres días mínimo a la semana (dos horas al día) en interacción madre-niño supervisada y asesorada. La mayoría parecen superar esos mínimos.

Se enseña a las madres el cuidado físico en temas como el confort del niño, su seguridad, la alimentación, la prevención de enfermedades, el vestido, la disciplina, etc. También se dan consejos sobre el cuidado emocional y afectivo.

Además del trabajo en este Centro, la mayoría de las familias participan en el programa "Friend-to-Friend" ("Amigo para un Amigo"). Este programa se basa en el "Parent-Aide" y en el voluntariado. Está diseñado para cubrir las necesidades de relación social de las familias con estos problemas. Se trabaja con personas y familias voluntarias y ordinarias que tienen estabilidad emocional suficiente y calor humano para dar apoyo a otros adultos.

Los objetivos fundamentales son el reducir el aislamiento social, el aumentar el auto-concepto del sujeto, el servir de modelo constructivo en la relación con el niño y el aprender a utilizar los servicios de apoyo existentes en la comunidad.

Los voluntarios son sujetos elegidos cuidadosamente y se les exige una alta capacidad de establecer una relación cálida, de aceptación y no evaluadora, un alto nivel de madurez —estabilidad, sensibilidad y paciencia— y una máxima confidencialidad.

La combinación de ambos tratamientos, el de interacción con el niño y el de apoyo social proporcionan unos excelentes resultados en muchos casos a veces considerados severos.

Dentro de esta línea de tratamiento global y comprensivo, un importante exponente es J. R. Lutzker (1984). Este autor considera el maltrato como un problema con muchas facetas y que necesita servicios de tratamiento con muchas aproximaciones. Trabaja con sujetos de bajo nivel socioeconómico, de zona rural, con predominio de sujetos aislados, con pocos contactos sociales. Titula a su programa "Una aproximación ECOCONDUCTUAL" y trata de abordar el problema a través de 12 vías de acceso simultáneas:

1. Entrenamiento en la interacción con el niño. Técnicas conductuales.

2. Entrenamiento del niño en habilidades básicas en función de su edad: superación de los retrasos, aprendizaje de la limpieza o higiene básica.
3. Formación de los padres en nutrición y cuidados de la salud infantil.
4. Seguridad en el hogar: método audiovisual que describe los peligros habituales del hogar y trata de corregir las situaciones que generan accidentes y situaciones de tensión.
5. Consejo en los problemas de relación marital y de pareja.
6. Aumento de la tolerancia al stress y control de la agresión, a través de técnicas de relajación.
7. Manejo de los temas económicos.
8. Aprendizaje de actividades para el ocio y el tiempo libre.
9. Búsqueda de trabajo.
10. Entrenamiento en auto-control comportamental y enseñanza de estrategias de solución de problemas a nivel cognitivo y conductual.
11. Programa especial de solución del alcoholismo.
12. Programa especial para madres jóvenes y solteras: se proporciona entrenamiento prenatal y postnatal de preparación al parto, nutrición del niño y la madre, atención médica y planificación familiar.

Lo importante de este trabajo de Lutzker es el enfoque global y, en consecuencia, el abordaje multidisciplinar del problema. En cada caso se pondrá un mayor énfasis en algún aspecto concreto, pero la disponibilidad de múltiples alternativas de búsqueda de solución confiere a este programa una importancia destacada.

Evaluación de los resultados del tratamiento

Un aspecto de evidente importancia es la valoración del nivel de éxito o fracaso del tratamiento. Se trata de un aspecto de gran complejidad y de difícil solución en

todo el ámbito de la psicología clínica que se agudiza en este tema.

El primer y básico problema es la definición del éxito o fracaso. Cada autor tiene opiniones diferentes al respecto y esto condiciona la presentación de los resultados.

Se han utilizado muy diferentes formas de realizar esta evaluación (Smith y Rachman, 1984):

1. Incidencia de recaídas. Repetición o no de los episodios de maltrato o abandono.
2. Posibilidad o no de que el niño vuelva a casa en caso de haber sido separado.
3. Evaluación por parte de una persona conocedora de esa familia, a través de una entrevista clínica standarizada, de las variaciones en el manejo del niño, en el aislamiento social, etc.
4. Técnicas de observación sistemática realizada periódicamente acerca de las habilidades parentales, del número de conductas agresivas, de las conductas positivas, del uso de castigos apropiados, de la forma de realizar los mandatos.

Estas técnicas de observación se han realizado en situaciones de interacción libre, o en situaciones artificiales en las que se trata de enseñar al niño una tarea desconocida u ordenarle que realice determinada tarea.

5. Cuestionarios standarizados que miden el riesgo de maltrato para analizar la variación en las puntuaciones obtenidas. Un buen ejemplo utilizado con éxito es el "Child Abuse Potential Inventor" (Milner, 1980) ("Child Abuse Council"; At-Riak Parent Child Program) (Ayoub y Jacewitz, 1983).
6. Inventarios de evaluación de los problemas de conducta del niño. La presencia o ausencia de este tipo de problemas sería un indicador indirecto del nivel de mejoría en la relación e interacción familiar.

Un aspecto básico de la evaluación de la eficacia del tratamiento es el seguimiento del caso a corto, medio o largo plazo. Tema de gran importancia aún sin resolver efectivamente es la evaluación del éxito del tratamiento una vez transcurridos uno o

dos años después de abandonar la intervención directa. Se agudiza el problema si en lugar de considerar como éxito la no-reincidencia se elige un criterio más amplio que incluya una mejora sustancial en la calidad global de vida del niño.

4. Prevención

No es preciso recalcar demasiado que en este tema al que nos referimos es quizá más necesario que en ninguno priorizar de manera absoluta la estrategia preventiva. El maltrato y abandono, y todos sus correlatos de relación familiar, una vez ocurridos, generan una serie de deficiencias y alteraciones en el niño y en la familia que resultan altamente dañinos (Altemeier et al., 1982). Aunque se consiga reconducir la problemática hacia otro camino más adaptativo, el efecto pernicioso de estas situaciones es de gran importancia.

Tradicionalmente se han planteado tres diferentes perspectivas preventivas en las diferentes áreas de intervención social. Aplicadas éstas al tema del maltrato son las siguientes (Helfer y Kempe, 1976):

1. *Prevención Primaria.* Cualquier actuación fundamentalmente a nivel social que trate de alterar y cambiar una amplia estructura social: evitar situaciones de pobreza o marginación, cambiar un plan de atención hospitalaria o de salud pública. Estas modificaciones afectarían a un gran número de personas (más que a individuos concretos seleccionados por una razón específica).

2. *Prevención Secundaria.* Cualquier programa o actuación implementados para un individuo o grupo de individuos que han sido identificados como pertenecientes a un ambiente de alto-riesgo, tratando de evitar que se produzca el efecto que se trata de prevenir.

3. *Prevención Terciaria.* Cualquier programa iniciado después de que se haya producido el hecho en cuestión. Se trata de evitar la reaparición de ese acontecimiento o las consecuencias negativas del mismo.

En esta revisión, voy a centrarme en la Prevención Secundaria. La Primaria requiere una actuación de gran envergadura que no es objeto de este trabajo. La Terciaria se podría incluir en el contexto del Tratamiento anteriormente presentado.

El abordaje preventivo secundario obliga a hacer referencia a la detección de esos casos con los que se pretende intervenir. Ya se ha planteado en este artículo el tema de la detección. Es preciso recordar aquí que es prácticamente imposible identificar *en exclusiva* a los padres que van a maltratar o abandonar a sus hijos. Lo que sí es factible es identificar a futuros padres "con riesgo" o con un potencial determinado para tener problemas en la interacción con el niño. Y con ese conjunto de familias-riesgo es con quienes se deben y pueden desarrollarse planes de prevención.

Lejos de ser esto un defecto, y teniendo en cuenta el símil antes presentado del "iceberg", creo que la intervención preventiva debe servir para mejorar las relaciones paterno-filiales en toda familia donde haya sido detectado riesgo de problemas severos y no exclusivamente malos tratos. Entender el abordaje preventivo no sólo como la evitación de los malos tratos, sino como la búsqueda de relaciones familiares óptimas, supone una ampliación del marco de la actividad preventiva, acorde con las posibilidades de los sistemas de detección que utilizamos.

Como ocurría en el aspecto terapéutico, algunos autores han desarrollado sus planes de prevención tratando de paliar lo que ellos consideran el factor causal básico o fundamental.

W. A. Altermeier (1982, 1984, 1985a, 1985b) es uno de los autores que mejor han estudiado el tema del maltrato desde la perspectiva preventiva. Desde su punto de vista, la mayoría de las madres o padres que han maltratado o desatendido a sus hijos han sufrido durante su infancia una deficiente relación afectiva. Hay datos constatables en los que se aprecia que han vivido en hogares sustitutos, que fueron separados de sus madres, que sentían que sus padres estaban a disgusto con ellos o que recibieron severos castigos que consideraron injustos.

En sus trabajos de investigación longitudinales y de muy costoso diseño, demuestra que el factor de riesgo más importante es el haberse sentido no deseado ni querido. No niega, evidentemente, la presencia de otros factores de riesgo importantes también.

Para atajar estos factores de riesgo sería necesario la presencia de amplios equipos

multidisciplinares. Esto supondría una aproximación demasiado cara y posiblemente no aplicable a familias alto-riesgo que no han empezado aún a desarrollar el maltrato.

Altemeier propone como alternativa el atajar la condición de riesgo considerada como básica, es decir, dirigir todos los recursos (escasos habitualmente) hacia el factor primario de riesgo.

Altemeier trata de actuar en dos niveles:

1. En la prevención de esas relaciones distorsionadas y carentes de afecto en la infancia, y
2. en corregir los efectos y paliar la ausencia de esa relación afectiva, minimizando sus efectos.

La intervención preventiva se basa, por tanto, en un profesional o grupo de profesionales que puedan servir como "padre o madre sustituto", para padres o madres que reúnan esas características-riesgo. Este profesional debe proporcionar una relación empática e íntima con la familia, ser fácilmente accesible y capaz de desarrollar esa relación afectiva.

En esta misma línea de centrarse en el aspecto básico y fundamental de riesgo trabaja D. R. Powell (1980). Su abordaje preventivo se basa en la solución del problema de la ausencia de apoyo social. El objetivo de su programa es mejorar la forma en que los padres usan su grupo social-familiar de tal manera que sirva de apoyo para su funcionamiento en la relación con el niño. Para ello, se procura que los padres formen sistemas de apoyo mutuo con otros padres incluidos en el programa.

Método:

- Diez o doce padres se reúnen en grupo con sus hijos dos veces a la semana en períodos de dos horas en un ambiente similar al hogar y con paraprofesionales.
- Se trabaja en el desarrollo de las habilidades que se requieren para crear y mantener un grupo de apoyo social: saber escuchar, respetar las opiniones de los demás, cooperación y reciprocidad. No se trata de crear ese grupo social sino crear las habilidades para que el propio sujeto lo desarrolle y sea capaz de mantenerlo y ampliarlo.

— Se enseña a los asistentes a usar los recursos de la comunidad.

En la presentación de los resultados preliminares de su programa, se indica que hay una clara relación entre el grado de implicación con otros adultos y la calidad de las conductas maternas. Se confirma en este sentido que el grupo social de apoyo sirve para mediatizar el stress y para facilitar la responsabilidad en el cuidado del niño.

Otro conjunto de autores han sido más ambiciosos y se han planteado que la verdadera prevención de muchas formas de maltrato infantil es posible si, y sólo si, el abordaje es multifactorial y con entrada desde focos diferentes y complementarios.

D. A. Wolfe y I. G. Manion (1984) están en esta línea y proponen un "paquete" de medidas preventivas que aborde el problema desde tres focos igualmente importantes:

1. *Padres-Hijo:*

—Mejoría y desarrollo de estrategias efectivas para la solución de problemas en la relación con el niño.

—Mejora de la percepción del niño, que pase de ser únicamente una fuente de conflicto a una fuente de felicidad.

2. *Relaciones familiares:*

—Solución de las dificultades maritales y la inestabilidad de la pareja.

—Búsqueda de apoyo social, a través de grupos de madres con los mismos problemas. Se consigue interacción social, se comparten los problemas, etc.

3. *Formación:*

—Instrucción en el desarrollo normal del niño.

—Paliar algunas deficiencias en el niño.

—Modificaciones de las expectativas que la madre tiene acerca de la naturaleza y comportamiento normal del niño.

—A través de la imaginación y del "rol playing", se le prepara también para situaciones futuras de relación con el niño, para situaciones típicas de otros momentos evolutivos.

Hasta aquí se han presentado algunos ejemplos de estrategias de intervención preventiva. Creo que, en definitiva, se trata ni más ni menos que de hacer desaparecer esos factores de riesgo que pudieran desencadenar el maltrato. El factor o factores sobre los que se ponga más énfasis y la forma particular de intervenir varían de programa a programa. Será necesario evaluar en nuestro contexto cultural algunos problemas preventivos con el objeto de poder extender con seguridad su marco de aplicación.

Creo, de todas formas, que sea cual sea el tipo de programa preventivo, éste debe de recoger algunos aspectos fundamentales. Son acertados e idóneos los planteados por Ayoub y Jacewitz (1981) y que me parece oportuno presentar aquí:

1. Se debe procurar una atención "normal", entendiendo por tal aquella que evite la estigmatización del sujeto o familia. Se debe suministrar la atención en un ambiente en el que sea habitual la asistencia a poblaciones amplias y normales. Se trata de evitar la creación especial de Centros que conllevan una imagen de discriminación.
2. Se debe procurar ofrecer una variedad de servicios pero en un solo lugar o ambiente familiar cercano al lugar de residencia habitual del sujeto.
3. Basar la intervención preventiva en la figura del "profesional puente" que establece una relación primaria, una relación de "apego" con el sujeto. Ya sea un trabajador social o una enfermera o cualquier otra persona, se trata de crear una relación estrecha con la familia a través de un contacto extensivo e intensivo.
4. Identificación de las familias-riesgo durante el período prenatal y perinatal. Se trata de aprovechar ese momento de crisis propio de cualquier situación de transición que genera una mayor apertura hacia la intervención profesional. Una familia stressada, con múltiples problemas y con pocas habilidades parentales puede ser capaz de recibir consejo e instrucción en cuidados del niño en los momentos y días que rodean al parto, mientras que en otros momentos tal implicación profesional en los asuntos familiares puede ser percibida como hostil e intrusiva.

Conclusiones

Este trabajo ha tratado de presentar de manera resumida y asequible las diferentes posibilidades y vías de intervención tanto terapéutica como preventiva que se han venido utilizando en los casos de malos tratos y abandono.

El objetivo central ha sido no tanto el describir esos programas en concreto, sino demostrar que es posible, con medios y condiciones para ello, solucionar una parte importante de estos casos sin tener que recurrir necesariamente a la separación familiar. En la medida en que sea posible hacer desaparecer o paliar algunas condiciones que provocaban esa relación extremada-

mente desadaptada con el hijo, es evidente que se debe ver el inicio de solución del problema.

También creo que se deduce de lo presentado en este trabajo la necesidad absoluta de una coordinación de los diferentes servicios y de los profesionales que trabajan en ellos, y, derivado de ello, la unificación mínima de criterios con los que se abordan estos casos. No es todo cuestión de crear servicios y de poner más profesionales, sino de utilizar al máximo los recursos humanos existentes tanto profesionales como voluntarios.

Joaquín de Paul Ochotorena

U.P.V./E.H.U.

ANEXO I

INDICADORES DE MALTRATO Y ABANDONO

(Extraído de: "The Role of the Educator in the Prevention and Treatment of Child Abuse and Neglect", C.M. LeBoeuf (Ed.). Community Council on Child Abuse & Neglect, Inc. 1982. P- 8.).

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

Categoría	Indicadores físicos en el niño	Indicadores comportamentales del niño	Conducta del cuidador
ABUSO SEXUAL	— Constantemente sucio, escasa higiene, hambriento o inapropiadamente vestido. — Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo. — Cansancio o apatía permanentes. — Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej., heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios necesarios. — Es explotado, se le hace trabajar en exceso, o no va a la escuela. — Ha sido abandonado.	— Participa en acciones delictivas (ej., vandalismo, prostitución, drogas y alcohol, etc.). — Pide o roba comida. — Raras veces asiste a la escuela. — Dice que no hay nadie que le cuide.	— Abuso de drogas o alcohol. — La vida en el hogar es caótica. — Muestra evidencias de apatía o inutilidad. — Está mentalmente enfermo o tiene un bajo nivel intelectual. — Tiene una enfermedad crónica. — Fue objeto de negligencia en su infancia.
NEGLIGENCIA	— Dificultad para andar y sentarse. — Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada. — Se queja de dolor o picor en la zona genital. — Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal. — Tiene una enfermedad venérea. — Tiene la cerviz o la vulva hinchados o rojos. — Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa. — Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia).	— Parece reservado, rechazante o con fantasías o conductas infantiles, incluso puede parecer retrasado. — Tiene escasas relaciones con sus compañeros. — Comete acciones delictivas o se fuga. — Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales. — Dice que ha sido atacado sexualmente por un padre/cuidador.	— Extremadamente protector o celoso del niño. — Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador. — Sufrió abuso sexual en su infancia. — Experimenta dificultades en su matrimonio. — Abuso de drogas o alcohol. — Está frecuentemente ausente del hogar.
MALTRATO FÍSICO	— El maltrato emocional, a menudo menos perceptible que otras formas de abuso, puede ser indicado por las conductas del niño y del cuidador.	— Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente. — Es extremadamente agresivo, exigente o rabioso. — Muestra conductas extremadamente adaptativas que son o bien demasiado "de adultos" (ej., hacer el papel de padre de otros niños) o demasiado infantiles (ej., mecerse constantemente, chuparse el pulgar, enuresia). — Retrasos en el desarrollo físico, emocional e intelectual. — Intentos de suicidio.	— Culpa o desprecia al niño. — Es frío o rechazante. — Niega amor. — Trata de manera desigual a los hermanos. — Parece no preocupado por los problemas del niño.

ANEXO II

COMPONENTES IMPLICADOS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL MALTRATO PSICOLOGICO-EMOCIONAL

(Extraído de: Garbarino, J. (1986) "Identifying cases of maltreatment" en el Capítulo tercero, pág. 69. de "The Psychologically Battered Child" del mismo autor).

CONTEXTO AMBIENTAL

1. Familia perteneciente a comunidades aisladas o marginadas: pobreza, familias muy numerosas, ausencia de recursos sociales.
2. Familias aisladas en sí mismas: alta valoración de lo privado, pocas amistades, etc.

CONTEXTO FAMILIAR

1. Anulación del significado de la unidad familiar.
2. Expansión del stress y del conflicto marital.
3. Falta de comprensión parental sobre el desarrollo del niño.
4. Ausencia de los padres de las adecuadas habilidades parentales.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES

A. COMPORTAMIENTO:

1. Incapacidad de responder a las necesidades físicas y psicológicas del niño.
2. Se proporcionan respuestas parciales o inapropiadas a las necesidades del niño:

- a) se hacen demandas excesivas.
 - b) se infantiliza.
 - c) se corrompe o desocializa.
 - d) se falta a su respeto.
 - e) falta de consistencia.
3. Se proporciona una respuesta destructiva a las necesidades del niño.

B. PERSONALIDAD:

- 1. Fueron maltratados cuando eran niños.
- 2. Adictos a drogas o alcohol.
- 3. Tienden a crear un ambiente stressado en las interacciones.
- 4. Mentalmente enfermos o retrasados.

CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS

A. BEBES:

Muestran un retraso no orgánico en el crecimiento. Irritabilidad exagerada, respuestas sociales inadecuadas. Falta de armonía y estabilidad en la relación con los padres.

B. NIÑOS:

Se sienten no queridos, inferiores, con baja autoestima y con una visión negativa del ambiente. Ansiedad y agresividad volcadas hacia sí mismo o hacia los demás. Comportamiento social inadecuado.

C. ADOLESCENTES

Sentimientos similares a los anteriores, pero con respuestas más severas. Se puede llegar a conductas destructivas, depresión, suicidio, fugas de domicilio, predelincuencia, etc.

ANEXO III

Los profesionales ajenos a los servicios sociales ante un caso de "sospecha" de maltrato o abandono. La entrevista con el niño y los padres: "Qué hacer" y "qué no hacer"

(Tomado de: "The Educator's Role in the Prevention and Treatment of Child Abuse and Neglect". The User Manual Series. U.S. Department of Health and Human Services, 1984.)

LA ENTREVISTA CON EL NIÑO

1. QUE HACER:

- Si el niño tiene más de 3 años, entrevistarle a él mismo. Realizar la entrevista en privado, donde el niño se sienta seguro de que nadie puede verle y oírle.
- El entrevistador ha de ser alguien en quien el niño confíe y a quien respete.
- Sentarse cerca del niño, no al otro lado de una mesa o pupitre.
- Asegurar al niño que la entrevista es confidencial; advertirle de cualquier acción futura que pueda ser necesaria.
- Emplear un lenguaje comprensible para el niño y pedirle que clarifique palabras/términos que no se entienden.

- Tocar cariñosamente al niño, mantener un contacto no-amenazante si éste lo acepta (agarrarle, abrazarle, etc.).

2. QUE NO HACER:

- Manifestar horror, susto o desaprobación hacia los padres, el niño o la situación.
- Permitir que el niño se sienta "culpable" o "en un apuro".
- Indagar o pedir insistentemente respuestas que el niño está poco dispuesto a dar.
- Sugerir respuestas al niño.
- Realizar cualquier movimiento amenazante hacia el niño.
- Forzar al niño a desvertirse.
- Pedir al niño que "repita su historia" en presencia de otra persona.
- Realizar la entrevista con un grupo de entrevistadores (puede realizarse entre dos personas).

LA ENTREVISTA CON LOS PADRES

1. QUE HACER:

- Realizar la entrevista en privado.
- Asumir una actitud de no-juzgar, ni punitiva ni amenazante.
- Ser directo, honesto y profesional.

—Asegurar al padre/madre (o ambos) que la entrevista es confidencial; ser sincero con respecto a si se ha realizado o se va a realizar una denuncia; advertirse de la responsabilidad legal de denunciarlo.

—Asegurar el apoyo del entrevistador (de la institución que éste represente).

2. QUE NO HACER:

—Manifestar horror, cólera o desaprobación hacia los padres, el niño o la situación.

—Intentar "probar" la existencia de abuso o negligencia con acusaciones o exigencias.

—Entrometerse en aspectos familiares no relacionados con la situación específica.

—Echar la culpa o juzgar a los padres o al niño.

ANEXO IV

Criterios clínicos utilizados en la evaluación del riesgo familiar para los malos tratos en la infancia

(Tomado de: Ayoub, C. y Jacewitz, M.M.: "At Risk Parent-Child Program, Inc." Tulsa. Ocklahoma. USA.

A) INDICADORES BIOLÓGICOS DE RIESGO:

1. Niño prematuro.
2. Niños con defectos congénitos.
3. Niño con patrones alimenticios o de sueño defectuosos. Los comunmente llamados "niños difíciles".
4. Niños con problemas médicos, incluidas las dificultades evolutivas y de alimentación.
5. Madres con algunas enfermedades físicas, particularmente si ocurren en períodos vulnerables, incluidos el embarazo, el nacimiento y el postparto.
6. Historia reciente de enfermedades serias o fallecimiento de hermanos u otros familiares significativos.
7. Características físicas del niño que no cumplen las expectativas de los padres.

B) INDICADORES PSICOLÓGICOS DE RIESGO:

1. Historia parental de infancia infeliz con de privación física y/o emocional.

2. Aislamiento social o emocional de los padres.

3. Historia de dificultades emocionales en el pasado: depresión, ansiedad, etc.

4. Limitaciones intelectuales moderadas-severas.

5. Adicción parental a las drogas o el alcohol.

C) INDICADORES SOCIALES DE RIESGO

1. Condiciones de vida, extremadamente pobres.

2. Dificultades económicas.

3. Desempleo.

4. Movilidad social. Emigración.

5. Falta de medio autónomo de transporte.

6. Historia de actividades violentas y/o ilegales.

7. Problemas de Salud generados por la falta de cuidados médicos o nutritivos.

D) INDICADORES INTERACCIONALES DE RIESGO:

1. Dificultades maritales. Conflictos o falta de apoyo.

2. Dificultades familiares. Conflictos o falta de apoyo.

3. Dificultades en el vínculo Padre/Madre-Hijo.

ANEXO V

Identificación temprana del riesgo de problemas en la interacción familiar; indicios o señales de alto riesgo en el marco de la clínica pre y postnatal

Este Anexo presenta de manera sistematizada una serie de observaciones que, realizadas en los momentos anteriores, posteriores y durante el parto, pueden ayudar a detectar madres con riesgo de desarrollar problemas en la relación con sus hijos.

Los autores (Gray et al.; en Helfer, R.E. y Kempe, C.H., 1976, p. 377 y ss.) han utilizado esta entrevista en el marco de la atención sanitaria, proponiendo que la valoración de todas las cuestiones incluidas ha de ser realizada a través de observaciones (más o menos informales) del personal clínico.

"Una situación de Alto-Riesgo no se traduce exclusivamente en *uno* cualquiera de los ítems recogidos, sino que se refiere más bien a combinaciones diversas de tales señales, al grado de énfasis que la familia pone en ellos, y a su inflexibilidad o resistencia al cambio. El "entrevistador" debe tener en cuenta la edad, nivel cultural y educativo de la paciente, y combinar esta información con observaciones acerca de su estado afectivo y el significado de sus sentimientos" (Op. cit, p. 381).

Señales o indicios de alto-riesgo en el marco de la clínica prenatal

- A) Excesivo interés o preocupación antes del nacimiento por el sexo del bebé
 - 1. Razones por las cuales un determinado sexo es tan importante (por ejemplo, para cubrir las necesidades de la madre).
 - 2. Necesidad materna de satisfacer al padre con el sexo del bebé.
 - 3. Naturaleza y rigidez de tales necesidades.
- B) Manifestación de expectativas altas hacia el niño.
 - 1. Excesivo interés o preocupación por el progreso del niño en su desarrollo tanto general como físico, su comportamiento y por la 'disciplina'.
 - 2. Necesidad de los padres de controlar las acciones y reacciones del niño.
 - 3. ¿Es deseado el niño para cubrir necesidades no satisfechas en las vidas de los padres?
- C) ¿Va a estar "de más" este niño?
 - 1. ¿Hay una separación o espaciamiento adecuado entre este niño y su inmediato superior?
 - 2. ¿Ha habido evidencia durante el embarazo de una relación "desintegrada" con el (los) hijos(s) mayores), por ejemplo, abuso físico o emocional por primera vez?
- D) Evidencia de deseo por parte de la madre de rechazar o negar el embarazo.
 - 1. Negativa o mala disposición a ganar peso.
 - 2. Rechazo a hablar acerca del embarazo de manera proporcionada o en consonancia con la realidad de la situación.
- 3. No vestirse con ropa pre-mamá cuando sería lo apropiado.
- 4. No hacer proyectos sobre el cuarto, ajuar, etc. del niño en el hogar.
- E) Depresión severa durante el embarazo.
 - 1. Inicio de depresión durante el embarazo.
 - 2. Información acerca de perturbaciones en el sueño que no pueden ser relacionadas con aspectos físicos del embarazo.
 - 3. Intento de suicidio.
 - 4. Aislamiento social.
 - 5. Estado de ánimo "apático".
- F) ¿Alguno de los padres ha considerado anteriormente en algún momento de manera seria la posibilidad de abortar?
 - 1. ¿Por qué no lo llevaron a cabo?
 - 2. ¿Retrasaron pasivamente el tomar una decisión hasta que la posibilidad de realizar un aborto fue considerada no factible bajo criterios médicos ("legales")?
- G) ¿Han considerado los padres alguna vez de manera seria la idea de abandonar o renunciar al niño? /
 - 1. ¿Por qué cambiaron de opinión?
 - 2. Razones y "tono" con los que expresan el cambio de decisión.
- H) ¿A quién recurre la madre para lograr apoyo?
 - 1. ¿En qué medida la madre percibe que estas personas son dignas de confianza y le prestan ayuda y atención?
 - 2. ¿Quién acompaña a la madre a la clínica?
 - 3. ¿Hay alguna organización o asociación comunitaria que le proporcione algún tipo de apoyo?
- I) ¿Está la madre muy sola y/o asustada?
 - 1. ¿Se debe esto únicamente a la falta de educación y conocimientos acerca del embarazo y el parto?
 - 2. Está excesivamente preocupada por los cambios físicos durante el embarazo y el parto?
 - 3. Las explicaciones cuidadosas y detalladas, clases prenatales, etc., ¿disipan esos temores?

4. La madre tiende a dirigir y mantener el foco de la entrevista en sus temores y necesidades más que en expresar sentimientos de expectación, ilusión, entusiasmo o alegría proyectados sobre el bebé próximo a nacer.
- J) A causa de "mí" (el "entrevistador"), la madre hace demasiadas visitas no programadas a la clínica prenatal o a la sala de urgencias.
1. Manifestando dolencias físicas exageradas en el niño que no pueden ser corroboradas mediante exámenes físicos o pruebas de laboratorio.
 2. Múltiples dolencias o enfermedades psicosomáticas.
 3. Excesiva dependencia del médico o de la enfermera.
- K) ¿Cuáles son las condiciones de vida de la paciente?
1. ¿Son adecuadas las condiciones físicas de alojamiento?
 2. ¿Tiene teléfono?
 3. ¿Dispone de medios de transporte?
 4. ¿Tiene amigos o parientes que vivan cerca suyo?
- L) Los padres no pueden hablar libremente acerca de los aspectos anteriores y evitan el contacto visual.
- M) ¿Qué se puede averiguar acerca de la historia de vida de los padres?
1. ¿Crecieron en un hogar adoptivo?
 2. ¿Vivieron con un familiar y más tarde se trasladaron a vivir con otro pariente?
 3. ¿Qué tipo de disciplina utilizaron con ellos? (El sujeto puede no percibirlos como abusivos).
 4. ¿Proyectan criar a sus hijos del mismo modo en que sus padres lo hicieron con ellos?

Señales o indicios de alto-riesgo en la sala de partos

- A) Aspecto de la madre:
1. ¿Cómo MIRA la madre al niño?
 2. ¿Qué DICE la madre?
 3. ¿Qué HACE la madre?

B) Las siguientes frases pueden ayudar a la organización de la información teniendo en cuenta las observaciones mencionadas anteriormente:

1. ¿El padre/madre parece triste, feliz, apático, desilusionado, enfadado, agotado, asustado, ambivalente?
2. ¿Habla el padre/madre al bebé, al cónyuge, utiliza el nombre del niño, establece con éste contacto visual, le toca, abraza, examina?
3. ¿El cónyuge, amigos y/o parientes ofrecen apoyo, manifiestan críticas, rechazo o ambivalencia?

C) Si la interacción parece sospechosa, se debe realizar una evaluación adicional.

D) Las reacciones mostradas en el parto y que son preocupantes incluyen:

1. Falta de interés por el bebé, ambivalente, reacción de pasividad.
2. La madre dirige el foco de atención hacia sí misma.
3. Escasa disposición o rechazo a coger al niño, incluso cuando se lo ofrecen.
4. Hostilidad dirigida hacia el padre.
5. Inapropiadas verbalizaciones o miradas dirigidas al niño, expresión clara y categórica de hostilidad.
6. Comentarios u observaciones depreciativas acerca del sexo o características físicas del bebé.
7. Decepción con respecto al sexo u otras características físicas del neonato.

Señales o indicios de alto-riesgo en el período posterior al parto

- A) ¿Permanece la familia decepcionada con el sexo del bebé?
- B) ¿Cuál es el nombre del niño?
1. ¿Como quién se llama?
 2. ¿Quien escogió el nombre?
 3. ¿Cuándo se eligió el nombre?
 4. ¿Se utiliza el nombre del niño cuando se le habla o cuando se habla de él?

- C) ¿Cuál fue/es la reacción del marido y/o familia al neonato?
1. ¿Proporcionan apoyo?
 2. ¿Son críticos?
 3. ¿Intentan acaparar y controlar la situación?
 4. ¿Está celoso el marido por la cantidad de tiempo y energía que el bebé exige de la madre?
- D) ¿Qué tipo de apoyo, además del de la familia, está recibiendo la madre?
- E) ¿Hay problemas de rivalidad/celos en los hermanos?, ¿piensa la madre que habrá alguno?, ¿cómo piensa solucionarlos?, ¿o niega que un nuevo hermano cambiará las relaciones existentes en la familia?
- F) ¿Se molesta la madre ante el lloro del niño?:
1. ¿Cómo le hace sentirse?, ¿enfadada?, ¿incapaz?, ¿como cuando llora ella misma?
- G) Alimentación:
1. ¿Ve la madre al niño como demasiado exigente en sus necesidades alimenticias?
 2. ¿Ignora la madre estas demandas?
 3. ¿Siente repulsa/rechazo por la suciedad, los vómitos, etc.?
 4. ¿Siente repulsa/rechazo por los ruidos que hace el bebé al mamar?
- H) ¿Cómo ve la madre el cambiar los pañales?
1. ¿Siente repulsa/rechazo por la suciedad, olores, etc.?
- I) ¿Exceden sus expectativas acerca del desarrollo del niño las capacidades de éste?
- J) Control o ausencia de control de la madre sobre la situación:
1. ¿Se implica y controla las necesidades del niño y lo que va a suceder (en la sala de espera y durante el examen médico)?
- ¿Delega el control en el médico, enfermera, etc. (desnudar, coger, permitir al niño expresar temores, etc.)?
- K) ¿Puede expresar la madre que se divierte con el niño?
1. ¿Puede verle como un individuo separado?
 2. ¿Puede centrar su atención en él y encontrar algo positivo en ello para sí misma?
- L) ¿Puede la madre establecer y mantener un contacto visual directo (mirando a los ojos), frente a frente, con el bebé?~
- M) ¿Cómo habla con el bebé?
- N) ¿Son generalmente negativas sus verbalizaciones acerca del niño?
- O) Cuando el niño llora, ¿la madre le tranquiliza o es capaz de hacerlo?
- P) ¿Tiene quejas (de comportamiento y salud) acerca del niño que no pueden ser verificadas?
1. Múltiples llamadas de urgencia por dolencias mínimas, problemas no serios.
 2. Llamadas continuas por problemas pequeños, por cosas que a los profesionales les parecen sin importancia, pero que la madre las percibe como más importantes.
 3. Dice que el bebé cosas "a propósito" exclusivamente para irritar a los padres.
 4. En su presencia (la del "entrevistador"), la madre describe una característica del niño que usted no puede verificar —por ejemplo, que el bebé llora continuamente.
 5. La cuenta a usted historias en esencia increíbles acerca del bebé —por ejemplo, que ha dejado de respirar, ha cambiado de color en los últimos 30 minutos y ahora parece estar bien.
- Q) Manipulación de las personas que trabajan con la familia: enfrentar a la enfermera con el terapeuta, al médico con el trabajador social, mediante quejas y mentiras. Distorsión de la información, etc.

POSIBILIDADES DE APLICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE IDENTIFICACIÓN, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LOS MALOS TRATOS Y ABANDONO INFANTIL EN LA RED DE SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES

Para la autora de este artículo, es necesario que los Ayuntamientos tengan una estructura básica que recoja y analice la demanda de la población abarcando todas las problemáticas. Esta estructura básica serían los denominados Servicios Sociales de Base. El Ayuntamiento debe plantearse la actuación en la Infancia desde un punto de vista global.

Para centrar este artículo me parece básico el hacer una serie de consideraciones previas:

a) Que las estrategias que se plantean en los artículos anteriores de esta revis-

ta no se pueden trasplantar a nuestra realidad sin tener en cuenta:

— El tratamiento que se ha dado a este tema en lo relativo a visión puramente punitiva y a la existencia de

organismos específicos no integrados en los organismos más cercanos al ciudadano.

- La situación y desarrollo legislativo en lo referente a las leyes que regulan la atención y protección de la infancia.
- La escasa andadura del sistema público de Servicios Sociales con su actual contenido y dimensión.
- La falta de conciencia de los organismos públicos en estos temas.

b) Que cualquier programa dirigido a detectar, tratar o prevenir las situaciones de maltrato y abandono debe estar integrado en un Programa Global de Infancia y Juventud, y debe ser puesto en marcha desde servicios descentralizados y polivalentes dirigidos a toda la población.

c) Que existiendo ya una norma en lo referente al reparto de competencias en los temas de Servicios Sociales (Ley de Servicios Sociales del País Vasco - Mayo 1982), es hora de que se aplique y se llene de contenido en cada uno de los niveles y estamentos señalados, máxime en temas de tal importancia como la atención a las situaciones de maltrato y abandono, en las que dada su complejidad es inviable pensar en una aplicación de programas descoordinados o faltos de criterios específicos, criterios que en ningún caso deben ser improvisados en cada Ayuntamiento.

La actuación municipal

Dejando de lado el papel de los demás estamentos. Gobierno y Diputaciones Forales, me centraré en los Ayuntamientos, donde es preciso destacar, que antes de poner en marcha ningún programa se debe tener en cuenta unos mínimos a nivel de infraestructura que resultan imprescindibles, a la par que evidentes.

Creación de un Área de Infancia, Juventud y Familia

Son muchos los Ayuntamientos donde la infancia no se ha considerado un sector preferente de atención, llevando a cabo una serie de actuaciones puntuales no insertas en un programa global.

Por ello, es de vital importancia, la creación de un Área o Departamento de Infancia que provea:

- Una actuación planificada.
- Unos programas especializados.
- Un presupuesto propio.
- Un equipo interdisciplinar y personal especializado.

Creación de servicios de atención a la población de carácter global y descentralizado

Es preciso que los Ayuntamientos tengan una estructura básica que recoja y canalice la demanda de la población abarcando todas las problemáticas, y que a la vez dé respuesta, tanto con prestaciones como con programas, a las necesidades individuales y grupales.

Esta estructura básica serían los denominados Servicios Sociales de Base, que contando con unos recursos propios, estén insertados en los Centros Sociales desde donde se coordinarían la puesta en marcha de programas por sectores de población.

Una vez indicados los aspectos generales, paso a detallar los aspectos concretos de la actuación municipal.

El Ayuntamiento como primer escalón en la recogida de demanda

Dando por entendido que la demanda del menor en general y de las situaciones de malos tratos y abandonos en particular es una demanda atípica en cuanto a su canalización dadas las características del sector: dependencia paterna, no constituir un grupo de presión; y de la propia problemática infringida en muchos casos por los propios padres en el medio privado.

Concibiendo al Ayuntamiento como elemento más cercano al ciudadano y como guardador genérico de la Protección del Menor.

Y sabiendo que hasta ahora la demanda detectada por los Servicios Sociales y Hospitalarios en el tema del maltrato, abarca un tanto por ciento pequeño de la existente; está sesgada por la tipología de usua-

rios de los servicios y se trata de los casos más graves.

Es por lo que considero que el Ayuntamiento debe ser el que se ocupe de fomentar la detección más allá de sus propios servicios, entendiendo que además de la demanda pasiva (la que afluye directamente a los Servicios Sociales de Base y a los Centros Hospitalarios, T.T.M.) debe articular una serie de medidas para la detección ACTIVA en aquellos Servicios Generales que utiliza la población (Registro Civil, Centros educativos, Guarderías, Colegios; Centros Sanitarios, planificación familiar, consultas de toxicología y pediatría, salud mental), aplicando a cada uno de ellos los llamados MÉTODOS FORMALES E INFORMALES DE DETECCIÓN a través de los profesionales de los propios centros.

Y debe ser, asimismo, el coordinador de los distintos canales que se hayan establecido.

Quiero señalar que al incidir en lo anterior no significa que el Ayuntamiento deba ser quien realice la investigación y sistematización precisa para llegar a conocer los factores generadores de las situaciones de maltrato o abandono, ni tampoco considerar que debe realizar los planes de formación de las diversas técnicas de detección de los profesionales señalados, dado que eso conlleva un alto grado de especialización y necesita de una unificación previa de criterios y rebase las competencias que le son propias.

— *El Ayuntamiento, como canalizador de esa demanda a otros servicios intermedios, equipos especializados*

Los canales utilizados por el Ayuntamiento en cualquiera de las dos modalidades de detección por la diversidad de su carácter no pueden ser los servicios donde se aglutine y se tenga que dar respuesta a esa demanda, sino que como ya se ha dicho, deberán ser canalizadores de la misma hacia otras Instancias Municipales, Mancomunales o Territoriales en las que existan Equipos Especializados (A.S., Psicólogo, Pedagogo) que mediante unos estudios más exhaustivos, puedan hacer la propuesta de tratamiento más idónea, apoyándose en los Servicios Judiciales cuando sea preciso y remitiendo el caso a los Servicios Sociales de Base para que desde allí se intervenga en unos casos, se realice un seguimiento y se coordinen diversas intervenciones comu-

nitarias, en otros; y al Servicio de Registro de casos de la Comunidad Autónoma.

— *El Ayuntamiento como ofertador y gestor de programas y servicios que asistan y prevengan estas situaciones.*

En el tratamiento

El Ayuntamiento debe plantearse la actuación con la infancia desde un punto de vista global, por lo que no sólo debe proveer aquellos programas que de él dependen para el tratamiento de los casos, sino que debe coordinar otros estamentos municipales cuya labor incida en la infancia y aprovechar todos los servicios comunitarios que directa o indirectamente afectan a este sector.

A este nivel entiendo que las distintas terapias indicadas para los padres y madres maltratadores, el Ayuntamiento debe fomentarlas pero no proveerlas directamente desde Servicios de Salud propios.

En cuanto a la filosofía que debe estar presente en estos programas de asistencia, debe superarse los matices puramente judiciales y moralistas que han incidido con anterioridad para pasar a considerar terapéuticamente la intervención, entendiendo que los factores que inciden en el maltrato y abandono "son psicólogos además de sociales.

En la prevención

Considero que hay aspectos de la prevención que quizá superen el ámbito municipal para llegar al autonómico, me refiero con ello a las Campañas de Sensibilización general dirigidas a toda la población. Pero también, quiero señalar que estas campañas necesitan descender y llegar a adentrarse en el tejido social y que eso sólo se hace posible con la actuación a nivel de los Barrios o Zonas restringidas, y coordinadamente trabajar, en unos casos, con las fuerzas vivas existentes y en otros casos, para fomentarlas.

Como ejemplo aplicado, puede servir la necesidad de articular campañas de capacitación de familias que apoyen a las afectadas de diversas problemáticas, entre las que podría estar la que nos ocupa.

Loli García

Responsable Área Infancia del Instituto Municipal de Bienestar Social y Salud de Vitoria-Gasteiz



LA SEPARACIÓN: ALTERNATIVA ANTE LOS MALOS TRATOS EN LA INFANCIA

Frecuentemente los profesionales dedicados a la protección del menor se encuentran ante la difícil tarea de considerar la separación entre las alternativas de intervención ante el maltrato infantil. No pretendemos en este artículo afirmar o negar con carácter absoluto y general la adecuación o conveniencia de dicha opción. Cada situación de malos tratos es definida por una serie de variables que necesariamente la convierten en un caso individual y específico: edad del niño, tipo de maltrato, posibles causas de este comportamiento inadecuado o aberrante, frecuencia, situación familiar, etc. Y en cada caso el estudio de tales factores guía la orientación y la propuesta de intervención. Sin embargo, es preciso destacar un aspecto fundamental, no siempre considerado en este análisis.

La gravedad del maltrato en sí mismo y el impacto que produce en nuestra sensibilidad puede hacernos olvidar la situación afectiva del niño víctima de malos tratos. Al elevar a un primer plano de interés la eliminación urgente del abuso, la separación, eventual o definitiva, del contexto agresivo es frecuentemente una de las alternativas inmediatas. Ahora bien, los datos actuales sobre la vinculación afectiva, su carácter necesario, las secuelas de su ruptura y el tipo de apego establecido en los niños maltratados exigen incluir otro nivel de análisis: *el balance entre la situación específica y las necesidades socioafectivas del niño*. Una perspectiva de la vinculación se hace necesaria no sólo en la planificación de la actuación social inmediata, permanencia y vuelta del niño al contexto familiar o separación, sino también en las estrategias de intervención posteriores, ya sean en el marco familiar original o en contextos sustitutivos (hogares de grupo, familias adoptivas, residencias institucionales).

A lo largo de esta exposición intentaremos presentar aquellos conocimientos que, desde nuestro punto de vista, permiten situar la dimensión socio-emocional entre los factores o variables fundamentales a la hora de orientar la protección y ayuda del niño maltratado.

La primera parte de este capítulo tiene por objeto una revisión de la naturaleza, función y desarrollo de la vinculación afectiva. En segundo lugar expondremos los datos aportados por la investigación sobre el apego en niños víctimas de abuso físico. Y finalmente, este marco interpretativo nos servirá para abordar un análisis de las posibles alternativas.

El apego

El término socialización en un sentido amplio hace referencia al desarrollo de las capacidades humanas básicas que permiten vincularse, comunicarse, convivir con los demás miembros del grupo social y reflexionar sobre ello. Es evidente que el contexto social evolutivo no se reduce a la relación con la figura materna. Se trata de un universo amplio que incluye la interacción con otros miembros del sistema familiar (padre, hermanos, abuelos), escolar (compañeros, maestros, cuidadores), etc. Y estos sistemas de relación a su vez se sitúan en un marco cultural, económico, geográfico,...

Sin embargo, durante la primera infancia, y aunque con menos preponderancia también en los años posteriores, el desarrollo social se refiere a la vinculación, de la que depende. La relación afectiva con una figura específica, generalmente la madre, constituye la base de esta integración en el mundo social y un modelo al que se ajustan las posteriores relaciones. Asimismo, la importancia y relevancia de la primera vinculación deriva de su capacidad predictora en el desarrollo emocional e intelectual.

Naturaleza, función y desarrollo de la vinculación afectiva

Los planteamientos actuales sobre el desarrollo afectivo muestran un claro alejamiento de las teorías tradicionales (psicoanálisis y conductismo) en torno al origen del vínculo afectivo. A partir de las primeras formulaciones publicadas por Bowlby en 1969 sobre la naturaleza *primaria* del apego entre el niño y la figura materna, numerosas aportaciones conceptuales y un amplio cuerpo de investigación han generado un nuevo modelo de comprensión de la relación afectiva.

Para la *"teoría del apego"*, como se denomina esta corriente, el lazo, que se manifiesta en la búsqueda de proximidad y contacto, y cuya vertiente psicológica es la seguridad afectiva, no es un proceso secundario a la satisfacción alimenticia. La evidencia, en crías de diferentes especies y en los niños, de conductas vinculares hacia una figura determinada en ausencia de la recompensa alimenticia tradicional, permite afirmar que la vinculación es un proceso primario.

En especies como la nuestra en que los niños no pueden sobrevivir por sus propios medios la necesidad de proximidad con el progenitor es tan original y primaria como la alimentación. Y mantener de manera relativamente estable unos reducidos límites de distancia en las primeras etapas de la vida es crucial para la supervivencia. Como señala Bischof (75), si los niños buscaran el contacto y se acercaran a la figura materna solamente en los momentos de peligro, la ayuda podría llegar demasiado tarde.

Respecto a la génesis del vínculo, este modelo afirma la existencia en el lactante de patrones de comportamiento de carácter instintivo, propios de la especie, que promueven y prolongan la proximidad y el

contacto. En otras palabras, los bebés, desde el comienzo, tienden genéticamente a la interacción con otras personas. Los adultos, por su parte, aun cuando gran parte de su comportamiento es aprendido, disponen también en su interacción con los niños de un código especial de comunicación y un repertorio de respuestas característicos de la especie.

Junto a la clara y comprobada *preferencia perceptiva por los estímulos sociales* (rostro y voz humanos) desde los primeros momentos de la vida, el sistema de apego infantil incluye *conductas de señales*, como la sonrisa, el llanto, las expresiones emocionales y *conductas activas de búsqueda de proximidad*, como el reflejo de búsqueda y succión, el abrazo, y, desarrollada la marcha, el seguimiento.

La actividad espontánea de estas conductas (se desarrollan aun cuando las posibilidades de aprendizaje son mínimas o nulas), su carácter universal (presentes en la mayoría de los miembros de la especie humana) y su valor supervivencial permite calificarlas de instintivas.

Los adultos, figuras de apego, en su relación con los niños activan también un tipo de comportamiento especial: contacto físico, posición de frente, ruptura del espacio interpersonal, lenguaje adaptado (simple, redundante, sonidos sin significado, con grandes y repetidas pausas, sincronizado con la vocalización infantil), etc.

Es preciso señalar que en este modelo, y en esta exposición, el término figura materna o figura de apego no se refiere única y necesariamente a la madre biológica, sino a la persona que ejerce la función: que responde contingentemente a las señales del niño, inicia y promueve la interacción, sincroniza, disfruta con él, etc., y de manera estable.

El vínculo. Evolución

Este sistema de conducta infantil en interacción con el materno genera una *familiarización y discriminación* durante el primer semestre de la vida. A partir del tercer mes el niño distingue entre familiares y extraños. Aunque no rechaza a los desconocidos, se observa una interacción diferencial para con la figura materna (sonrisa y vocalización diferencial, interrupción diferencial del llanto,...).

Alrededor del 1° mes este proceso cristaliza en la formación del lazo. Ahora *la interacción se dirige de manera privilegiada hacia la madre* o quien haga las veces de ésta, rechazando a los desconocidos y surge *la ansiedad de separación*. Una vez establecida la vinculación, la relación con el mundo exterior se modifica. Las figuras de apego se convierten en una *base de seguridad* a partir de la cual el niño inicia la exploración de la realidad: la presencia y accesibilidad de la madre activan las tendencias exploratorias, mientras que su ausencia provoca una clara inhibición o disminución de las mismas.

Conforme se desarrollan las capacidades cognitivas y motrices infantiles, comienza un proceso de independencia y consecuentemente la tendencia a la proximidad y contacto decrece. Sin embargo, este alejamiento y orientación hacia el entorno físico y humano, característico de segundo año y etapa preescolar, no supone una ruptura del vínculo. El apego permanece activo y el niño seguirá recurriendo a la figura materna en los momentos de inquietud, tristeza, enfermedad o peligro.

Seguridad-ansiedad

Si la presencia y accesibilidad materna constituyen la base de seguridad, la separación, la soledad es el gran terror de la infancia. El llanto, inquietud, intentos de búsqueda y recuperación, manifiestos en cualquiera de las breves ausencias parentales que el niño experimenta en los primeros años, son un claro exponente de la ansiedad que provoca la separación.

Los efectos, a corto y a largo plazo, que la separación de la figura de apego produce en la primera infancia constituyen uno de los principales centros de interés de las teorías del apego. Iniciada por Bowlby (1951, 1969), la investigación del fenómeno de la separación afectiva, proporciona suficientes datos para considerarlo uno de los principales factores de estrés.

Bowlby (1969) observa y describe tres fases emocionales de respuesta a la separación:

Fase de protesta— Comienza cuando los niños toman conciencia de la ausencia y puede durar desde unas horas a una semana. Es una etapa de gran inquietud y lucha activa por recuperar a la madre. El llanto

es intenso, así como la agitación motriz: sacuden la cuna, dan vueltas, si su capacidad se lo permite intentan huir. Son evidentes también en muchos casos los trastornos de la alimentación, del sueño y las conductas características de etapas anteriores: descontrol esfinterial, succión del pulgar. Asimismo, es frecuente el rechazo de otras figuras sustitutas que intenten consolarlo.

Cuando la figura materna vuelve, las conductas de apego se intensifican, el temor a los desconocidos aumenta y durante un período variable la ansiedad ante la separación es manifiesta.

Fase de desesperación—Si la separación continúa, disminuye la agitación violenta, el llanto es más monótono y la pasividad y retraimiento caracterizan la conducta infantil. En esta etapa no rechaza totalmente los cuidados ofrecidos por cuidadoras o enfermeras, sino que manifiesta una actitud ambivalente: a veces se muestra sociable y a veces hostil. Este cambio en el comportamiento infantil podría interpretarse como superación del dolor y de la ansiedad. Sin embargo el agravamiento de los problemas de sueño, alimentación, las conductas regresivas y el retraso fisiológico e intelectual, que comienza a ser evidente, indican el error de tal interpretación.

El comportamiento ante el regreso de la madre revela también serias alteraciones. El niño no parece reconocerla, se muestra distante e incluso agresivo, actitud que depende de la duración de la separación y de la reacción de las figuras familiares.

Fase de desapego— Cuando el período de separación se prolonga, el niño comienza a adaptarse a la pérdida de la figura de apego a la que termina olvidando e intenta reanudar un nuevo vínculo con nuevas figuras. En el caso, desgraciadamente frecuente, de sucesivas vinculaciones y pérdidas, el niño llega a una etapa de desapego: no parece experimentar afecto; cuando la persona que le cuida lo abandona, no se muestra perturbado, ni manifiesta emoción o alegría ante las figuras familiares.

Es evidente que no todos los niños reaccionan de la misma forma y con la misma intensidad ante las experiencias de separación, siendo diversas las variables que explican las diferencias individuales (historia afectiva, experiencias previas de sepa-

ración o amenaza de abandono, presencia de otros familiares, etc.). Uno de los factores determinantes es la edad. El período de mayor sensibilidad y vulnerabilidad a la separación de la madre es el comprendido entre los 8 meses y los cuatro años, lo cual es comprensible teniendo en cuenta la evolución infantil. En edades inferiores no se ha establecido la vinculación sólida con una figura privilegiada y más allá de los tres años las competencias cognitivas le permiten mantener el lazo a pesar de la ausencia temporaria de la madre. Por otra parte, si el vínculo con la figura de apego se ha establecido solidariamente, la seguridad que de ello deriva le permite adquirir una progresiva confianza con otras figuras subsidiarias.

Apego y malos tratos

Tras la lectura del apartado anterior, probablemente el lector se plantee las siguientes cuestiones: ¿en qué medida todo esto es válido en el caso de los niños víctimas de agresión? ¿Qué tipo de vinculación afectiva se establece entre el niño maltratado y la figura agresora? ¿Realmente se puede hablar de apego en estos casos? ¿Sufre el niño la separación?

La investigación sobre los efectos del abuso físico en el desarrollo socioemocional evidencia serias alteraciones en el patrón o tipo de vinculación establecida en el niño maltratado. A pesar de la gravedad de las secuelas, corroborando los resultados de la experimentación animal, los datos de los diferentes estudios coinciden al afirmar que la agresión por parte de la figura de apego no genera una ruptura o eliminación del apego.

Experimentación animal

Los estudios sobre el efecto del castigo en la conducta de apego en las crías de diferentes especies: perros (Scott, 71), corderos (Cairns, 66), monos (Harlow & Harlow, 62) daban cuenta de un fenómeno sorprendente: la agresión física no sólo no debilitaba las conductas de aproximación, seguimiento y contacto, sino que en muchos casos la conducta de apego se intensificaba.

Harlow & Harlow (62) estudiaron los efectos de la privación social en monos.

observando un patrón de comportamiento agresivo y cruel hacia sus hijos en madres criadas en aislamiento. Sin embargo, los monitos persistían en la búsqueda de contacto con sus madres.

En otro experimento estos autores criaron un grupo de monos en compañía de una madre sustituta de paño, en la que se colocaron una serie de tubos a través de los cuales expulsaba aire comprimido. Las crías no manifestaron reacciones de huida, sino todo lo contrario; abrazaban con más fuerza a esta madre sustituta, a pesar de que ello suponía una mayor intensidad en el castigo.

Niños maltratados y calidad del vínculo afectivo

En la actualidad la evaluación del apego no se basa en criterios cuantitativos (intensidad, frecuencia) sino cualitativos, en términos de seguridad.

Ainsworth y Bell (1970) desarrollaron un procedimiento breve y sistemático para evaluar la calidad o seguridad del vínculo niño-figura de apego en la primera infancia, ampliamente validado en la actualidad. Se trata esencialmente de observar cómo organiza el niño su conducta en relación con la figura materna a lo largo de una serie de 7 episodios más o menos estresantes de breve duración: una situación desconocida, un encuentro con una persona desconocida, una breve separación de la madre,...

La clasificación de los diferentes patrones de apego, seguro o inseguro, deriva de la interacción apego-exploración. La capacidad de utilizar a la figura de apego como base a partir de la cual explorar el entorno y el modo de reacción a la vuelta de la madre después de una separación constituyen los principales criterios.

Los niños con una *vinculación segura* (grupo "B"), después de un breve período de familiarización, se alejan de la madre para explorar la sala y los juguetes. Aunque no se inquieten sensiblemente por la separación, la exploración decae sensiblemente. Cuando la madre regresa la reciben con alegría, buscan activamente la interac-

ción con ella, y progresivamente recuperan la conducta exploratoria.

El apego inseguro se manifiesta en dos patrones de comportamiento:

—El grupo "C", *resistente o ambivalente*. Estos niños presentan una mínima exploración del entorno, incluso antes de la separación. La presencia de la madre, después de una breve ausencia no los tranquiliza y la ambivalencia es manifiesta: pueden reaccionar ante la figura de apego con enfado, rechazando el contacto, e inmediatamente buscar la proximidad y la interacción.

—El Grupo "A", *huidizo o rechazante*, se caracteriza por una tendencia a ignorar o evitar a la madre, tanto antes, como después de una separación. No muestran diferencia en el trato a la figura materna y el comportamiento ante desconocidos. Aparentemente se muestran desapegados.

Ainsworth, Bell & Stayton (1971) analizaron la interacción madre-hijo en su propia casa en estos tres grupos de niños, encontrando una significativa relación. Las madres de los niños clasificados como seguros manifestaron la mayor sensibilidad a las señales y comunicaciones emitidas por éstos entre los 9 y los 12 meses. Cuando el niño lloraba o buscaba la proximidad se mostraban responsivas, permitiendo y facilitando el acceso.

Las madres de ambos grupos de apego inseguro (A y C) se mostraban claramente insensibles, pero existían diferencias entre ellas. Mientras las del grupo C, ansioso ambivalente, no respondían a las señales del niño, pero tampoco lo rechazaban, las madres de los niños clasificados como huidizos-rechazantes (A), además de ignorar sus comunicaciones y demandas, frecuentemente impedían o bloqueaban los intentos de acceso.

La investigación dirigida a estudiar la calidad del apego hacia la figura materna en niños víctimas de agresión física, durante la primera infancia, ha utilizado de manera mayoritaria este procedimiento que Ainsworth denominó: "Situación extraña".

La revisión de estos trabajos (Egeland & Sroufe, 81a; Egeland & Sroufe, 81b;

12 meses	18 meses			24 meses		
Egeland & Sroufe (81) Abuso %- B:27 A:55 C:18 Control %- B:67 A:18 C:15	B:33 B:71	A:48 A:16	C: C:13	-		
Schneider-Rosen & Cicchetti (84) Abuso % -Control % - Schneider-Rosen, Braunwald, Carlson & Cicchetti (85) Abuso %- B:29 A:29 C:42 Control %- B:67 A:11 C:22	B:33 B:74	A:39 A:10	C:28 C: 6	-		
	B:23 B:67	A:46 A: 7	C:31 C:26	B:32 B:66	A:46 A: 9	C:21 C:25

Porcentaje de niños clasificados como seguros "B", inseguros rechazantes "A" e inseguros ambivalentes "C" en grupos de maltrato y de control.

Schneider-Rosen & Cicchetti, 84; Schneider-Rosen, Braunwald, Carlson & Cicchetti, 85) muestra en primer lugar una gran concordancia entre los resultados aportados; consistencia destacable si tenemos en cuenta la diversidad de variables que intervienen y caracterizan cada situación de malos tratos.

Como puede observarse en el cuadro resumen, mientras los niños pertenecientes al grupo de control manifestaron, en un amplio porcentaje, un patrón de apego seguro (B), la inseguridad en la vinculación (A y C) es el rasgo característico de los niños víctimas de agresión en todas las edades, con una preponderancia del patrón de evitación (A).

¿La elevada incidencia de una evitación, rechazo de la figura materna en la primera infancia y del que también dan cuenta estudios realizados en edades posteriores, puede indicar un desapego o ausencia de vínculo?

Un análisis de las funciones que desempeña este estilo de interacción en los niños maltratados sugiere más un pseudo-desapego, donde la evitación puede considerarse activa, adaptativa.

La evitación de la proximidad y contacto con una madre proclive a reaccionar violentamente es un modo organizado de respuesta que reduce las posibilidades de posteriores abusos. Por otra parte, como proponen Main & Weston (1982), puede interpretarse también como una medida para mantener cierto nivel de organización y control conductual.

En los niños normales la reacción ante una situación amenazante es organizada: huida del estímulo peligroso y búsqueda de proximidad con la figura de apego. En el caso de los niños agredidos físicamente surge la desorganización y ambivalencia, ya que una misma persona es la amenaza y la seguridad. En el niño se genera un conflicto entre las conductas de huida y aproximación. En este contexto la evitación en sus variadas formas, evitación del contacto visual, orientación hacia otros objetos o personas del entorno,... permite al niño no caer en la desorganización conductual y mantener cierto grado de flexibilidad y control de su comportamiento.

Los estudios en los que se han analizado las reacciones de alejamiento y rechazo en niños maltratados atendiendo a quien inicia la interacción, apoyan también la idea de la subsistencia del lazo afectivo y la función adaptativa —defensiva de la evitación. George y Main (79) observaron que la tendencia de huida y rechazo de la figura materna en los niños agredidos sólo se evidenciaba cuando era esta última quien detentaba la iniciativa de interacción. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre los niños maltratados y el grupo de control en el número de aproximaciones espontáneas. Es decir, cuando el niño controlaba el encuentro, la búsqueda de proximidad, interacción y contacto era tan patente como en el resto de los niños. La tendencia a aproximarse a los padres, a pesar del riesgo de agresión, y el temor a separarse de ellos ha sido descrita también por Ebeling & Hill (75).

Si tenemos en cuenta estos datos y los estudios que coinciden en calificar de

dependiente al niño maltratado (Kempe & Kempe, 78; Martin & Beezeley, 78; DeLozier, 82) podemos inferir que, si bien este comportamiento parental aberrante genera graves secuelas a corto y largo plazo, no provoca una eliminación o ruptura del vínculo. Como señala Félix López: "Este hecho, aparentemente ilógico, es perfectamente coherente si se tiene en cuenta que la indefensión del niño le exige apegarse a los adultos para sobrevivir, aunque éstos no se comporten adecuadamente. La función del apego, como conjunto de conductas que favorecen la supervivencia, aparece, en este caso, especialmente clara" (López, pág. 134).

Necesidades socioafectivas e intervención en el maltrato infantil

Como apuntábamos en el comienzo, la intervención en el caso que nos ocupa debe atender al balance entre la situación específica y las necesidades infantiles, con objeto de asegurar la satisfacción de las mismas.

Los conocimientos sobre el desarrollo infantil permiten afirmar la posición primordial que ocupa el afecto entre las necesidades infantiles básicas (alimentación, protección, cuidados básicos, estimulación, juego,...). Desde nuestro punto de vista, cualquier estrategia de intervención ante los malos tratos, y en los diversos contextos y niveles requiere tener presente esta dimensión socioemocional.

Atender esta necesidad y aceptar un vínculo entre el niño maltratado y la figura maltratante ¿implica que debemos permitir que el niño maltratado permanezca en el contexto familiar?

Esta cuestión es lo suficientemente compleja para responder con un sí o un no; exige un análisis detallado de la situación: edad del niño, tipo de maltrato, circunstancias que han generado la agresión (específicas, temporales o estables), situación de la familia, etc.

La permanencia del niño en la familia de origen, parece desde cualquier óptica, y sobre todo atendiendo a las necesidades socioafectivas, la estrategia más adecuada; y ello es corroborado por la mayoría de las investigaciones. Ahora bien, es preciso mati-

zar: esta opción es válida cuando es apoyada por una actuación o intervención dirigida a modificar las condiciones que generaron el abuso. Estas estrategias de intervención en cada caso pueden incluir el apoyo social, emocional, ayuda económica, la supervisión, modelado, terapia de familia, etc.

Sin embargo, también es cierto que la actuación social y psicológica en el marco familiar no es siempre eficaz o posible. Los padres pueden negarse a aceptar la orientación o ayuda de una persona ajena a la familia o bien, a pesar de la intervención, el maltrato es recurrente. Si el marco familiar es incapaz de aportar la seguridad, protección necesarias será preciso considerar la opción de la separación.

Sin embargo, la separación no siempre responde a la ineficacia de la intervención o a la negativa familiar. Frecuentemente los servicios locales se ven sobrepasados por una demanda que excede sus posibilidades y entonces como denuncian Escarti y Musitu (87): "demasiado a menudo sucede que la *mejor* alternativa para el niño no coincide con la alternativa disponible" (pág. 149).

Desde nuestro punto de vista, la separación del niño de la familia, en la mayoría de los casos supone también una separación afectiva; evita la agresión pero provoca sufrimiento en los niños, y especialmente en la primera infancia y en los años preescolares.

En segundo lugar, la adecuación de una propuesta de separación depende de la capacidad del entorno sustituto de satisfacer la primaria necesidad de afecto. Es un hecho evidente que la mayoría de las instituciones, si bien cumplen una función educativa, de protección y cuidado, no ofrecen al niño la relación afectiva estable y exclusiva que precisa.

Sólo la adopción o el hogar sustituto, donde el niño pueda establecer nuevos vínculos, se revela como alternativa aceptable.

María José Ortiz Barón

EL PAPEL DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE LOS CASOS DE MALOS TRATOS Y ABANDONO

Desde que el médico forense francés, Antonio Tardieu, publicara en el año 1870 el primer trabajo referente a niños víctimas de sevicias corporales, variadas y diversas han sido las publicaciones que sobre este tema han aparecido en la literatura mundial. Estas se han incrementado aún más a raíz de que el pediatra norteamericano H. Kempe describiera el "Síndrome del niño golpeado". Pero tanto los trabajos como las publicaciones se han multiplicado sobre todo fuera de nuestras fronteras así como las Conferencias y Simposios internacionales. Y, sin embargo, llama la atención, en contraposición de lo que acabamos de escribir, la escasez de publicaciones científicas en España como consecuencia de la falta de investigación en este tema, y lo que es peor, debido seguramente a que todavía hoy en día muchos profesionales españoles de la medicina, incluidos algunos pediatras, no realizan este diagnóstico en algunos casos por desconocimiento del mismo, y en la mayoría, por la creencia de que corresponde a una situación excepcional que se da con más frecuencia en otras regiones o en otras sociedades donde la patología social es mucho más importante. Así hasta el inicio de esta década era excepcional su diagnóstico detectándose únicamente los casos de niños severamente golpeados.

Actualmente parece que los colegas se van sensibilizando cada vez más ante la existencia de este problema destacando en este sentido los estudios de los autores catalanes dirigidos por el Dr. Martínez Roig, del Hospital Ntra. Señora del Mar de Barcelona; del Dr. Casado Flores, del Hospital del Niño Jesús, de Madrid; del Dr. Trujillo, de Santa Cruz de Tenerife, los estudios de los pediatras asturianos, etc. Ya dentro de nuestra Comunidad Autónoma pensamos que la mayor experiencia la tiene el Dr. Alfonso Delgado y cois, del Hospital Civil de Bilbao, sin que por ello podamos olvidar al Dr. Borderas, del Hospital de Txagorritxo, de Vitoria, y el Dr. P. Zubillaga, de San Sebastián, que se ha polarizado más en el estudio del maltrato en el niño deficiente mental.

Concepto

El Síndrome del Niño Maltratado (S.N.M.) ha sufrido notables cambios conceptuales en los últimos tiempos, habiendo ampliado considerablemente su definición.

Puede definirse como una entidad clínica que se da generalmente en niños menores de 3 años, los cuales son objeto de sevicias o maltratos físicos, psicológicos o morales, o bien de trato inadecuado de hecho u omisión por parte de sus padres, familiares y cuidadores. Más recientemente se ha llamado la atención sobre los abusos sexuales y en la actualidad empiezan a conocerse cada vez mejor los casos de intoxicaciones intencionadas con los más variados productos farmacológicos, así como todo lo referente al tema de la explotación del menor, sobre todo en los países industrializados, donde la tasa de emigración de otros menos desarrollados es muy elevada.

Como vemos a través de este concepto tan amplio, la definición del "niño maltratado" ha sufrido una gran evolución a través de los tiempos, predominando según las épocas un tipo u otro de maltratos. Así, en nuestra experiencia, podemos afirmar que mientras las sevicias físicas han tendido a disminuir, han aumentado por el contrario los malos tratos de tipo psicológico o morales, fundamentalmente el abandono y descuido de los niños que se ven privados de elementos fundamentales para su crecimiento y desarrollo tales como la nutrición y la afectividad.

Epidemiología

La incidencia del S.N.M. es muy difícil de precisar, sobre todo en nuestro país. Es evidente que este síndrome se da en todos los países cualquiera que sea su grado de desarrollo y su potencial económico.

Su frecuencia sólo puede establecerse de una forma aproximada ya que carecemos de todo tipo de estudios estadísticos sobre el tema, ni siquiera sobre las cifras que se refieren a los maltratos físicos, que son los más fáciles de objetivar. Únicamente salen a la luz los casos extremos que frecuentemente terminan con la muerte del menor. Se considera que los casos denunciados son sólo el 10% de los reales y en el caso de los abusos sexuales, ésta cifra todavía es menor. En este sentido, pensamos que la administración española tiene un gran desconocimiento sobre este problema y carece además de datos fiables. Algo semejante ocurre con la Administración Vasca, a nivel de nuestra Comunidad y presiento que para gran parte de los políticos de nuestra Administración el menor "no existe" y por lo tanto es muy difícil que dispongan de cualquier tipo de datos que se refieran a su mala asistencia y cuidado.

Diagnóstico

Es en muchas ocasiones difícil de sospechar, ya que con frecuencia los padres tardan en llevar al niño al Centro Hospitalario, y es característico además el que las consultas se produzcan en Centros Hospitalarios diferentes para no levantar ningún tipo de sospechas.

Sin embargo, cuando existe cierta experiencia por parte del personal sanitario de los Servicios de Urgencias, a través de la anamnesis o historia clínica, hay algunos datos que nos hacen sospechar que podemos estar ante un niño maltratado o mal cuidado. Así, si la historia referida por los padres no concuerda con la clínica, si estos niños presentan visitas múltiples a Hospitales diferentes, si observamos en los padres cierta reticencia a dar la información que les solicitamos, si acuden a la urgencia por un motivo de consulta distinto a su situación de maltrato, como puede ser el caso de un catarro común de vías altas o un dolor abdominal, si acuden al Hospital a

últimas horas de la tarde, si presentan una reacción inapropiada ante la severidad de las lesiones que presenta el niño, y por último, si tenemos dificultades para recoger algunos datos de la historia tales como fecha de nacimiento, alimentación, vacunaciones, etc., podemos pensar que estamos ante un posible caso de maltrato. Además, con bastante regularidad, los padres no acompañan a estos niños al Hospital; suele ser la abuela, la tía, o una vecina los que acuden con los niños.

Por lo que respecta a la exploración física, llama la atención en primer lugar el aspecto general del niño. Se trata de un niño habitualmente de edad inferior a tres años que destaca por su indiferencia, no se lamenta, no sonríe, ni llora. Sorprende por su estado de suciedad y sus lesiones cutáneas, escoriaciones, quemaduras, equimosis, rasguños y heridas de todo tipo. Sobre estas lesiones se pueden distinguir, a veces, las marcas de un objeto traumatizante, bastón, látigo, cinturón, que evocan un origen traumático. Suele ser útil fotografiar las lesiones con el fin de conseguir un documento objetivo. En estos casos más graves, hay evidencia de fracturas a nivel del cráneo, del tronco o de los miembros. Algunas veces son múltiples, recientes o antiguas. Las fracturas invalidantes y dolorosas que remontan de varios días son sospechosas.

La asociación a fracturas óseas de signos de expansión subdural, es muy evocadora. Un aumento del volumen del cráneo, la aparición de convulsiones, alteración de la conciencia, hemorragias retinianas, vómitos, etc., son constataciones frecuentes. El diagnóstico en estos casos es confirmado por los resultados de la punción de la fontanela, extrayendo un líquido de aspecto xantocrómico o sanguinolento. Esta complicación grave asociada a una alteración profunda del estado general, impone medidas terapéuticas de gran urgencia, fundamentalmente de tipo quirúrgico. El pronóstico en estos casos es incierto.

Siempre que tengamos la menor sospecha ante una situación de este tipo, solicitamos del Laboratorio una serie de datos complementarios, como son un análisis de sangre completo, determinaciones en suero de glucosa, calcio, proteínas totales y hierro, ya que no es raro observar que en estos niños todas estas cifras estén descendidas en suero. Junto a ello es funda-

mental solicitar lo que conocemos con el nombre de "serie esquelética", es decir, radiografías de todo el esqueleto para descartar la existencia de posibles fracturas recientes o antiguas.

Los signos radiológicos constituyen para nosotros una prueba esencial de confirmar un diagnóstico de sospecha. Los más importantes son:

—Hemorragias subperiósticas.

—Despegamiento subperióstico.

—Arrancamiento epifisario.

—Fragmentaciones metafisarias.

—Fracturas de cráneo, costillas, huesos largos, frescas o antiguas.

—Imágenes carenciales de raquitismo, escorbuto, etc.

—Imágenes de hematoma subdural puestas en evidencia a través de la tomografía axial computarizada (TAC).

Ante lesiones radiológicas de este tipo, los padres evocan de ordinario un accidente cuando reciben la información por parte del médico. Pero mientras que los padres son muy prolijos sobre la causa del accidente que ha sobrevenido a su hijo, permanecen en la vaguedad o cambian su versión de los hechos cuando se les interroga con más concreción. No es raro que entonces acusen a un hermano pequeño, a un vecino o a la persona que les suele custodiar.

En estas circunstancias no debemos dudar ni un solo instante en hospitalizar al niño. La hospitalización permite continuar con las investigaciones, necesarias y evita, mientras se completa el estudio, enviar a casa un niño que, probablemente, será de nuevo golpeado. Representa un medio excelente el observar el comportamiento de los padres y el interés que muestran con su hijo. No es extraño que los padres testimonien un bajo interés con respecto a sus hijos y no los vengán a visitar. Se constatan habitualmente pésimas condiciones de vida, situación familiar ambigua, frustraciones de orden económico, social y cultural.

Algunas veces una alteración profunda de la personalidad de algunos de los padres es responsable de las lesiones del niño. Otras, la historia clínica pone en evidencia la inestabilidad de las relaciones conyugales, su rigidez, la falta de lazos afectivos entre los miembros de la familia, etc.. Por último, una evolución favorable en el medio hospitalario, siempre y cuando las lesiones no sean muy extensas o el estado general no esté muy alterado, parecen confirmar el diagnóstico.

Conducta a seguir

Una de las mayores frustraciones que sufrimos los médicos cuando nos enfrentamos a situaciones de niños en los que sospechamos han existido malos tratos o negligencia, es que muchas veces nuestra labor termina cuando realizamos el diagnóstico de sospecha y no encontramos apoyo en otros profesionales de la Sanidad o en los encargados de la protección judicial de los menores. Pienso que es quizá una de las razones, además del temor que sigue existiendo aún, por lo que muchos médicos se abstienen de denunciar los casos que han diagnosticado.

A pesar de ello, queremos recalcar que el médico tiene la posibilidad y el deber de llevar al conocimiento de las autoridades las sevicias o las privaciones de las que pueda tener conocimiento. Debe alertar a los servicios de protección de la infancia e incluso a los servicios judiciales. Entendemos que en estas circunstancias, la obligación del secreto profesional está suprimida. Estas funciones del médico se extienden igualmente a las enfermeras, auxiliares clínicas, puericulturas, asistentes sociales, que pueden libremente suministrar su testimonio sobre la situación o las condiciones en las que ha llegado un niño al Servicio de Pediatría.

Desde nuestro punto de vista, la intervención del psiquiatra infantil se hace necesaria. Este confronta el estado físico y el comportamiento del niño, dialoga con él si es mayorcito y comprueba la actitud de los padres con los que siempre deben entablar una serie de entrevistas para poder hacerse cargo de las características del entorno social que rodea al paciente. Una vez estudiado el caso del niño y su medio ambiente, puede emprender la rehabilitación mater-

na o paterna en una escucha vigilante, siempre y cuando los padres respondan a la llamada del psiquiatra. En los casos en los que los padres sean unos seres afectos de una alteración mental, debe iniciarse con ellos una psicoterapia de larga duración. Mientras tanto, el niño no debe ser entregado a sus padres. En el Hospital trataremos de reponer sus lesiones orgánicas, si las tuviere y suministrarle las calorías que precise para su correcto crecimiento y desarrollo, aporte vitamínico, de hierro y de calcio, así como los diferentes oligoelementos y sobre todo tratarle con sumo cariño y afecto para que reciba aquél del que muchas veces se ha visto desprovisto durante meses o años.

En este sentido, quiero terminar describiendo el cuadro clínico, relativamente frecuente en los tiempos modernos en que vivimos y que hemos tenido ocasión de observar en el Servicio de Pediatría del Hospital Civil de Bilbao, que se conoce con el nombre de "enanismo psico-social". Se trata de niños de talla baja, miembros inferiores cortos, mientras que el cráneo y la cara son mayores en relación a la edad. Están delgados y desnutridos, los cabellos son frágiles con placas de alopecia visibles. La piel está fría y sucia. Son niños apáticos, somnolientos, indiferentes, no juegan y no ríen. Si han aprendido a hablar, parece como si lo hubieran olvidado.

Tal retraso del crecimiento incita evidentemente a la búsqueda de un estado patológico endógeno o que radica en el propio organismo: trastorno hipofisario, endocrino, afectación metabólica o visceral. Pero el carácter negativo de las exploraciones, el comportamiento de la madre, el aspecto del niño nos desvían hacia otra aproximación del diagnóstico: retraso del crecimiento por privación afectiva.

En esta tarea de cuidado y tratamiento de estos niños, los pediatras, forenses, trabajadores sanitarios, asistentes sociales, psicólogos, autoridades judiciales, etc., tienen responsabilidad en las labores que les competen y con un trabajo interdisciplinario se puede plantear con esperanza el futuro de esta entidad clínica que nunca debió existir y cuya erradicación está en nuestras manos.

J. De Gárate

ARABAN ADIN TXIKIKOEN ARTEAN EGINDAKO ESTUDIO BATEN LABURBILDUMA

Eusko Jaurlaritzak 1985eko urrian adin txikikoen babes eta tutela-gaian hartutako konpetentzien arabera, Arabako Foru Aldundiaren Gizarte Ongunderako Erakundeak beharrezkotzat jo zuen estudio bat egitea Arabako Lurralde Historikoan adin txikiko marjinatek zuten egoeraz. Beraz, estudio honen helburua, larriki, adin txikiko marjinateak nola aurkitzen diren jakitea da eta geografiaren arabera premiak nola banaturik dauden ere bai, adin txikikoak zaindu gabe edo abandonaturik uzteko zer faktore dauden aztertuz, jakin zer kausa eta harreman dauden adin txikikoaren problematikaren eta berau irteten deneko familiaren artean, atzemandako premiak ebaluatu eta benetan erantzuna eman zaioneko eskaria, eta azkenik, jarduerahelburuak ezarri kontutan hartu gabe edo behar adina hartu gabe dagoen problematika soluziona dezaketen zerbitzuak eta egitarauak martxan jar ditzaten eta jarduerestrategiak proposatu familiaren babesterako prebentzio-politika bat zehazteko eta praktikatzeke.

Azterturiko kolektiboaren definizioa

Familia problematikotzat hartu dirá gure gizartearen elkarregintzazko balio eta prozesu "normaletatik" kanpo geratzen diren eta beren marjinaltasunarengatik nabarmentzen direnak. Marjinaltasun hau familiaren beraren faktore endogenoetatik etor liteke (gurasoen gaisotasun eta minusbalia, hiltzeagatik bat edo bi gurasoak falta direlako, portaera asozial edo desbideratuengatik...) edo familiaz kanpoko faktoreengatik (desenplegua, lazeria ekonomikoa, aurreritzi etnikoak, ezegonkortasun familiarra...).

Faktore guzti hauek egoera marjinaltzailerak sortera ditzakete adin txikikoarentzat eta eragin zuzena izan lezakete beronen desmoldaeran.

Zentzu honetan, adin txikiko arazoduntzat jo dirá famili giro "normalik" ez duten haurrak, baldin eta bertatik eragin negatiboko egoera batzu sortzen badira, hala nola: abandonua, tratu txarrak, malnutrizioa eta txukuntasunik eza.

Adin txikikoaren faktore marjinaltzailerak hartu dirá, era berean, beronen izaera-

rekin zerikusia dutenak ere: gaisotasuna, minusbalia... (problematika sozio-famüiar batekin kidegurik dauden guztietan) baita portaera, droga edo alkoholaren kontsumoarekin, jardun aurredeliktiboekin edo eskolarekin zerikusia duten guztietan ere (absentismoa, eskolarekiko arbuioa, eskolaporrota...).

Metodología

Marjinazioaren estudiorako hautaturiko metodoa haurtzaro-eremuan, bi eratako analisi elkarrosagarritan oinarritzen da: alde batetik haurtzaroarentzat edo familiarentzat zerbitzu eta/edo programak dituzten erakunde publiko eta pribatuetan eskariari zemolako erantzuna ematen zaion aztertu da. Bestalde, objektiboki dauden baina dakigularik zerbitzuen erakunde-sarearekin, ez eskaltzaile eta ez hartzaile gisa harremantartu ez direnen premiak aztertu dirá. Bigarren kasu honetan, hezkuntza-sare publikoko zentruen multzoan, eskolaurre eta OHOtik hartutako laginak erabili dirá informazio-iturri gisa. Bi analisi mota hauek elkartzea baliozkotzat jotzen da gaur egun haurtzaroan dauden premien egoeraren diagnostiko bat lortzeko, izan ere ezaguera hau nahitaezkoa bait da sektore honen planifikazio sozialerako eta dauden premiak eta eskaintzen den laguntza ebaluatu ahal izateko.

Adin txikiko arazodunak

Gogoeta kuantitatibotan sartu aurretik, aipaturiko metodologiaren bitartez lorturiko datuak gaiarekiko lehen hurbilpen gisakotzat hartu behar direla zehaztu behar da lehendabizi, izan ere ez bait dago antzeko beste estudiorik kontrastatzeko eta, ahal izanez gero, emaitzat balioztatu ahal izateko.

1 5 urtetatik beherako adin txikiko arazodunen kolektiboa 4.109 haurrez osaturik dago, eta honek esan nahi du 0 eta 14 urte bitarteko ehun haurretatik sei egoera sozio-familiar ez-normaletan aurkitzen déla. Adin txikiko hauen % 24, hau da, 983k eratzen dute harremanetan jarri den eta zerbitzu sozialen saretik erantzuna hartzen ari den eskaria. Gainerako % 76ak, 3.126k, potentzialki zerbitzu-eskaltzaile izan litekeen populazioa osatzen du. Honek esan nahi du objektiboki premi maila desberdinetakotzat jo daitezkeen egoeratan aurkitzen direla, baina arrazoi desberdinengatik, ez dutela jo —edo ez dagoela konstataturik jo dutela— zerbitzu sozialen sarera zainketa-

-eske. Esan beharra dago eskari potentzia-leko zifra honek larritasun maila desberdinetako eskariak dauzkala bere baitan. Bertan arazorik larrienekoak (abandonua, tratutxarra, gosea) 422 haur dirá (eskari potentzialaren % 13,5) sarritan arazo hauek bateraturik aurkitzen direlarik eta egoera hauek dirá lehentasunez jardutea eskatzen dutenak. Gainerako % 86,5 (2.704 haur) hainbesteko larritasunik ez duten arazoaren pean daude (desardura, portaera-arazoak, eskola-arazoak, eskasia arinak, nahaste psikiko eta arrisku-egoerak), eta hauek prebentzio eta asistentziazko jarduerak eskatzen dituzte epe labur eta/edo erdikora.

Geografiazko kokaerari dagokionean, txiki arazodunen erdia baino zertxobait gehiago (% 56) Vitoria-Gasteizen dago, eta gainerako %43a gainerako arabar koadriletan aurkitzen da, nahiz eta populazio-dentsitate desberdinak hiriburuaren eta probintziaren gainerakoaren artean emaitzatatzat ematen duen azken zona honen nagusitasun askoz era nabarmenagoa (107 milako), hiriburuan (43 milako) den bitartean, larritasun handieneko arazoek pisu handiagoa dute Gasteizen bizi diren haurrengan... Adin txiki-koengan detektatu diren arazoaren tamainari dagokionean hiru zona berezi aitezke. Lehen haur-arazotan prebalentzi tasa handiko auzategiz eta koadrilaz osaturik dago (batezbestekoaz gainetikoez); Zuia, Kanpezu, Abetxuko, Ariznabarra eta Alderdi Zaharrak osaturik dago. Bigarren zona, aurrekoaren antzeko prebalentziaz, Añanako koadrila hartzen du, Gasteizko udaierriko baserriguneak eta Judizmendiko auzategia. Hirugarren zona, batezbestekoa baino prebalentzia txikiagoa dueña, Arabako Errioxako koadrilak osatzen du eta, Gasteizen, Batan, Hedagunea, Txagorritxu, el Pilar, Zaramaga eta Arana auzategiek. Probintzia orokorki harturik Aialako koadrilari buruzko datuak gailentzen dirá, zeinean-tik 14a bitarteko haur arabarren %14 taldekatzen direlarik, aurkitzen bait dirá detektaturiko haur arazodunen %31, milako 136ko prebalentzi tasarekin.

Detektaturiko arazo motei dagokienez berezian aztertu dirá adin txiki-koaren eta eta beronen familiaren arazoak, azkenean bi arazo moten baterako analisiarekin amaitzeko, bi problematiken artean dagoen harreman eta kideatasun-maila ezarriz.

Haurrengan detektaturiko arazo guztien artean, % 15 larritasun handieneko marjinazio-egoerazkoak dirá: abandonua, tratutxarra, gosea. Erakundeek zainduriko kolektiboan guztiaren %21 hartzen dute, eta haur hauen % 14a abandonuz eta tratu

txarraz erasana da eta % 6a malnutrizioaz. Eskari potentzialaren kasuan, arazo hauek guztiak detektatuaren % 13,5 hartzen dute, abandonuzko egoerak % 1 direlarik, tratatu txarrezkoak % 9 eta gosezkoak % 1,2, bigarren kolektibo hau eratzen duen haurren artean.

Hain larriak ez diren problematiken eremuan (adin txikiko arazodunen % 85) haurren eerdiek desaduraz arazoak dituzte (gabezia afektiboak, adin txikikoaren arbuioa, adinari ez dagozkion ekintzak buruaf beharra); lautik batek eskola-arazoak ditu (arbuioa, eskola-atzerapena, absentismoa eta/edo deseskolakuntza); bostetik bat arrisku-egoera aurkitzen da; seiren batek portaera-arazoak ditu, proportzio berak ditu eskasiak edo nahaste psikiko edo fisikoak ere. Kasu batzutan adi txikiko berak problematika bat baino gehiago izaten ditu bere gain, horregatik berauen desglosearen batuketak % 100 baino zifra handiagoa emango luke.

Detektatu diren 1.872 familia arazodunei dagokionez garrantzizkoa da kontutan izatea familia izanik lehen mailako agente sozializatzailea, bere marjinaltasuna erasten diola haurrari zuzenean, haurraren desmoldaeran eta marjinalizazioan eragina duelarik. Gehienbat agertzen den arazoa (% 31,3 familia arazodun) "famili aurrekontuaren administrazio txarrarena" da; egoera hauetan ezaguera faltaz areago izaten da balia bide faltaz baino familiaren, eta ondorioz, haurraren premiak ez asetzea. Familien % 29ak jasaten dituzte gurasoetakoren baten edo bien ausentziaz sortutako egoerak. Familien % 28an gertatzen dira gauzezako egoerak-aitarena edo amarena-gaisotasun fisiko, metal edo eskasia mentalez. Garrantziaren arabera hurrengo arazoa drogen edo alkoholaren kontsumo gehiegizkoa da eta familien %21ean du eragina, ondorioz datoren gatazka familiarra % 19 familiatan ematen delarik. Talde honetan atzemandako beste arazo batzuek bikotearen arteko tratatu txarrak dira (58), amaren prostituzioa (% 5), ijiotetnariaren arazo bereziak (% 6) eta delinkuentzia (% 3). Garrantzi handiagokoak dira gabezia ekonomikoekin zerikusia duten arazoak: 1.872 familia hauen % 13k mixeriazko egoerak jasaten dituzte eta %41 bat pobretzat har daiteke.

Haurren eta berauen familien demografi profilari dagokionean, honako ezaugarri hauek aurkitzen dira:

— Adina goraka doan neurrian, gehituz doaz arazozko egoerak ere: detektaturiko hiru haurretatik bi 8 urtez gorakoak dira.

-Erasate-maila altuagoa dago mutikoen artean neskatoen artean baino: (adin txikiko arazodunen % 58 sexuz maskulinoak dira, eta nahiz eta arabar haurren artean %51 bakarrik izan sexu horretakoak.

-Jatorriz haur gehienak arabarrak dira: hamarretik bederatzi lurralde honetan jaioak dira, nahiz eta Araban bizi diren adin txikikoen egitura orokorrean, laurden bat kanpoan jaioan izan.

-Gaur eguneko egoitzari dagokionez, familiaren bizilekuaz kanpo jaioak % 8,5 dira (% 4,7 erresidentzializatua eta % 3,7 gurasoenaz aparteko beste bizileku batean bizi izanik).

-Guraso bakarreko familien inzidentzia handia ageri da (aita edo ama falta direnekoak), izan ere detektaturiko lau familietatik bat alargunez, banatuz, dibortziaz eta/edo ama ezkongabez osatu bait da.

-Familia beren ugaritasunaz nabarmentzen dira, % 76an lau kideak gainditzen dituztelarik, nahiz eta arabarren multzo osoan batez beste familia bakoitzean 3,7 kide izan.

-Nagusiko guraso etorkinak: Lautik hiru ez dira jatorriz arabarrak.

-Atipikotasuna gurasoen ekintza-motan, izan ere hiru gizonetarik bik bakarrik egiten bait du lan finkoren bat.

Dauden haubideak

Arabako zerbitzu sozialen sarea, haurrentzako egitarau eta zerbitzuei dagokionean, Gizarte Ongunderako Foru Erakundeak (Arabako Foru Aldundia), Vitoria-Gasteizko eta Laudioko Gizarte-Ongundezko Udale Erakundeak, Caritas, Etorkizun Berria, Egunon Menditxola Elkartea eta Berrerosel Txit Santuaren Ahizpa Oblaten Kongregazioa. Erakunde hauek prestazio eta zerbitzu-aukera zabala eskainzen dute eta funtsean honako hauek dira:

—334 plaza egoitza mota desberdinetan, 276 sektore publikoak eskainiak eta 58 sektore pribatuak, zeinetarik 195 harturik dauden.

—Famili harrera zerbitzua bere bi sailetan: Ordezko Familia Egitarauan eta Laguntza-Familia Egitarauan.

- Adopzio-Egitaraua.
- Ettxerako Laguntza Zerbitzua.
- Famili Terapia Egitaraua.
- Hautzaroa eta Familiarentzako Prestazio Ekonomikozko Egitarauak.

Gomendaturiko neurriak

Hautzaroarentzako gizarte-politika batek izan behar dituen alderdi nagusitzat honako hauek proposatzen dirá:

- Haur arazoduna eta beronen familia batera tratatzea, ahalik eta gehienean adin txikikoa erresidentzializazioa eragotziz.
- Adin txikikoa inguratzen duen hurbileko giroaren gain eragina izango duten ekin-tza prebentiboak garatzea arazorik ager ez dadin edota, gutxienez, daudenak areagotu ez daitezen.
- Politika honen zerbitzutan honako hel-buru hauek ezartzen dirá:
- Familia eta haurtzaroaren eremuan zeri-kusia duten zerbitzuen sare publikoen arteko koordinaketa hobetu (Hezkuntza, Osa-suna, Gizarte-zerbitzuak, Gaztaroa, eta abra...).
- Erasandako populazioari gutxienezko erren-ta-maila bat segurtatu bere premiak duin-tasunez ase ditzan.
- Eskari potentzialaren ezaguera sakondu estudio osagarri baten bitartez adin txiki-ko hauen familiak erakundeetara lagun-tza eske ez joatearen kausak ezagutzeko.
- Prebentzio-neurri bereziak garatu Admin-istrazio Publikoetako beste eremu batzu-rekiko lankidetzan.
- Egoera arazodun hauekiko sentikortasu-na landu bai populazio orokorraren alde-tik eta bai beraietan parte har dezaketen profesionalen eta Administraio-eremuen aldetik.
- Ikerketa eta esperimentaketa landu esku hartzeko era berriei dagokienez eta batez ere adin txikikoaren erresidentzializazioa-ren aurrean neurri altematiboak sortu.
- Egoera hauetaz zuzenean arduratzen den pertsonalaren formazioa bultzatu.

- Gaur egunean haurtzaroa juridikoki babes-teko dagoen sistemaren eraberrikuntza sakon bat proposatu eta bultzatu.

Tratu txarren arazoa.

Haurrak nozitzen duen marjinaltasunez-ko egoera larrienetako bat, eta normalean eta berean larriak diren eta lehentasunez-ko erantzun bat eskatzen duten beste arazo batzurekin kideaturik agertzen dena, ahal den neurrian estudioaren emaitza orokorretatik gai honi buruz dauden alderdirik nabarmen-garrienak oteratzen saiatu gara ahal den neurrian, estudioaren ustiapen gehiagarri-zko baten bidez, haurrek hartutako tratu txar-rak berezian analizatuz.

Lehen esan dugunez, estudio honetan erabili izan den metodologiari dagokionean, bi eratako analisi elkarrosagarritan oinarritu gara: alde batetik haurtzaroari eta familiari zuzenduriko zerbitzuak gestionatzen dituz-ten edo programak dituzten erakunde publi-ko eta pribatu desberdinetan jaso den eska-ria aztertu da. Beste alde batetik objektiboki dauden premiak aztertu dirá, baina guk daki-gula ez eskatzaile eta ez hartzaile gisa zer-bitzuen sare instituzionalarekin harremanetan sartu ez direnen kasuak kontutan izanez. Bigarren kasu honetan, hezkuntza-sare publi-ko zentruen multzoan, eskolaurre eta O.H.O.tik hartutako laginak erabili dirá in-formazio-iturri gisa. Bi analisi mota hauek elkartzea baliozkotzat jotzen da gaur egun haurtzaroan dauden premien egoeraren diag-nostiko bat lortzeko, izan ere ezaguera hau nahitaezkoa bait da sektore honen planifi-kazio sozialerako eta dauden premiak eta eskaintzen den laguntza ebaluatu ahal iza-te ko.

Gogoeta kuantitatibotan sartu aurretik aipaturiko metodologiaren bitartez lorturi-ko datuak gaiarekiko lehen hurbilpen gisa-kotzat hartu behar direla zehaztu behar da lehendabizi, izan ere ez bait dago antzeko beste estudiorik kontrastatu ahal izateko eta ahal izanez gero, emaitzak balioztatu ahal izateko, are gehiago tratu txarrena bezala-ko gai batean, zeinean "salaketaren" ideiak atzera eragin bait die seguraski solaskideei adin txikiko bat arazo honen subjektutzat definitzeko orduan.

Aztertu r i ko kolektiboaren definizioa

Tratu txar fisikoak nozitzen dituzten haurren kolektiboa 430 kideetakoa da, eta honek esan nahi du 1 5 urtez beherako mila haurreko zazpi egoera sozio-familiar ano-malotan aurkitzen direla. Berauetarik % 31 k-

1 33 haur- eratzten dute instituzionalki detektaturiko eskari efektiboa, edo berdin dena, Arabako Gizarte-Zerbitzuen sareak tratatu txar fisikoa nozitzen duten hiru haurretarik bakarrenaren berri dauka soilik, bai erresidentzializaioaren bitartez haurrarekin harreman zuzenean sartu delako, edo bai zeharka famili egitarauen bitartez, marjinazio horri eman zaizkion erantzunak kontutan hartu gabe. Gainerako %61ak-293 hurrek-ardura behar duen kolektibo potentziala osatzen du, hau da, dauden baina erantzunik hartzen ez duten tratatu txarreko arazoak.

Haur hauen demografi profilari dago-kionean, bostetik laurk 8 eta 14 urte bitartekoak dirá adinez, Arabako haurren % 50 bakarrik aurkitzen deneko adin kohortea delarik. Hemendik sortzen diren prebalentzi tasen analisiak erakusten du adina goraka doan neurrian haurrenaren tratatu txarreko egoerak ere ugalduz doazela, desberdintasun kuantitatiboak nabarmentzen direlarik haurtzaraurrari dagozkion tasen (la ez da hone-lako arazorik detektatu 4 urtez beherakoen artean), 5 eta 9 urte bitartean dauden haurtzaroko tasen —% 8ko prebalentzia-eta adoleszentiaurreko tasen artean (% 11). Hala ere, gertaera honen azalpena neurri batean alderdi metodologikoetatik etor daiteke, izan ere haurra piskanaka familiatik bere eskuko egiteak 4 urterekin hasita —eskolakuntza-ren hasieratik askoz nabarmenagoa bihurtzen da bere eskuko egite hau— gaizki zainduriko haurrenaren definizioa askoz errazago bihurtzen bait du kanpokaldetik.

Sexu maskulinoa askoz gehiago ordezkaturik dagoela estatistikan ikusten da, tratatu txar fisikoa nozitzen dutenen % 78 mutikoak direlarik. Zentzu honetan, mutikoen artean dagoen prebalentzi tasa nesken taldean dagoena baino hiru aldiz handiagoa da: % 10,4 eta % 3,1 hurrenez-hurren. Haur hauen sexua eta adina konbinatzean sortzen den egiturak prebalentzi tasen piskanakako hazkunde bat gertatzen déla erakusten du bi sexuentzat adina haziz doan neurrian, baina desberdintasun nabarmenak ager dirá beronen funtzioan, zeren eta haurtzaroak dituen aldi desberdinetan bariazio garrantzizkoagoak detektatzen bait dirá mutilei dagozkien tasetan eta neskei dagozkienetan hazkundera geldoagoa da beraien prebalentzi tasak berdintzen direlarik goiko adin-kohortetan.

Tratatu txarrak nozitzen dituzten adin txiki-koen erdiak baino zerbait gehiago Gasteizko udalerrian bizi dirá eta gainerako % 40 Arabako beste koadriletan bizi dirá. Guztia-rekin ere, prebalentzi tasen analisiak adizera ematen du azken eremu honetan ara-

zoetarako joera handiago bat dagoela, izan ere % 11,5 haur gaizki tratatu detektatzen bait dirá, hiriburuan % 5,6 dauden bitartean. Berriro adierazi behar dugu neurriren batean izan lezakeela eraginik zifra hauetan erabili den metodologiak berak, zeren eta eskola bidez datuak eskuratzeak jaso egiten bait ditu hiriguneei ez dagozkien tasak, zeinean arazo sozio-familiarrak erraz eza-gutzen dituzten irakasleek. Zentzu honetan, Zuiako koadrila da arazotsuena, zeren eta 15 urtez azpiko Arabako haurren %1,5 bakarrik hartzen duenarik, Arabako osoko prebalentzi tasarik handiena bait dauka —% 47—, bertan daudelarik estudio hone-tan detektatu diren tratutxartu guztizkoaren % 10. Era berean Añanako (% 16) eta Aialako (% 11) koadrilek ere gaintitu egiten dute batezbesteko prebalentzi tasa, gainerako zonak Arabak orokorki ematen duen % 7aren azpitik daudelarik.

Tratatu txarrekin kide-turiko arazoak

Estudiotik ateratzen diren emaitzen araberá, bi eratako arazoez hitzegin daiteke: arazo larriez (abandonua, tratatu txarrak eta gosea) eta hain larriak ez direnez (desardura, portaera, eskasia eta nahaste psikikoak eta arrisku-egoerak).

Arazo hauek tratatu txarrarekin kide-tzen deneko era, honako koadroan geratzen da isladaturik:

Tratatu txarrarekin kide-turiko arazoak	Abs.	%
Abandonua	19	4,4
Tratatu txarrak	430	100,0
Gosea, txukuntasunik eza	48	11,2
Osasun-arazoak	11	2,5
Portaera arazoak	88	20,4
Portaera deliktiboa	13	2,9
Drogak, alkohola	10	2,3
Arreta txarra	154	35,7
Eskasia mentala	23	5,3
Eskaletza	2	0,5
Famili arbuioa	13	3,0
Eskola arbuioa	29	6,7
Deseskolakuntza	3	0,7
Eskola-absentismoa	22	5,1
Eskola-porrota, atzerapena	39	9,1
Nahaste psikikoak	37	8,5
Sexu-abusuak	2	0,5
Gabezia afektiboak	56	13,1
Adinari ez dagozkion ekintzak	31	7,2
Arrisku-egoera	6	1,4
GUZTIRA KASUAK	430	100,0

Tratu txarrekin gehienbat kidetzen den arazoa "desardura" da, gure solaskideek espezifiki definituriko desardurazko egoerak biltzen dituen kontzeptua, bere baitan "bere adinari ez dagozkion ekintzak", "bere familiak arbuaturiko haurrak", "gabezia afektiboak", higieena, nutrizioa... bezalako gaitan eskas zainduriko haurrak" bezalako kontzeptuak sartzen direlarik. Tratu txarrak hartzen dituzten hamar haurretarik sei desardura mota hau ere nozitzen dute.

Portaera aurredeliktiboak eta gai toxikoen kontsumoa beren baitan dituzten portaera-arazoek lau haurretatik bat erasaten dute, hau delarik haur hauek erasaten dituen bigarren problematika prebalentzi ordenuan.

Bost haurretatik bik ditu eskola-arazoak, talde honetan deseskolakuntza, atzerapen/porrot eskolarra, eskolaren arbuioa eta eskola-absentismoa sartzen direlarik.

Sei haurretarik batek osasun fisikozko edo mentalezko arazoak ditu (eskasia mentala eta nahaste psikikoak) eta % 10ek gosea du eta txukuntasunik eza jaztean, gorputz higiean... Azkenik, haurren % 4,4 erdibandonuzko egoeran aurkitzen da eta gainerako % 2a arrisku-egoeratan aurkitzen da.

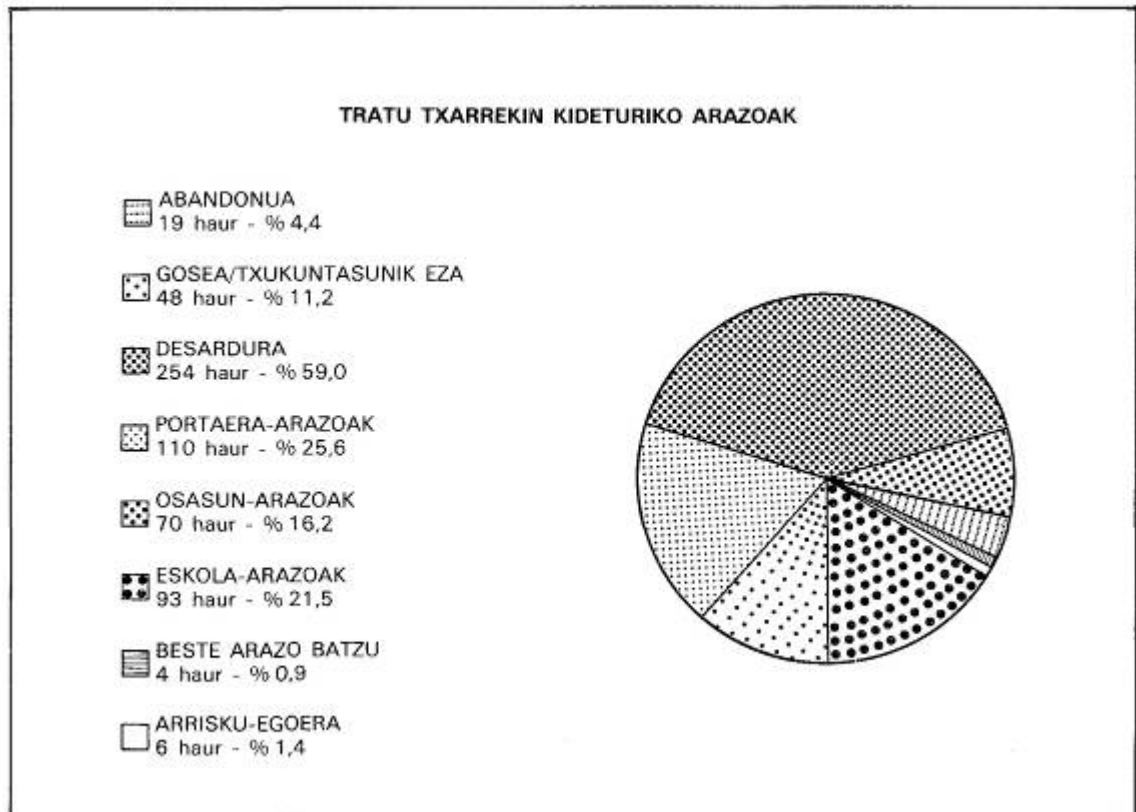
Famili taldea

Famili unitateen berezitasunei dagokienean, zeinetakoak bait dirá aipaturiko haurrak, honako hauek eskaintzen ditugu:

—Gehienak familia nuklear usadiozkoetakoak dirá, zeren eta haurren % 11 bakarrik bait dirá familia monoparentaletakoak, guraso bakarren baitan egituratuak eta aita/ama banandu/dibortziaz eratuak (21 kasu), aita/ama alargunduz (13 kasu), ama ezkongabez (4 kasu) eta aita resondegiratuz (2 kasu).

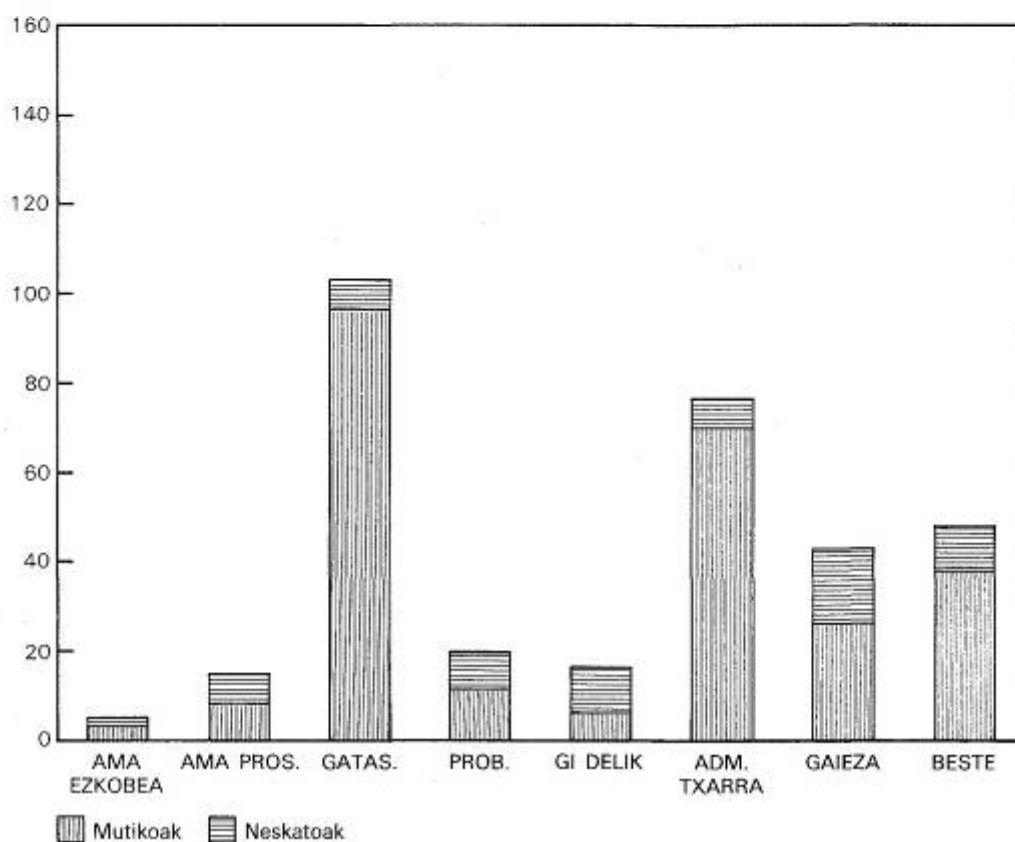
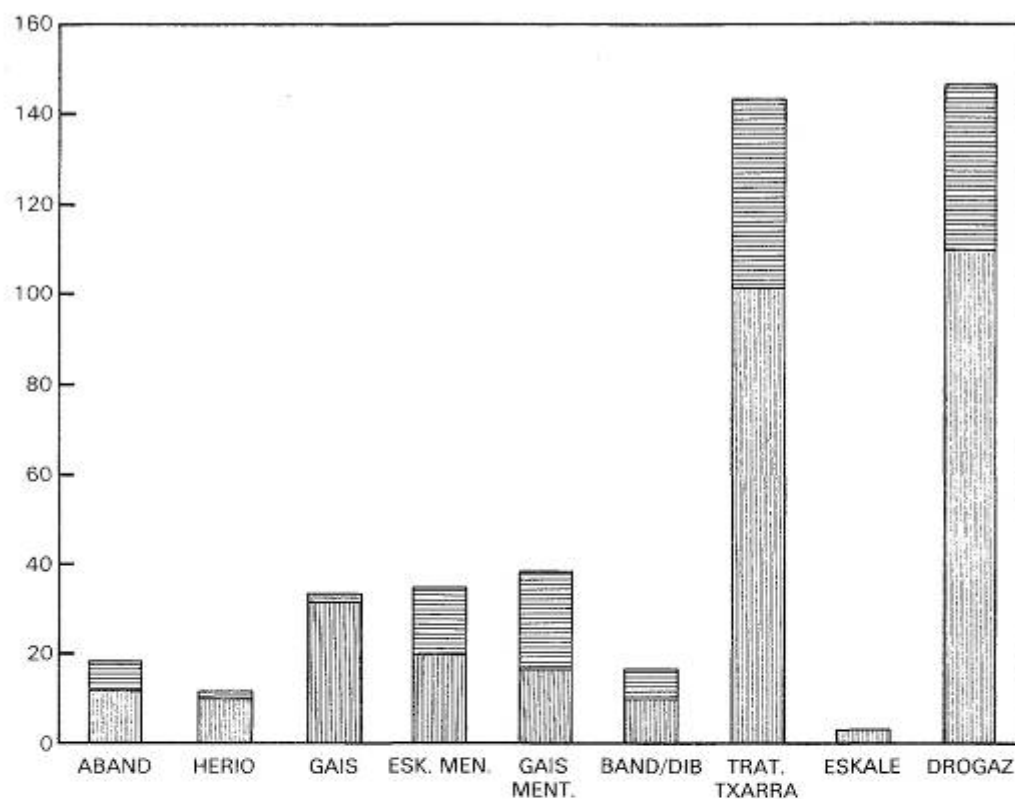
—Beren ugaritasunez ezaugarritzen diren familiak dirá, izan ere hiru haurretarik bat zazpi senide eta gehiago dituzten familiatakoak bait dirá, eta seitik bakarra da famili mugatuetakoa (3 kide edo gutxiagokoa). Gainerako 204 haurrak, 4 eta 6 senide bitarteko familiatakoak dirá.

—Haurren % 4 bakarrik dirá egoera ekonomiko nórmala dutenak, eta honetatik ateratzen da intentsitate desberdineko larritasun ekonomikoko egoeratan bizi direla gainerakoak. Honela, % 53 pobreziazko egoeratan bizi da, haurren % 13 mixeriazko muga-egoeratan aurkitzen delarik.



TRATU TXARRA NOZITZEN DUTEN HAURREN
BANAKETA FAMILI ARAZOEN ARABERA

Haur Kopuruak



Mutikoak Neskatoak

Adierazgarria da zentzu honetan, lau haurretarik baten familiek diru-sarbide nagusizat izaera erregular edo irregularreko erakunde-prestazio ekonomikoak izatea.

Tratu txarra nozitzen duten adin txiki-koen gurasoen berezitasun sozio-demografikoak aipatzekotan, honako hauek eman ditzakegu ezaugarri nagusitatzat:

—Nagusiki etorkinak dirá, bai aiaren eta bai amaren mailan ikusten delarik, 7 gurasoetatik bat bakarrik déla arabarra, eta arabarren multzo osoan populazio egoiliarren % 55 berton jaioa déla.

—Hiru gurasotatik bik bakarrik burutzne duela lan mota finko edo egonkorrik, % 9 langile behinbehinekoak direlarik. Gainerakoa langabetuen, ezinzuen, jubilatuen eta bazter-langileen eta/edo ez-legalen artean banatzen direlarik. Amen kasuan, banaketa aldatu egiten da, % 5 bakarrik langile finko gisa agertzen direlarik eta % 6 behinbehineko gisa. Bere garrantziarengatik azpimarratzekoa da emakumezkoen % 18k etxe-zerbitzuen lan egiten duela eta % 5 ekintza ez-legaletan aritzen déla. Azkenik, hiru amatatik bi aritzen dirá usadioz etxeokak izan diren zereginetan.

Familia eta adin txikikoaren arazoa

Azken parte honetan ahaleginak egingo ditugu famili taldeak dituen arazoaren eta haurraren tratu txarreko egoeren artean sortzen den harremana aztertzen.

Zentzu honetan, droga eta/edo alkohol-kontsumoa aitarengan/amarengan da gehien errepikatzen den arazoa, haurren % 34a erasaten duelarik, hau da, tratu txarra nozitzen duen hiru haurretarik bat toxikomanoren bat dagoen familiakoa da, eta gehienetan aita izaten da kontsumitzailea. Proportzio bera agertzen da bikotearen baitako tratu txarren arazoan zeren eta agerian geratzen bait da tratu txarra nozitzen duen hiru haurretarik bat gurasoen artean tratu txarra egoten den familietan integraturik bait dago.

Famili gataska larriko egoerak ehunen bat haurren familiak erasaten ditu, eta honen ondorioz tratu txarra hartzen duten lan haurretarik bat ezegonkortasuna eta famili taidetza desegiterra jotzen duten disfuntzioak izateaz ezaugarritzen den famili girokoa da.

"Famili aurrekontuaren administrazio txarra"ren arazoa, baliabide gabeziak baino

ezaquera faltaz areago haurraren eta familiaren premiak behar bezala asetzen ez direneko kontzeptuak estudioko kolektiboa osatzen duten bost haurretariko batekin du zerikusia.

Gaisotasun fisiko, mentalez edo eskasia mentalez gauzeztandurik ezkontideren bat egoteaz ezaugarrituriko egoerak haurren % 8 bat erasaten dute, egoera hauek askotarikoak dirá eta aita edo ama-egiteko ohizkoak betetzeko ezintasuna sortzen dute. Gaisotasun fisikoaren kasuetan aita izaten da erasana gehienbat eta eskasia mentala amarena.

Zentzu honetan, "haurrak zaintzeko gaitasunik eza" bezala definituriko arazoa ildo beretik joango litzateke: desgaitasun fisikoak eta/edo psikikoak detektatzen direneko familiak edo bestela beste era bateko faktoreak haurrak zaintzeko denbora materialik ez dagoenekoak (lan-ordutegiak haurra etxean egoten deneko denboraekin bat etortzen dirá alargun, ama ezkongabe, banatuen... kasuetan) eta hau detektaturiko hamar haurretarik baten kasua izaten da arazo hau.

Aitaren edo amaren ausentziarekin zerikusia duten arazoak erakusten dute familiaren barne-egituraren atipikotasuna haurraren tratu txarrekin kideatzen den beste ezaugarrietako bat déla. Honela, 18 haur aurkitzen dirá gurasoetakoren baten hutsunearekin aurkitzen direnak, 11ak ez dute aita/amarik, 17 guraso banatuen/dibortziatuen seme-alabak dirá eta 5 ama ezkongabeen seme-alabak dirá.

Haur hauen % 3ren amak prostituziarekin zerikusia duten ekintzatan aritzen direla kontutan hartuz gero eta hau lotzen bada guraso bat edo biak ekintza deliktibotatik aritzen direneko kasuekin (haurren %4), ateraz ginezake portaera desbideratuak nolabait kideaturik daudela adin txikikoari ematen zaion tratu txarrekin.

Azkenik, detektaturiko arazoaren gainerakoak, haur hauen ia erdiak erasaten dituen "beste" arazoaren multzoak, sortzen duten marginalitateaz ezaugarritzen direneko egoera-desberdintasun handi batekin du zerikusia: bertan sartzen dirá eskaletza, bizilekuen desegokitasuna, giza samaldaketa, gabezia afektiboak familian eta familia batzuren gizarte-arbuioa (gutxiengo etnikoak normalean).

Elena Martín Zurimendi



RETRASO MENTAL Y MALTRATO

Hace ahora 25 años, KEMPE advirtió a todos, y en primer lugar a los que cuidamos niños, que había casos en los que éstos eran golpeados, apaleados y objeto de malos tratos. Lo nuevo no era el fenómeno, sino el hecho de que se denunciara y se pidiera una colaboración activa para combatirlo. El aviso causó impacto y trascendió.

Pronto se llegó a una ampliación del concepto, de tal forma que hoy día, bajo "maltrato" o "maltrato y abandono" se comprende:

—El maltrato físico: "lesión física inflingida al niño de forma no accidental".

—El abandono: "situación en la que el responsable del cuidado de un niño bien deliberadamente, o bien por una negligencia fuera de lo común, permite que el niño experimente sufrimientos evitables, no le proporcione uno o varios elementos que se aceptan generalmente como esenciales para desarrollar adecuadamente las capacidades físicas, intelectuales o emocionales, o ambas cosas a la vez".

Como forma de maltrato con personalidad propia, se distingue el abuso sexual. Y como forma especial de abandono "la falta de desarrollo", debida a una combinación de privación afectiva y nutricional.

Relaciones entre retraso mental y maltrato

Tanto a nivel de publicaciones científicas, como a nivel de diarios y revistas, se ve que existe la opinión de que hay una relación, algo más que ocasional entre ambas situaciones. Por esta razón, y a través de la F.E.A.P.S. (*), me dirigí a las diferentes asociaciones protectoras españolas para hacerme una idea, no tanto de la magnitud del problema, puesto que para ello la fuente no parecía la más adecuada, sino para saber qué importancia se le daba.

El resultado no fue valorable debido, entre otras cosas, al escaso número de respuestas. Solamente nueve de un total de 160 asociaciones. En siete de ellas ni el maltrato de retrasados mentales (R.M.) se sentía como una inquietud destacable, ni se conocían casos de deficientes en esas situaciones. En las dos restantes la cosa fue diferente:

—La Asociación Guipuzcoana tenía en sus ficheros 14 casos procedentes de 10 familias.

—La Asociación Vizcaína conocía 26 casos pertenecientes a 15 familias.

De todo esto, lo único que saqué en limpio fue que el maltrato no ocupa uno de los primeros lugares en la lista de preocupaciones que tienen las asociaciones protectoras.

El maltrato como causa de retraso mental

La mayoría de los niños maltratados lo son en edades inferiores a los tres años y de ellos muchos son lactantes. Traumatismos en la cabeza y zarándeos pueden provocar lesiones cerebrales. Y estas R.M. ¿Con qué frecuencia ocurre esto? BUCHANAN y OLIVER (1) investigaron 140 niños procedentes de dos instituciones para R.M. y encuentran que el 3 % de ellos han llegado a su retraso por ese mecanismo. DIAMOND y JAUDÉS (2), estudian una población de 86 parálisis cerebrales y llegan a la conclusión de que ocho de ellos (9 %) tenían su lesión cerebral producida directamente por maltrato.

Estas son cifras que yo no he podido confirmar aquí. A través de consultas hechas en los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma donde ingresarían estos casos de producirse, he encontrado tres en los que la lesión cerebral provocadora de parálisis cerebral y R.M. entra dentro de la categoría que ahora nos ocupa. Tres casos para Álava, Guipúzcoa y Vizcaya en un período de cinco años, son pocos si se comparan con las cifras antes citadas.

Pero al R.M. se puede llegar a través de otro mecanismo: por una privación afectiva y cultural. La aportación inicial de ELMER y GREGG (1967) llamando la atención sobre los efectos a largo plazo del maltrato, se ha seguido de una larga serie de publicaciones en la que hay de todo menos unanimidad. Estos autores encontraron R.M. en la mitad de sus casos. Pero diez años más tarde dudan sobre la causa directa del retraso. Quizá no sea el maltrato en sí, sino todas las circunstancias ambientales que le rodean. Estas dudas siguen en las publicaciones más recientes (3), y creo que de todo ello se pueden sacar estas conclusiones:

— Es prácticamente imposible, y quizá sin interés práctico, averiguar la responsabilidad en la génesis del retraso, de todos

(*) F.E.A.P.S. Confederación Española de Federaciones y Asociaciones pro Personas Deficientes Mentales.

y cada uno de los factores desfavorables que, por lo general, enmarañan el problema en que está metido el niño maltratado.

- Estas situaciones ocasionan trastornos emocionales, dificultades de adaptación, trastornos escolares, etc.

- No es razonable atribuir un R.M. a una situación de maltrato si no se han excluido previamente otro tipo de posibles causas.

El retraso mental, como motivo de maltrato

Hay gente que piensa de la siguiente forma: el maltrato es, en definitiva, debido a un conjunto de factores que conciernen a un grupo de personas y las circunstancias que los rodean. Si conocemos esos factores, si logramos identificarlos de alguna forma, podremos ejercer una acción preventiva eficaz. Se trata de descubrir la "población de riesgo" y controlar esta población.

En lo referente al niño, estudios epidemiológicos han ido sugiriendo algunos de esos hipotéticos factores: prematuridad, defectos congénitos, retraso mental, comportamientos inconvenientes y agresivos (4) (5). Del análisis del R.M. como factor de riesgo se han ocupado diferentes autores. BIRREL y BIRREL lo encuentran en el 29 %. JOHNSON y MORSE en el 17%. MORSE y SAHLER en el 43 %. STARR (5) pone de manifiesto defectos metodológicos en los trabajos anteriores y señala como en los informes de la American Human Association, el 2,6 % de 1977 y el 2,3 % de 1978, no desentonan del 3 % que se asigna al R.M. en la población general.

MONTGOMERY (6) llama la atención sobre los peligros que encierra este afán de detectar a los chicos que pueden llegar a ser objeto de maltrato. Lo compara, y tiene toda la razón, a aquél que promovió las investigaciones que pretendían descubrir la criminalidad a través de determinados rasgos físicos.

En este apartado no puede dejar de mencionarse el tema de la denegación de cuidados médicos a los niños que nacen con defectos congénitos gravemente invalidantes, física o psíquicamente. La eutana-

sia pasiva. Conocemos las vivas reacciones que el tema suscita en otros países (7), pero desconocemos lo que pasa en el nuestro.

El retrasado mental como persona que maltrata

A partir de cierto nivel, los R.M. pueden fundar familias y tener hijos. Existe la preocupación lógica por saber lo que pasa con estos hijos. Entre 1974 y 1978, SCHILLING encuentra 14 trabajos publicados sobre el tema. En 13 de ellos se llega a la conclusión de que los R.M. no cumplen adecuadamente su papel de padres, o bien se encuentran en mayor proporción que la población no retrasada en los organismos que tienen que intervenir en casos de maltrato. El abandono es lo que más a menudo se encuentra. SEAGULL (8), entre 1.500 familias estudiadas en un período de 7 años, encuentra y estudia a 20 en las que por lo menos uno de los padres era R.M., con un C.I. de 72 o inferior. De 19 familias hay 63 niños. En la 20, la madre desconocía el número de hijos que tenía. Todos los niños son considerados como abandonados, en el sentido de la definición antes dada. Durante el período de estudio (de 1 a 7 años), en el 53 % fue retirada la patria potestad, en el 17 % vivían con sus padres, el 14 % de los niños estaban en hogares adoptivos, el 9 % habían sido cedidos voluntariamente por sus padres, el 3 % vivían con el padre no retrasado y el 3 % habían muerto.

Las cifras están ahí con toda su crudeza. Y hay que contraponerlas a la presentación del tema desde otros puntos de vista.

El maltrato y las instituciones para retrasados mentales

En los centros para deficientes, y me refiero muy especialmente a lo que yo conozco, que son los centros de profundos, puede ejercerse la violencia y el abandono a nivel de individuo o de forma colectiva. Al igual que en cualquier otro sitio. O quizá más, porque cabe teorizar sobre el hecho de que existen factores (niños inquietos, agresivos, poco gratificantes, con comportamientos inconvenientes) que faciliten los malos tratos y éstos se lleven a cabo con mayor impunidad.

Y también puede ejrcerse un maltrato y un abandono sobre los mismos centros. No tienen buena prensa. Se presentan como reliquias del pasado que hay que suprimir. Y se ha llegado a una curiosa situación en la que unos dicen que hay que cerrarlos, otros no dicen nada pero otorgan y todos, absolutamente todos, los utilizan cuando les conviene. Hace veinte años decíamos que era profundo el deficiente rechazado en otros centros. Ahora la situación en cierto sentido es bastante peor. Y es bastante peor porque con el aplauso de todos, se está cerrando instituciones cambiando hechos más o menos mejorables por, muchas veces, sólo promesas. Así ocurre que tras unos años de vida más o menos normalizada, se pretende que deficientes de toda clase de niveles pero con comportamientos que no encajan en los esquemas preestablecidos, ingresen en centros para profundos.

Otro factor distorsionante para los centros lo constituye el hecho de que la realidad de los profundos es mal conocida en los servicios hospitalarios generales. Se ignora que algunos de ellos se autolesionan o agreden a los demás, que son proclives a determinadas deficientes nutritivas, que en ocasiones tienen que dormir atados. Y así no es sorprendente que se cometan equivocaciones especialmente dolorosas para quienes lo cuidan.

No se trata, claro está, de decir aquí nunca pasa nada. Todo lo contrario. Es pre-

ciso ejercer un control, pero hay que hacerlo bien. Y para ello:

- Todo centro debe tener claramente definidos sus objetivos, filosofía y principios. De ellos se deriva una estrategia conocida y aprobada por sus órganos rectores.
- Todo centro debe de ejercer un autocontrol mediante autoevaluaciones sistematizadas.
- Todos los centros deben de ser objeto de inspección. Esta inspección tiene que ser ejercida por un ente, llámese como se llame, que debe reunir como condiciones indispensables:
 - * Independencia absoluta con respecto a los responsables del funcionamiento del centro.
 - * Capacitación y preparación adecuadas.
 - * Medios materiales suficientes para desempeñar bien su labor.

Mientras esto no se haga así, será muy difícil garantizar plenamente los derechos de los atendidos y un tratamiento justo de los que los cuidan.

P. Zubillaga

BIBLIOGRAFÍA

- | | |
|--|---|
| <p>(1) BUCHANAN, A., OLIVER, J. E.: <i>Abuse and Neglect as a cause of mental retardation</i>. Brit. J. Psy. 1977: 131, 458-467.</p> <p>(2) DIAMOND, L. J., JAUDÉS, P. K.: <i>Child abuse in a cerebral palsied population</i>. Develop. Med. and Child. Neur. 1983.25, 169-174.</p> <p>(3) OATES, K. PEAKOCK, A., FORREST, D.: <i>Long-term affects of non organic failure to thrive</i>. Pediatrics. Vol. 75. Núm. 1. Jan. 1985, 36-40.</p> <p>(4) FRODI, A. M.: <i>Contribution of infant characteristics to child abuse</i>. Amrr. J. of Ment. Def. 1981.85.4, 341-349.</p> <p>(5) STARR, R., DIETRICH, K. M., BISCHOF, J., CERESNIE, S., ZWEIER, D.: <i>The contri-</i></p> | <p><i>bution of handicapping conditions to child abuse</i>. Topics in early childhood special education. 1984.4: 1.55-69.</p> <p>(6) MONTGOMERY, S.: <i>Problemas in the perinatal prediction of child abuse</i>. Brit. J. Social W. 1982; 12: 189-196.</p> <p>(7) ELLIS, J. W., LUCKASSON, R.: <i>In Law and Policy. Denying treatment to infants with handicaps: A coment on Bowen v. American Hospital Association</i>. Mental Retardation. August 1986. 237-240.</p> <p>(8) SEAGULL, E. A., SECHEURER, S. L.: <i>Neglected and abused children of mental/y retarded parents</i>. Child Abuse and Neglect. Vol. 10; 493-500, 1986.</p> |
|--|---|

UN MARCO SISTEMICO-FAMILIAR PARA LA COMPRENSIÓN Y SOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS AFECTIVOS Y SOCIALES DE LOS NIÑOS QUE VIVEN EN HOGARES SUSTITUTIVOS

El autor habla de las características de la familia según el modelo estructural. Seguidamente se señalan las carencias de los niños abandonados y maltratados y sus características. En tercer lugar se describen los problemas más frecuentes que se presentan en la convivencia con estos niños explicando su significado y planteando diversos abordajes de los mismos. Y finalmente se señalan conocimientos que puedan ayudar al profesional en el trabajo con estos niños.

En este trabajo voy a mostrar un marco de referencia que permita comprender las conductas problemáticas que a menudo presentan los niños objeto de malos tratos y/o desatención severa, teniendo en cuenta el contexto en que éstas se generan.

Trataré en primer lugar de algunas de las funciones que la familia desempeña para favorecer el desarrollo de sus miembros y del modo en el cual se organiza para cumplir dichas funciones. Ello nos proveerá de un modelo que nos permitirá comprender todas aquellas disfunciones que pueden aparecer en el sistema familiar y, de este modo, poder abordarlas.

Funciones de la familia

La familia cumple dos tipos de funciones:

—Internas, dirigidas a la protección de sus miembros.

—Externas, dirigidas a la acomodación a una cultura y transmisión de la misma.

Entre las funciones internas dirigidas al niño se incluyen la provisión de:

1. Cuidados físicos: Alimento, abrigo, limpieza, etc.
2. Cuidados psicológicos:
 - a) Necesidad de continuar en la relación, es decir, que la familia sea estable.
 - b) Estimulación, de acuerdo con el nivel de desarrollo del niño.
 - c) Reciprocidad entre padres e hijos. Ambos deben encontrar y dar placer en su relación; el sentido lúdico debe estar siempre presente en ella.
 - d) Afecto. El niño necesita sentirse querido y ser un miembro importante en la familia.
 - e) Ayuda para superar los problemas y conflictos que surgen inevitablemente en el proceso de desarrollo.

En resumen, los niños necesitan desarrollar sus afectos hacia las personas de su ambiente sintiendo que son importantes para ellas, necesitan estímulos para desarrollar sus potencialidades innatas y para participar de la cultura en la que viven y adaptarse a ella, y necesitan de un ambiente en el

que los objetos de amor y las fuentes de estímulo sean estables y permanentes.

Todas estas necesidades son cubiertas por distintas "figuras" y de diferente modo según el estadio de desarrollo en que se encuentre el niño. Así, en un primer momento, éste va a necesitar establecer una relación estrecha, primitiva, con la madre que le provea de seguridad y cuidados, "conteniéndole" y ayudándole a apaciguar sus ansiedades y temores. Posteriormente, y a medida que avanza en su proceso evolutivo, se produce un cambio gradual desde esta relación simbiótica con la madre hasta la culminación del proceso de separación-individuación (Malher (12)) en que el niño se convierte en un individuo autónomo, plenamente diferenciado de aquélla, apareciendo el padre como "tercero" que introduce lo social y la diferencia.

La familia es la matriz de la identidad, proveyendo a sus miembros de:

1. Un sentimiento de identidad, influido por su sentido de pertenencia a una familia específica y porque, aunque sus componentes cambian, éstos permanecen constantes, con lo que la familia se continúa a través del tiempo.
2. Un sentido de separación, determinado por la participación en diferentes subsistemas tanto dentro de la familia como en grupos extrafamiliares.

Por otra parte, el sistema familiar se ve sometido a una serie de presiones internas (ciclo vital) y externas que exigen una transformación constante de la posición de los miembros en sus relaciones mutuas. De este modo, las relaciones dentro de la familia variarán de acuerdo con la edad de sus miembros y con lo que culturalmente se espera de un sujeto de una edad determinada (es diferente, por ejemplo, lo que se espera de un niño de 4 años que de uno de 15).

Estructura de la familia

La familia tiene una estructura funcional que le permite cumplir adecuadamente con sus tareas. En este sentido, y de acuerdo con lo propuesto por la Escuela Estructural de Terapia Familiar (Minuchin (13), Umbarger (16)), que ha realizado valiosas aportaciones en este campo, la familia se divide en varios *Subsistemas*, los cuales poseen las siguientes características:

—Formados por generación, sexo, interés o función.

—Tienen límites, constituidos por regla (quienes participan y cómo en un área determinada). Estos límites deben ser claros, pero no rígidos (deben permitir el contacto entre miembros de diferentes subsistemas).

—Sus funciones consisten en proteger la diferenciación del sistema, de manera que la familia no sea una amalgama indiferenciada de sujetos en la que cada uno hace lo que desea en cualquier situación.

Existen diferentes clasificaciones acerca de los tipos de familia. Minuchin (13) propone una clasificación de acuerdo con las características de los límites entre subsistemas. Así, plantea los siguientes tipos de familias:

1. *Desligada*: Límites inadecuadamente rígidos, confiriendo un sentido de independencia desproporcionado; en estas familias, los miembros no tienen un sentido de pertenencia a la misma. En este grupo se encontraría el modelo de familia nórdica, donde las relaciones afectivas son más desapegadas, y donde no se responde emotivamente a una situación problemática para la misma familia.

2. *Aglutinada*: Los límites son difusos, exaltándose el sentimiento de pertenencia y dificultando la autonomía de sus miembros; la implicación emocional es muy intensa. En este grupo se encontrarían las típicas familias del Sur de Italia, en las que, por ejemplo, si hay un accidentado en la familia y llega el médico, a éste le resultaría difícil averiguar quién es el enfermo dado el revuelo que se organiza con angustias, mareas, prisas, llantos, etc.

3. *De límites claros*: Los subsistemas están diferenciados por las reglas, pero, a la vez, interactúan entre sí.

Los tipos de subsistemas que componen la familia son:

1. Conyugal

La pareja necesita complementarse y acomodarse mutuamente, teniendo un espacio propio que sea sostén emocional para las diversas dificultades que plantea la vida, evitando interferencias de otros sistemas. Los cónyuges han de poder relacionarse

como tales, sin que los hijos intervengan para nada en este nivel de relación.

2. Parental

Formado por los padres o personas que hace de tales. Los niños se relacionan con ambos, estableciéndose relaciones afectivas entre ellos.

Las figuras parentales han de cumplir una serie de funciones, consistentes en la alimentación, orientación y control de los hijos, funciones que varían según las necesidades de desarrollo del niño y de las capacidades de aquéllos. Esta relación requiere del uso de autoridad por parte de los padres, para poner normas adecuadas a la edad de cada niño.

3. Fraternal

Provee de la primera experiencia de relaciones con iguales, propiciando el aprendizaje de la negociación, la cooperación y la competición. Los límites de este subsistema deben proteger al niño de la interferencia adulta para el ejercicio de la privacidad, tener áreas de interés y disponer de posibilidades para cometer errores.

La jerarquía

La Escuela Estratégica (Haley (9, 10), Madanes (11)) ha estudiado este aspecto de las relaciones familiares, proponiendo que según el modo en que se utilice la autoridad, la familia puede ser:

1. *Autoritaria*: Las normas son impartidas desde el subsistema parental sin discusión.

2. *Democrática*: Las normas son discutidas y consensuadas teniendo en cuenta el momento evolutivo de los hijos.

3. *De "dejar hacer"*: No existen normas.

Las familias "autoritarias" constriñen excesivamente al hijo, quien puede someterse o rebelarse, pero no aprende a discutir y consensuar. Por otro lado, las familias "de dejar hacer" no proveen al hijo de la contención que da la norma, dejándolo abandonado a sus impulsos. En el punto medio se encontraría el empleo de la autoridad "racional". La utilización de este tipo de autoridad cumple una función de contención muy importante: enseña al niño sus

límites, socavando la omnipotencia y mostrándole su interacción con el medio, le protege de peligros y le ayuda a socializarse en un clima de respeto mutuo.

Este aspecto del ejercicio de la autoridad va a tener especial relevancia en niños pequeños y en adolescentes, quienes oscilan entre la autoafirmación por la oposición y la demanda de normas que les ayuden a regular sus impulsos. En ese difícil terreno, el adulto, en su función parental, debe ejercer una autoridad que enseñe normas y proteja del descontrol sin dañar la autoestima del niño o adolescente, haciéndole llegar el amor implícito en la puesta de límites.

Muchos problemas de conducta descontrolada y de falta de "norte" en la vida se deben a esta falta de autoridad normativa por parte de los padres. En nuestra sociedad se ha pasado, en muchos casos, de una familia "autoritaria" que quitaba espontaneidad al niño, a una familia "de dejar hacer" en que los niños se sienten "perdidos". Quizás esto se haya debido a la reacción de padres jóvenes que veían las desventajas del autoritarismo y se pasaron al otro extremo. Una vez más, el punto medio puede ser más enriquecedor.

Privación

Criarse en un medio que cubra las necesidades antes señaladas es una condición esencial para un adecuado proceso de socialización y un buen nivel de bienestar psicológico.

Cuando existe una carencia en este medio, las problemáticas que de ello derivan variarán, tanto cualitativa como cuantitativamente, según a qué nivel se dé esta carencia y según en qué fase del desarrollo se produzca y cuál sea su duración.

Como Bowlby (3, 4, 5) ha señalado, los niños que han tenido relaciones perturbadas con sus madres, y añadiría con la familia como totalidad, muestran muchas de las siguientes características:

—Relaciones superficiales.

—Ningún sentimiento real, incapacidad de sentir afecto por las personas o de hacer amistades verdaderas.

—Inaccesibilidad para los que traían de ayudarles.

- Ausencia de respuesta emocional en situaciones en que debería haberla.
- Falta de interés por lo que le rodea, fuga al mundo de la fantasía.
- Engaño, evasión y robo.
- Falta de concentración en la escuela, atención débil debido a su gran inestabilidad.
- Conducta agresiva, impulsiva e incontrolada.
- Conducta sexual excesiva y/o agresiva.

Bowlby (3) describe tres fases del desarrollo para luego mostrar los problemas que aparecen si existen separaciones en cada una de ellas:

1. Durante el primer año de vida, el niño establece con su madre una relación exclusiva y dependiente (relación simbiótica).
2. Hasta el tercer año, necesita a la madre como compañera inseparable.
3. A partir del tercer año, el niño comienza a ser capaz de mantener una relación con su madre en su ausencia. Durante el cuarto y quinto año pueden ser días o semanas, luego, períodos más largos.

Las separaciones bruscas en cada fase provocarían los siguientes trastornos:

1. Durante la primera fase, si no se mantiene la relación durante el primer año, los niños gravemente privados no desarrollan su personalidad y su conciencia, no pudiendo aprender de la experiencia. Son niños incapaces de abstraer y salir de sí mismos. Esto se debe a no haber tenido una persona que haga de "continente" (es decir, que haga de marco de referencia) y ayuda al niño a organizar la experiencia.

2. En la segunda fase, el niño sigue fuertemente vinculado a la madre. Si es separado de ella, se siente aterrado e impotente, regresando a comportamientos más infantiles. El niño experimenta un profundo odio que puede expresarse en rechazo o autoagresión. Se aparta del contacto humano para no tener nuevas frustraciones y para que no aflore el odio al objeto amado.

La necesidad afectiva del otro, profundamente inhibida, puede expresarse más

tarde en la promiscuidad sexual y en el robo. El sujeto que ha sufrido privaciones en la infancia puede buscar las relaciones sexuales como un contacto corporal más primitivo. Esto reflejaría la necesidad del abrazo, de sentirse "contenido", sentimientos estos difícilmente asumidos, por lo que son ocultados en relaciones sexuales promiscuas. A su vez, se ha planteado la existencia de carencias de este tipo en sujetos que desarrollan relaciones sexuales sádicas y violaciones; en ellas, se buscaría la posesión del objeto perdido, dominándolo y agrediendo por el abandono).

Por su parte, el robo es una conducta por la que el sujeto se apropia de algo de otro sin su consentimiento. El carenciado que no puede pedir porque no puede tolerar otra negativa, roba y así se resarce de carencias y se siente capaz de autoabastecerse sin necesitar a nadie; muchas veces es la única forma de sobrevivir.

3. En la tercera fase, la separación no tiene el mismo efecto destructivo que en las fases anteriores, pero también provoca gran anhelo de afecto, odio, culpa,... El tiempo de separación es eterno para un niño de 5-6 años, y debemos comprender que su vivencia del tiempo es diferente a la nuestra.

Lo mismo le sucede a un sujeto que ha sufrido graves privaciones en la infancia. Su tolerancia a la frustración va a ser muy limitada y su rabia va a tener raíces más profundas.

Si un niño que ha tenido relaciones con sus padres (aunque éstas no hayan sido todo lo satisfactorias que debieran) es separado de ellos a partir de los 5 años, no podrá cambiar de afectos fácilmente. Es fundamental reconocer el afecto de estos niños hacia sus padres y favorecer que puedan expresarlo, pues si no es así, estarán luchando internamente entre reconocer ese amor o negarlo, lo que les dificultará aceptar la nueva situación y aprovecharla.

Hogares sustitutos

Ante la imposibilidad por parte de la familia de asumir sus funciones de crianza, en el sentido más amplio del término, los hogares sustitutos intentan proveer a estos niños del hogar de que carecen. El personal debe facilitar que se desarrolle un verdadero hogar, en el que las funciones parentales son asumidas por dichas personas.

Tendríamos, pues, una familia artificial, pero no por ello menos operativa, en la que:

- El subsistema parental estaría compuesto por los profesionales con las funciones y necesidades antes descritas.
- El subsistema conyugal haría referencia al equipo como tal, con sus relaciones y problemáticas que deben tratarse aparte de los niños, por ser un campo privativo de los adultos.
- El subsistema fraternal, formado por los niños acogidos, que funcionan y se organizan con las características antes descritas, teniendo en cuenta el momento evolutivo de cada uno.

Pueden aparecer problemas en los niños cuando hay alteraciones en alguna de las funciones de familia:

- A nivel parental: exceso o carencia de cuidador (contención); exceso o ausencia de autoridad (normas).
- A nivel conyugal: conflictos no resueltos, dificultad de acomodación mutua y complementariedad, falta de apoyo emocional y de alianzas o coaliciones con algún hijo, que conllevan una ruptura de los límites con el subsistema filial (fraternal).
- A nivel fraterno: ausencia de colaboración, exceso de rivalidad, ausencia de negociación, interferencias del subsistema parental no dejándoles desenvolverse.

El momento del ciclo vital (edades con necesidades propias de las mismas) va a determinar lo adecuado o no de las reglas que determinan el funcionamiento de la familia. Así, por ejemplo, es normal que existan diferencias en cuanto a las salidas del hogar de un niño de 8 años y otro de 15; es normal que un bebé esté muchas horas en brazos de su madre y es disfuncional que lo haga un niño de 8 años.

En esta familia artificial debemos tener en cuenta no sólo la edad del niño, sino también su historia de carencias, abandonos, maltratos,... que determinan su personalidad para saber cómo manejarnos con él, entendiendo su manera de pensar, sentir y vincularse.

Problemas más frecuentes en un hogar sustituto

Tomando como referencia las necesidades de afecto (contención emocional) y

las de control (contención de la norma), voy a dividir los problemas en dos grupos, de acuerdo con el nivel en el que se encuentre la carencia. Esta división es meramente orientativa, pues la mayoría de los problemas se deben a carencias en las dos áreas y podríamos entenderlos e intervenir a los dos niveles.

1. Problemas debidos a CARENCIAS AFECTIVAS (contención emocional):

- Regresión (demandas infantiles).
- Evitación de la relación.
- Friedad emocional.
- Ausencia de juego.
- Fuga a un mundo de fantasía.

2. Problemas debidos a la FALTA DE SIMBOLIZACIÓN, AUTOCONTROL Y AUTORIDAD (contención normativa):

- Agresiones.
- Robos.
- Incumplimiento de normas en el hogar (horarios, trabajos) y en el exterior (estudios, trabajo).
- Erotización del vínculo sin respetar al otro.

Abordaje de estos problemas

1. En las demandas infantiles regresivas, el niño necesita saber si alguien va a cubrir las necesidades que plantea. Ante ello, el personal debe demostrar al niño que le comprende y se hace cargo. Normalmente, después de un período no muy largo de satisfacción de esas necesidades de mimo y cuidado infantil, el niño evoluciona hacia otro tipo de relación más acorde con su edad.

La frialdad emocional y la evitación de la relación con las que el niño se defiende de nuevas frustraciones requiere más paciencia, pues hay que respetar el tiempo del niño y soportar todos los rechazos a que nos somete para saber cuánto estamos dispuestos a insistir, cuánto nos importa.

Con respecto al juego, es fundamental entender que lo lúdico es de una importancia capital en el desarrollo, pues permite elaborar fantasías angustiantes, provee de un vínculo placentero y estimula el desarrollo mental y social. Los padres sustitutos deben enseñar a jugar con los niños,

jugar con ellos y favorecer que jueguen entre sí.

2. Debido a la falta de atenciones y normas que ordenen la experiencia y la convivencia, los niños carenciados se guían por impulsos, no pudiendo en muchos casos reflexionar, postergar la descarga y transformar sus sentimientos en palabras. Ante las situaciones conflictivas, estos niños tenderán a la expresión directa de la agresividad y a una sexualidad más o menos cargada de agresión.

Para evitar que se dañen, podemos actuar a varios niveles. Un tipo de actuación adecuada consistiría en favorecer la creación de un espacio en el que se pueda "jugar" la emoción. Para ello, son muy útiles las dramatizaciones de las situaciones conflictivas, donde dichas situaciones se repiten pero sin llegar esta vez al acto de la agresión, y pudiendo hablar después de lo sentido (Ver Ancelin (1) y Anzieu (2)).

La dramatización permite actuar con el cuerpo jugando al "como si", de manera que se construye un espacio en el que se puede simbolizar la situación antes incontrolada (Ver Winnicott (17, 18)), y el acto de hablar después de la dramatización favorece la simbolización de afectos que antes se expresaban en la acción impulsiva.

Estas dramatizaciones han de ser dirigidas por los educadores, quienes pueden pedir a los niños, en una "reunión familiar", que escenifiquen la situación problema "para ver exactamente qué sucedió". Luego se hace una ronda de expresión de lo sentido y se discute. De esta forma, el niño aprende a simbolizar y a expresarse de otra manera, comprendiendo al otro y haciéndose comprender.

Acerca del aspecto normativo, es necesario que los niños aprendan a respetar las normas que les van a servir de guía en la vida. Los educadores harán de padres normativos, poniendo normas adecuadas a la edad de cada niño con los consiguientes premios y castigos. Han de hacer el papel de padres a la vez comprensivos y firmes.

Esta tarea puede resultar especialmente conflictiva con los adolescentes, que se rebelarán para afirmarse, pero también para pedir unas normas lo suficientemente fuertes como para sentirse "contenidos" en un momento de crisis de identidad en que no se es ni niño ni adulto. El poner normas con firmeza significa algo positivo para estos

chicos, pues, en caso contrario, pueden sentirse abandonados a sus impulsos, sin nadie que les quiera lo suficiente para "hacerles duros".

Los educadores pueden, sin hacer psicoterapia, ayudar a los niños a comprender el porqué de su conducta; ellos aceptarán mucho mejor una normativa si sienten que se les comprende y se les ayuda a relacionarse de otra forma.

3. Con respecto a los problemas psicopatológicos graves, es frecuente que los niños carenciados presenten cuadros psicóticos, problemas de delincuencia u otros trastornos severos. Los informes continuos del desarrollo de cada niño y un adecuado diagnóstico permitirán evaluar el alcance del trastorno y prescribir intervenciones en el hogar o recurrir a tratamientos especializados en el exterior.

Por último, y antes de finalizar este apartado, es imprescindible señalar la necesidad de estimular la creación de un subsistema fraterno. Es muy importante que los educadores favorezcan y estimulen todas aquellas conductas que normalmente se desarrollan entre hermanos (jugar, ayudarse, competir, negociar,...).

Si un niño mayor ayuda a los padres a cuidar del pequeño, se siente valorado, útil y recibe el agradecimiento de sus padres y hermano menor. Siempre es sorprendente el cambio que se produce en un niño problemático cuando le pedimos que nos ayude a controlar a su hermano pequeño "que nos tiene preocupados" (Espina (7)).

Relaciones con los padres de origen

Numerosos autores han señalado que es mejor para el niño tener unos padres "malos" que estar en una institución "buena". Sin embargo, desgraciadamente, en muchos casos no contamos ni con "padres malos".

El niño que por determinadas circunstancias vive en un hogar sustituto (lo que es mejor que vivir en una institución), seguirá vinculado afectivamente a sus padres. "Este espíritu de lealtad y esta necesidad de ver a los padres como personas buenas, exigen respeto y comprensión si se quiere ayudar a un niño a alejarse gradualmente de padres nocivos. El censurar a un padre puede conducir a una apasionada defensa y a que el niño se refugie en una

romántica idealización del padre agraviado"... "Es necesario ayudar a los padres sustitutos a reconocer la índole de los lazos que unen a los niños con padres descuidados y a tolerar la fría ingratitud con que los primeros responden a su bondad. Los niños deben ser alentados a expresar tanto su afecto por padres malos como su enojo por su negligencia, emociones que pueden parecer irrazonables, ilógicas o contradictorias" (Bowlby (3)).

Los educadores deben estar en contacto, en la medida de lo posible, con los padres de los niños, rescatando los aspectos positivos de la relación con sus hijos y proporcionándoles la ayuda y comprensión que ellos también necesitan.

Los educadores

Crear a un niño entraña un gran esfuerzo y dedicación. Hacerse cargo de un niño carente requiere bastante más que eso, y, para ello, hace falta cualidades, preparación y vocación.

El equipo de educadores, además de conocimientos sobre desarrollo evolutivo, funcionamiento de la familia, niños carentes, etc., necesita un apoyo exterior que le ayude a entender y enfocar problemas difíciles que se van a plantear en la convivencia con los niños carentes. Esta ayuda puede ser a varios niveles:

1. Análisis de problemas específicos.
2. Análisis institucional de los problemas del equipo. Pueden existir desavenencias entre los miembros del equipo, que pueden derivar de problemas en sus relaciones personales (subsistema conyugal) o de discrepancias referentes a la tarea educativa (subsistema parental). La ayuda exterior para solventar estos problemas es de una importancia capital, pues estas desavenencias pueden traer como consecuencia conductas desadaptativas en los niños.
3. Terapia familiar de la familia sustituta (Keeney y Ross (10)).
4. Entrenamiento en psicodrama (Satne y Marti (14)).
5. Entrenamiento en psicoterapia de grupo (como terapia personal y como conocimiento y manejo de los fenómenos grupales).

Junto a todo ello, el amor y dedicación a estos niños, ofreciéndoles unos padres suficientemente buenos de los que han carecido, adquieren luz propia en esta importante tarea.

Alberto Espina

Profesor de la Universidad del País Vasco

BIBLIOGRAFÍA

- (1) ANCELIN, A.: *Introducción al rôle-playing*. Madrid. Marova. 1979.
 - (2) ANZIEU, D.: *El psicodrama analítico en el niño y el adolescente*. Bs. As. Paidós. 1982.
 - (3) BOWLBY, J.: *Cuidado maternal y amor*. México. Fondo de cultura económica. 1972.
 - (4) BOWLBY, J.: *El vínculo afectivo*. Bs. As. Paidós. 1982.
 - (5) BOWLBY, J.: *La separación afectiva*. Bs. As. Paidós. 1983.
 - (6) BOWLBY, J.: *La pérdida afectiva*. Bs. As. Paidós. 1985.
 - (7) ESPINA, A., (1986): *La familia como continente y la intervención en crisis*. Clínica y anal. grup. 40, 178-195.
 - (8) HALEY, J.: *Terapia para resolver problemas*. Bs. As. Amorrortu. 1982.
 - (9) HALEY, J.: *Trastornos de emancipación juvenil y terapia familiar*. Bs. As. Amorrortu. 1985.
 - (10) KEENEY, B. y ROSS, J.: *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Bs. As. Amorrortu. 1987.
 - (11) MADÁNES, C.: *Terapia familiar estratégica*. Bs. As. Amorrortu. 1984.
 - (12) MHALER, M.: *Estudios 2: Separación e individuación*. Bs. As. Paidós. 1985.
 - (13) MINUCHIN, S.: *Familias y terapia familiar*. Bs. As. Gedisa. 1977.
 - (14) SATNE, L, MARTI, J. L.: *La formación es psicoterapia de grupo y psicodrama*. Argot. Barna. 1986.
 - (15) SPITZ, R.: *El primer año de vida del niño*. México. Fondo de cultura económica. 1973.
 - (16) UMBARGER, C.: *Terapia familiar estructural*. Bs. As. Amorrortu. 1987.
 - (17) WINNICOTT, D. W.: *Realidad y juego*. Bs. As. Granica. 1972.
 - (18) WINNICOTT, D. W.: *Conozca a su hijo*. Bs. As. Paidós. 1984.
- Estrategias de intervención cotidiana ante las desadaptaciones cognitivas y sociales de los niños que viven en hogares sustitutos e instituciones.*

CONCEPCIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES PARA LA INFANCIA Y LA JUVENTUD



La asunción de competencias por parte de la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de Protección, Tutela y Reinserción de Menores, el interés social hacia los temas que afectan a niños y jóvenes y la aprobación de la nueva Ley sobre Adopción y Acogimiento Familiar, etc., han conducido a un replanteamiento del papel que los servicios sociales deben jugar en la atención del sector de Infancia y Juventud.

Para dialogar sobre este tema hemos entrevistado a Patxi López Cabello, psicólogo y responsable de Infancia y Juventud de la Dirección de Bienestar Social del Gobierno Vasco.

En los últimos años la percepción social de la situación en la que viven y se desarrollan los niños y jóvenes ha variado y sigue haciéndolo de una manera importante.

Esta visión, más cercana a la realidad cotidiana, ha alcanzado también, aunque no de una forma generalizada al sector de Infancia y Juventud, al que, tradicionalmen-

HAUR ETA GAZTEEN BABESA

Azken urteotan haurrak eta gazteak bizi eta garatzen diren egoeraren pertzepzio soziala aldatu egin da eta atergabe aldatuz doan zerbait da.

Ikuspegi honek, eguneroko errealitatetik hurbilago dagoelarik, usadioz marjinatua, ezmoldatua edota azken atdiotan babespremia berezikoare deitzen den haurtzaroa eta gaztaroa ere kontutan hartzen ditu, nahiz eta oraindik erabat ez

izan. Hona hemen "kale-mailan" eta erakundeen mailan haur eta gazteen arazoa ganderailuan dagoela erakusten duten "adierazgarri" batzu:

—Gai honi komunikabideetako orrialdeek eta saioek eskaintzen dizkioten minutuen kopurua.

—Unibertsitate-munduan eta egitarau akademikotan pertsona-kolektibo hau helburutzat dituzten disziplinak sartu dirá.

te, se ha tachado como marginado, inadaptado y más recientemente como de protección especial. Algunos de los indicadores, que a nivel "de calle" y a nivel institucional muestran que, la problemática infanto-juvenil está en el candilero, son:

—El número de páginas y de minutos de emisión que los medios de comunicación dedican al tema.

—La inclusión en el mundo universitario y en los programas académicos de disciplinas cuyo objeto gira alrededor de este colectivo de personas.

—La aparición/consolidación de una nueva figura profesional, cuyo ámbito de actuación se centra en la vida cotidiana, y el sector hacia el que más se dirigen es el de infancia. Esta profesión es la de Educador Especializado.

—La modificación de la legislación dirigida a la Protección, Tutela y Reinserción de Menores. En este marco se encuadran la recientemente aprobada modificación del Código Penal en materia de Adopción y Acogimiento Familiar (Ley 21/1987 BOE) y las próximas leyes, pendientes de salir, en materia de protección de menores y ley de jóvenes infractores.

—La aparición de nuevos programas y servicios en la atención de este sector de población.

—El nuevo papel que la comunidad está tomando.

Estos son algunos de los elementos que nos indican que, está emergiendo un nuevo modelo que trata de ser alternativo al hasta ahora imperante.

El modelo asistencial ha presidido durante mucho tiempo la concepción y la estructuración de los programas y servicios de atención a la infancia y la juventud, este modelo relega a los niños y a los jóvenes a un papel de "pacientes" de una situación que, casi nunca entienden, y les hace vivir y ser diferentes que el resto de los chicos/as de su edad. La comunidad se desentiende de la solución de los problemas, conflictos, situaciones carenciales, etc. que se producen en su seno y son las instituciones las responsables de dar las respuestas necesarias y de "alejar" los problemas de la calle.

El nuevo modelo de atención trata de redefinir el papel de los individuos, la comunidad, de las instituciones en la atención del sector de infancia y juventud. Las bases

—Irudi profesional berri bat sortu eta sendotu da eta beronen lanerenua eguneroko bizitzan zentratzen da eta haurtzaroa da gehienbat kontutuan hartzen duen sektorea. Heziketari Bereziatua da profesio berri hau.

—Adin txikikoen babes, geriza eta eta birgizarteatzera zuzenduriko legeriaren aldakuntza. Mar-ko honen barman sartzen dirá arestian onartu den Kodigo Pena/aren aldakuntza Adopzio eta Abegi Familiarraren gaian (21/1987 BOE-ko Legea) eta ondoren datozen legeak, oraindik argitaragabeak, adin txikikoen babesa eta gazte legehausleen gaiarekin zerikusia dutenak.

—Egitarau eta zerbitzu berriak sortu dirá populazioaren sektore honi erantzuteko.

—Komunitatea hartzen ari den paper berria.

Hona hemen orain arte nagusia izan den ereduaren ordez sortzen ari denaren berri ematen diguten elementuetako batzu.

Eredu asistentziala nagusi izan da denbora/uzean haurtzaroa eta gaztaroari buruzko egitarauak eta zerbitzuak pentsatu eta egituratzeko orduan eta eredu honek "pairatzaile" huts bihur-

tzen ditu haur eta gazteak ia inoiz ulertzen ez duten eta beren adineko neska eta mutikoak ez bezalakoak izatera eta bizitzera bultzatzen dituen egoera batean. Komunitateak ez du bere gain hartzen bere baitan sortzen diren arazoak, gatasak, gabeziak egoerak eta abar konpontzea eta erakundeak izaten dirá beharrezko erantzunak ematearen eta kaleko arazoak "urruntzearen" ardura -dunak.

Laguntze-eredu berriak birdefinitu egin nahi du gizabanakoek, komunitateak, erakundeek duten zeregina haurtzaroa eta gaztaroa zaintzeari dagokionean. Ikuspegi berri honi eusten dioten oinarriak honako hauek dirá:

1. Haurra eta gaztea, beste edozein pertsona bezalaxe, eskubide eta eginbeharren subjektu gisa hartzen dirá, eta ondorioz, beren historia personal propioaren protagonista izan daitezen beharrezko bitartekoak eskuratu behar zaizkie.
2. Gizarte marjinaziozko prozesu eta egoeren sortzailea eta eustailea da, eta a/di berean, gizabanakoa integratzeko bitarteko ere bai.
3. Planteaiamenduen kontzeptualizazio berri bat egin behar da eta horretarako honako termino

en las que se sustenta esta nueva concepción son:

1. El niño y el joven, como cualquier otra persona, son concebidos como sujetos de derechos y de deberes y por lo tanto, deben garantizárseles los medios para que puedan ser protagonistas de su propia historia personal.
2. La sociedad es generadora y mantenedora de procesos y situaciones de marginación, al mismo tiempo es el vehículo de integración del individuo.
3. Una nueva conceptualización de los planteamientos, basados en términos como: justicia social, integración, universalidad, comunitario, profesionalización, prevención, normalización, etc.
4. No basta con la reforma de las estructuras de actuación, y el aumento en la dotación de medios humanos, económicos, etc. Es necesario un cambio de "actitud" y de "filosofía" en el planteamiento de los problemas y en la propuesta de soluciones.
5. La concepción de la propia comunidad como principal recurso, tanto preventivo como de tratamiento.
6. La necesidad de desarrollar y delimitar operativamente los principios, objetivos

generales, el marco de actuación, la selección y articulación de programas, etc.

7. La necesidad de poner en marcha una estructura basada en la prevención e integrada en la comunidad.

Estos elementos son los que deben servir de base para realizar la intervención sobre este sector de la población para no reforzar aquellas situaciones contra las que se pretende luchar.

Desde esta perspectiva los servicios sociales dirigidos a la infancia y la juventud se conciben englobados dentro de una red mucho más amplia y general que abarcaría todos los estamentos que inciden sobre este colectivo: justicia, educación, cultura, sanidad, trabajo, vivienda, etc. Desde esta perspectiva conjunta, y siempre de una forma coordinada, los servicios sociales se dirijan preferentemente, aunque nunca exclusivamente, hacia el colectivo de niños y jóvenes que por diferentes déficits o carencias socio-familiares o personales tienen una mayor dificultad o incluso imposibilidad de alcanzar una situación que les permita desarrollarse plenamente.

Partiendo de la concepción de que el niño y el joven es un "ser social en evolu-

hauetan hartzen da oinarria: gizarte-justizia, integrazioa, unibertsaMatea, /comunitario, profesionalkuntza, prebentzioa, normalkuntza, eta abarretan.

4. Ez da aski jarduera-egiturak eraberritzea, eta giza, ekonomi eta abarrezko bitartekoen hornikuntza gehitzea "jarrera" eta "filosofía" a/daketa bat beharrezkoa da arazoan planteiamenduan eta soluzioen proposamenen.
5. Komunitatea bera baliabide nagusitzat jotzea, ñola prebentzio-mailan hala tratamenduarenean.
6. Beharrezko da abiaburuak, helburu orokorrak, jarduera-esparrua, egitarauen hautaketa eta artikulazioa eta abar garatzea eta operatiboki mugatzea.
7. Beharrezko da abian jartzea prebentzioan o i n-arrituriko eta komunitatean integraturiko egitura bat.

Elementu hauek dirá oinarritzat erabili beharrekoak populazioaren sektore honen baitan esku hartzeko eta borrokatu nahi direneko egoera horiek ez errebertatzeko.

Ikuspegi honetatik haurtzaroari eta gaztaroari zuzenduriko gizarte-zerbitzuak sakoz sare zabala-go eta orokorrako batean sarturik kontzebitzen dirá, zeinak besarkatuko bailituzke kolektibo honen baitan eragina duten kolektibo guztiak: justizia, hezkuntza, kultura, osasuna, lana, etxebizitza, eta abar. Baterako ikuspegi honetatik eta beti era koordinatu batean, gizarte-zerbitzuak batez ere gehienbat, nahiz eta inoiz ez eskusiboki, erabat garatzeko egoera bat lortzea ezinezko zaien edo defizit edo gabezia sozio-familiar desberdínengatik zailtasun handiagoak dítuzten haur eta gazteen kolektibora zuzentzen zen.

Haurra eta gaztea "bilakaeran dagoen gizarte-izaki" bat direlako kontzepziotik abiatuz gero eta horregatik, gizarte-ingurunetik balioak, portaerapautak eta abar hartzen dituela eta gizarte-inguruneari kolektiboaren elementu eustaila eta aldatzaileak ekartzen dituela kontutan izanez gero, gizarte-zerbitzuen premia handieneko subjektuen tipología bat sortzen zaigu:

— "Arriskuan" dauden haur eta gazteak **hartzea** segurtaturik ez dutenez gero, ez eboluzionatzeko arriskuan da u de na k.

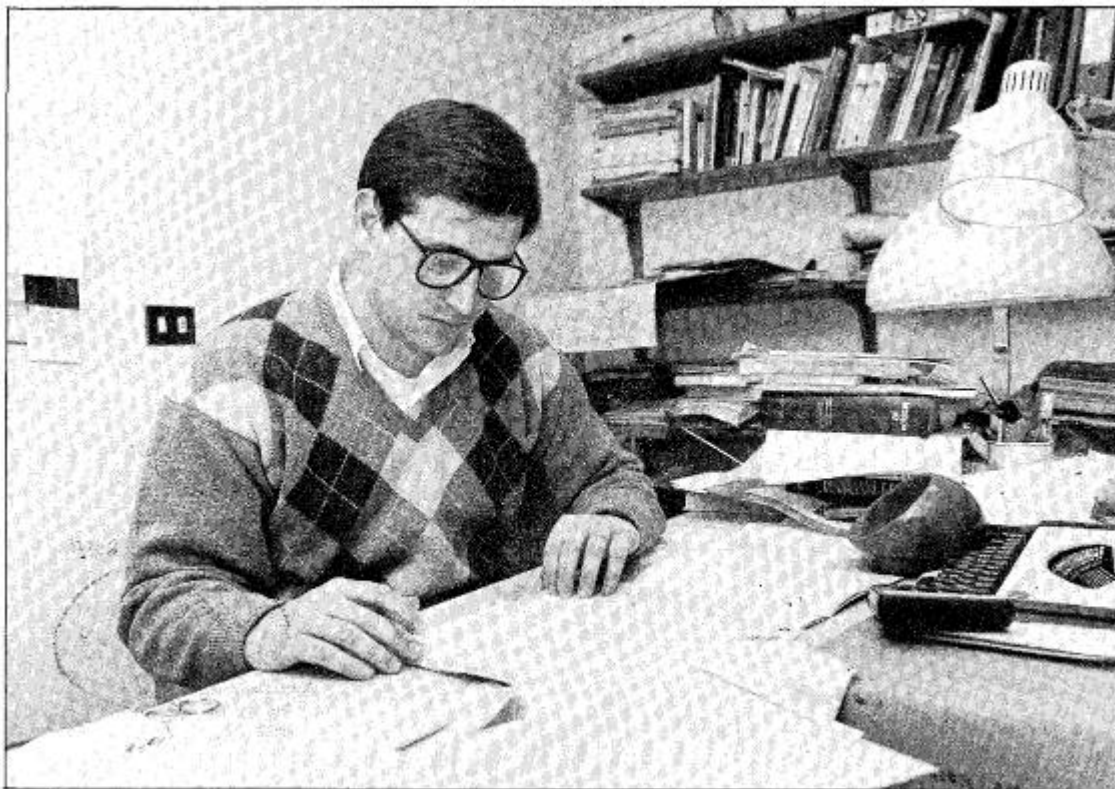
ción" y que por lo tanto, recibe del medio social (valores, pautas de actuación, etc.) y aporta al medio social (elementos mantenedores y modificadores del colectivo) tenemos una tipología de sujetos que serían los más necesitados de los servicios sociales:

- Niños y jóvenes "en peligro" no tienen asegurado el recibir y por tanto corren el riesgo de no evolucionar.
- Niños y jóvenes en "dificultad". Su protagonismo no les permite una articulación ni mantenedora ni modificadora con el medio y por lo tanto serán marginados.
- Cuando está bien establecida la dialéctica entre el dar y el recibir el niño forma parte del proceso social y está integrado en su grupo.

La definición del colectivo hacia el que se dirijan los servicios determinará el carácter de la acción social que se lleve a cabo. La actuación, sobre un único colectivo conduce hacia una especialización de los servicios y a una menor incidencia, en el caso que se produzca, sobre el colectivo global de infancia, se crean recursos para los que están bien y otros especiales para los que no lo están.

Programas prioritarios y líneas de actuación

Partiendo de lo hasta ahora dicho los servicios y programas dirigidos a la infancia y a la juventud se basarán, entre otros, en los siguientes principios:



—*"Zailtasunean" dauden haur eta gazteak: beren protagonismoak ez dio uzten artikulazio ez eus-tailerik ez aldatzailerik ingurunearekiko eta horre-gatik marjinaturik geratuko dirá.*

—*Ongi ezarrita dagoenean ematearen eta har-tzearen arteko dialektika haurra gizarte-proze-suaren parte da eta bere taldean integraturik dago.*

Zerbitzuak zuzenduko zaizkion kolektiboaren defínizioak determinatuko du nolako gízarte-ekintza burutuko den.

Orain arte esandakotik abiatuz, haurrentzako eta gazteentzako zerbitzu eta egitarauak, besteak beste, honako abiaburu hauetan oinarrituko dirá:

- Adin txikikoaren bizitzaren normalkuntza.*
- Subjektuaren partaidetza aktiboa.*
- Eguneroko bizitzaren integrakuntza norbere ingurunean.*
- Egintzaren izaera globalizatzailea.*
- Bester batzu.*

- Normalización de la vida del menor.
- Participación activa del sujeto.
- Integración en el propio medio de la vida cotidiana.
- Carácter globalizador de la acción.
- Otros.

Estos principios a la hora de la actuación se concretarían, en tres tipos de programas:

a) Programas dirigidos a la Comunidad

La Comunidad es un recurso fundamental para el trabajo social, siempre que cumpla las siguientes condiciones:

- Que asuma su propia responsabilidad y no traslade al exterior sus problemas.
- Que no se pierda en acciones individuales.
- Que no sea segregativa ante núcleos de población concretos.

Asumiendo su papel, la comunidad, apoyada desde las instituciones con los medios humanos y materiales que precise, conseguirá que los menores y las familias en peligro, dificultad y proceso alcancen una situación que posibilite su desarrollo.

b) Programas dirigidos hacia la familia

Siendo la meta de los servicios sociales la actuación sobre las causas que propician la marginación y dado el papel que, en nuestra cultura, juega la familia en la construcción de la personalidad del niño, en su socialización, desarrollo afectivo, intelectual, etc. deben considerarse prioritarios aquellos programas dirigidos a la no separación del menor de su medio familiar, siempre y cuando éste pueda ser capaz de cubrir las necesidades de todos sus miembros.

Desde esta visión, serán programas prioritarios:

—**Prestaciones económicas:** Ningún niño debe ni puede ser separado de su familia por problemas económicos. Las cuantías de estas ayudas deben permitir el mantenimiento de una forma digna del menor en su familia.

—**Programas y servicios generales:** Son programas dirigidos a toda la población independientemente de que existan situaciones de riesgo:

- * Guarderías y escuelas infantiles.
- * Familias de apoyo.

Abiaburuhauek aktuatzerakoan hiru eratako programatan gorpuztuko Hrateke:

a) Komunitateari zuzenduriko egitarauak

Komunitatea baliabide oinarritzkoa da gizartelanerako, ondorengo baldintza hauek betetzen badira behintzat:

- Bere erantzukizuna hartu eta arazoak kanpora botatzen ez baditu.
- Egintza indibidualetan galtzen ez bada.
- Populazio-gune jakine batzuren aurrean segregatzailea ez bada.

Bere papera onartuz, komunitateak, behar dituen bitarteko gizatiar eta materialez erakundeek bultzaturik, arriskuan, zailtasunean eta prozesuan dauden adin txikikoek eta familiek beren garapenerako aukerak emango dituen egoera bat eskuratzea lortuko du.

bi Familiari zuzenduriko egitarauak

Gizarte-zerbitzuen helburua marjinazioa bultzatzen duten kausen gain eragina izatea eta gure kulturaren haurraren nortasuna, sozializazioa, garapen afektiboa, intelektuala eta abar eraikitzean familiak duen papera kontutan izanik, lehentasuna eman behar zaie adin txikikoa bere famili inguruetik ez banatzera zuzenduriko egitarauak, beti ere honek bere kide guztien premiak asetzeko gaitasuna duenean.

Ikuspuntu honetatik, lehentasunezko egitarauak dirá:

—**Prestazio ekonomikoak:** Ez da haurrik banandú behar bere familiatik a razoekonomikoengatik Laguntza hauen zenbatekoek adin txikikoak bere familian mantenua duintasunezko eran izateko modukoak izan behar dute.

—**Egitarau eta zerbitzu orokorrak.** Populazio osoari zuzenduriko egitarauak dirá, arriskuegoerak dauden ala ez kontutan izan gabe:

- * Haurtzaindegia eta haur-eskolak.

- * Ayuda a domicilio.
- * Información y asesoramiento.
- * Servicios de diagnóstico, orientación, terapia, etc.

Programas de sustitución familiar: Cuando el medio familiar resulte nocivo para el desarrollo del menor y se hayan agotado todas las posibilidades anteriores, los servicios sociales buscarán para ese menor una alternativa definitiva o temporal a su familia.

- * Adopción.
- * Acogimiento familiar (familia sustituta).
- * Programas institucionalizados (hogares funcionales, miniresidencias).
- * Alternativas para mayores de edad sin hogar.

La situación actual

Para hacer un análisis de la situación en la que en la actualidad se encuentran los servicios sociales para la infancia y la juventud, es importante hacer un breve recorrido histórico desde el momento en que esta Comunidad asume los primeros servi-

cios en materia de Infancia provenientes del INAS en 1981, hasta la asunción de las competencias en materia de protección provenientes de los Tribunales Tutelares de Menores tal y como lo indica la Ley 21/1987.

La situación inicial de la que se partía en el año 81 se caracterizaba por:

- La multiplicidad de organismos y administraciones que intervenían en materia de protección, tutela y reinserción de Menores. En la CAPV en concreto:
 - * 3 Juntas Provinciales de Protección de Menores.
 - * 3 Tribunales Tutelares de Menores.
 - * 3 Diputaciones Forales.
 - * El Gobierno Vasco.
 - * Ayuntamientos (Bilbao, Baracaldo, Vitoria, San Sebastián).
 - * Varias entidades particulares e instituciones religiosas.
- La descoordinación de las actuaciones.
- La dispersidad en las fuentes de financiación (Ministerio de Justicia, Gobierno Vasco, Diputaciones, Ayuntamientos, Beneficiencia. Donativos, etc.).

- * Sostengu-familiak.
- * Etxerako laguntzak.
- * Informazioa eta aholkaritza.
- * Diagnostiko, orientazio, terapia eta abarrezko zerbitzuak,

- **Famili ordezpenezko egitarauak:** Famili ingurunea kaitegarri denean adin txikikoaren garpenerako eta aurreko ahalbide guztiak agortu direnean, gizarte-zerbitzuek betirako edo denborazko alternatiba bat bilatuko diote familiari adin txikiko horrentzat.

- * Adopzioa.
- * Abegi farnilkiarra (ordezko familia).
- * Egitarau erakundetuak (etxe funtzionalak, miniegoitzak).
- * Etxerik ez duten adin nagusikoentzako alternatibak.

Gaur eguneko egoera

Haur eta gazteentzako gizarte-zerbitzuak gaur egun aurkitzen direneko egoeraren azterketa bat

egiteko, garrantzizkoa da ibilbide historiko labur bat egitea Komunitate honek bere lehen zerbitzuak asumitzen dituenetik Haurtzaroari dagokionean INASengandik 1981 leant, eta babes gaietan konpetentziak asumitu arte Adin Txikikoen Auzitegi Gerizatzei/etetik zetozenak, 21/1987ko Legearen arabera.

81. urtean abiapuntutzat hartzen zen egoera hau zen:

- Organismo eta administrazio ugari zegoen Adin Txikikoen babesa, geriza eta birgizarteratzean esku hartzen zutenak. EHAK-an honako hauek:
 - * 3 Batzorde Probintzial Adin Txikikoen Babeserako.
 - * 3 Auzitegi Gerizatzei/e Adin Txikikoentzat.
 - * 3 Foru Aldundi. ' Eusko Jaurlaritza. ' Udalak (Bilbo, Barakaldo, Gasteiz, Donostia).
 - * Zenbait entitate partikular eta erakunde erlijioso.
- Jarduerak deskoordinaturik zeuden.

—Una legislación reguladora del año 48, basada en principios poco acordes con la realidad actual.

—Falta, casi total, de personal especializado.

—Ausencia de líneas básicas de actuación.

Desde el 81 hasta el 85 la CAPV no asume ninguna nueva competencia en este área, en este último año la Comunidad Autónoma asume el traspaso en materia de Protección y Tutela de Menores y de forma casi automática se produce el traspaso del Gobierno a las Diputaciones Forales. De esta forma y tal y como lo expresa la LTH los Territorios Históricos asumen la ejecución de la política en materia de Protección y Tutela de Menores.

En Noviembre del 87 y debido a la aprobación de la Ley 21/87 sobre Adopción y Acogimiento Familiar, la actuación que en materia de Protección realizaban los Tribunales Tutelares de Menores pasa a ser ejecutada por las Diputaciones Forales.

La nueva situación creada por los trasposos producidos desde el Estado a la Comunidad y la aprobación por parte del Parlamento Vasco de las Leyes 6/82 sobre

"Servicios Sociales" y 27/83 sobre "Relaciones entre las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma y de los Órganos Forales de sus Territorios Históricos", se caracteriza por:

—Todas las acciones en el ámbito de protección de la Infancia y la Juventud dependen de los Servicios Sociales.

—La competencia normativa, planificadora, coordinadora, de formación, etc. está ubicada en las instituciones comunes: Parlamento y Gobierno.

—La gestión, ejecución y capacidad presupuestaria se encuentran en los Órganos Forales.

—Únicamente está en manos de la Administración de Justicia la actuación cuando se producen actos tipificados como faltas o delitos.

Sobre el papel se dan todos los elementos para poder realizar una acción eficaz, para poner los medios necesarios que posibiliten responder a las demandas que este sector de población plantea y poner las bases para que las causas que originan estas situaciones sean reducidas o desaparezcan.

—*Finantz iturriak sakabanaturik zeuden (Justizi Ministraritza, Eusko Jaurlaritza, Aldundiak, Udalak, Ongintza, Dohainak, eta a bar).*

—*48. urteko iegeria arautzailea, gaur eguneko errealitatearekin oso ados ez zeuden abiaburutan oinarritua.*

—*Pertsonal espezialduaren ia erabateko gabezia,*

—*Jarduerarako oinarritzko zuinen gabezia.*

81etik 85era bitartean EHAK-ak ez du asumitzen konpetentzia berririk alor honetan, azken urte honetan Autonomi Komunitateak traspasoa asumitzen du Adin Txikikoen Babesa eta Gerizaren gaitan eta ia era automatikoz gertatzen da Gobernutik Foru Aldundietarako traspasua. Honetara eta LHL-ak adierazten duenez Lurralde Historikoek beren gain hartzen dute Adin Txikikoen Babesa eta gerizaren gaitan politika betereztea.

87ko Azaroan eta 21/87 Legea onartu zelako Adopzio eta Abegi Familiarraz, Foru Aldundiak hasten dirá ordura arte Adin Txikikoen Auzitegi Gerizatzaileek Babes gaitan burutzen zuten jarduera beterezten.

Estatutik Komunitatera gertaturiko traspasuen-gatik sorturiko egoera berriak eta Euskal Legebiltzarrak 6/82 "Gizarte Zerbitzuak" eta 27/83 "Autonomi Komunitateko Erakunde Amankomunen eta Lurralde Historikoetako Foru Organoen arteko Harremanak" legeak onartzeak ezaugarri hauek ditu:

—*Hautzaroa eta Gaztaroaren babeseko alorrean burutzen diren egintza guztiak Gizarte-Zerbitzuen batian daude.*

—*Konpetentzia arautzailea, plangilea, komunztatzai/ea, formatzailea eta abar erakunde amankomunetan kokaturik dago: Legebiltzarrean eta Gobernuan.*

—*Kudeakuntza, beterezpena eta aurrekontugintzarako gaitasuna Foru Organoetan daude.*

—*Justizi Administrazioaren eskuetan dagoen gauza bakarra huts edo delitu gisa tipifikaturiko egintzak gertatzen direneko jardura da.*

Paper gainean egintza eraginkor bat burutze-ko behar diren elementu guztiak daude, baita

El análisis de la realidad nos ofrece una serie de indicadores que de seguir reforzándose pueden hacer que en un espacio no muy largo de tiempo se caiga, precisamente, en aquello que como punto de partida se pretendía evitar:

- Descoordinación y creación de estructuras paralelas entre los diferentes departamentos implicados.
- Estructurar un sistema asistencial y no preventivo.
- Centralizar la gestión.
- Separar las respuestas de allí donde surgen los problemas.

—La no asunción de protagonismo por parte de los municipios.

—Potenciar la creación de tres sistemas territoriales de servicios y por lo tanto favorecer los desequilibrios interterritoriales.

—La no definición de una política clara, consensuada y a medio plazo en Servicios Sociales para la Infancia y la Juventud.

El momento actual, por la asunción de competencias y la no hipoteca del sector, puede ser el idóneo para establecer un marco de actuación coherente y más teniendo en cuenta, que el paso del tiempo juega en contra de la consecución de este objetivo.

behar diren hitarteko guztiak ezartzeko ere populazio-sektore honek planteiatzen dituen eskakizunei erantzun ahal izateko eta oinarriak jartzeko ere egoera hauek sorteraizten dituzten kausak murriztu eta desager daitezzen.

Errealitatearen azterketak adierazgarri-sail bat eskaintzen digu, zeinak errebertxatzen jarraituz gero oso luzera gabe berriro abiapuntu gisa eragotzi nahi zen hartantxe eror baikaitezke.

—Deskoordinakuntza eta egitura paraleloen sorrera inplikaturiko departamendu desberdinen artean.

—Sistema asistentzial bat egituratzea eta ez prebentiboa.

—Kudeakuntza erdiratzea.

—Erantzunak arazoak sortzen diren guneetatik aldentzea.

—Udalerrien aldetik protagonismorik ez hartzea.

—Hiru zerbitzu-sistema territoriak sortzea eta ondorioz lurraldeen arteko desorekak eragitea.

—Hautzaroa eta Gaztaroarentzat Gizarte-Zerbitzutan erdi epera politika argi eta kontsentsuatu bat ez definitzea.

Une honetan, konpetentziak hartu direlako eta sektorea hipotekaturik ez dagoelako, egokia izan liteke jarduera-marko koherente bat ezartzea, are gehiago, bada denboraren iragaitza helburu hau lortzearen kontra doala kontutan izaten bada.

ADINEKO PERTSONAK EUROPAN (II)

Sail honetan lau eratako ekintzak sailkatzen direla esan genezake: 1) Aisia (denborapasak, kultura, kirola). 2) Abegi-egiturak balioanitzak. 3) Adineko pertsonentzako oporrak (denborapasa, kultur ekintzak). 4) Adin handikoentzako oporrak.

Ondoren eta hurrenez-hurren lau sail hauetan herrialde desberdinetan aurkitzen diren inizatibien berri laburra eskainiko dugu:

Erresuma Batuan, Joyce Cheesman, idazleak adineko pertsona talde bat *idazketa--proiektu* baten barruan parte hartzera eramandu. 78-86 urte bitarteko pertsonaz osaturiko taldekideak 14 urtez aurretik eskola utzitakoak ziren eta denak idazteko usadiorik gabeak izaki, hasieran ez zuten gai jotzen beren burua idazteko. Hiru aldi desberdinetan, taldeko zenbait erregulariki idaztera iritsi dirá eta honela beren bizitzako pasarte garrantzizkoen berri senideei idatiz uztera.

Honetarako aurrea leñen Mundu-gerratearen garaiko pertsonen grabazioak entzunerazten zaizkie, eta honela nork bere iraganaz hitzegiteko gogoá sentitzen du; idazleak denoraldian ematen zituen partaide bakoitzarekin eta oroitzapenak diktatzeko eskatzen zion. Gero bakarrik jarraitzeko esaten zion eta beste batengana jotzen zuen; azkenik idatziak elkarri trukatzeko zitzaizkion, emaitzak eztabaidatuz eta gai berriak bilatuz.

Bestalde, herrialde berean, *Friends by Post* (*Postabidezko Adiskideak*) deritzan taldeak bakartadearen aurka borroka egiteko, partaideen artean, ekintza intelektual luze baterako aukera eskaintzen du. Taldea harremanetan sartzen da bakarrik edo isolaturik bizi diren pertsonekin. Taldekide guztiek galdakizun bat erantzun behar izaten dute (adina, sexua, interesatzen zaizkion gaiak, eta abar) eta gutxienez astean gutun bat idazteko hitza eman behar izaten du. "Postabidezko bikoteak" bakoitzaren interés eta gustoen arabera osatzen dirá.

Alemanian ekintza ugari eta desberdinak aurkitzen ditugu sail honetan eta aipamen labur bat besterik ez dugu egingo bakoitzari buruz.

Dependentzia handieneko adinekoentzako *bideo-grabazioak* erabiltzen dirá aktiboki parte hartuz "bizi-poza" sentí dezaten.

Saxonia Behereko Soltaunen, jubilatuen etxe batek *kultur aste* oso bat antolatzen du doan adinekoentzat, kontzertuak, kantak, dantza folklorikoak, antzezpenak, filmeak eta abar barne direla.

Stuttgarteko jubilatuek etxe batean poesi zirkulu bat antolatu da eta bertan poesia irakurtzera eta entzutera biltzen dirá jubilatuek, honetara bakartadea eta aspertasunari kontra egínez.

Berlinen "*Hirugarren Adinekoentzako Agentzia*" bat antolatu du hiri honetako Lan eta Arazo Sozialetako Senatuak eta 1980az geroztik "adinekoentzako interes-merkatu" bat dago martxan, lehendabiziko sei hilabeteetan 1.000 pertsona inguruk bertara dei egin zutelarik. Aisia, oporrak, formazioa eta abarri buruzko xehetasunez gainera paseoak bakarrik ez egiteko lagunak, kontzertura joateko kidea eta abar lortzen dituzte adinekoek agentziaren bidez. Alemanian beste hiri batzutan ere badira gisa honetako agentziak.

Saxonia Behereko Bielefelden *igandero bazkariak* antolatzen dirá, batez ere neguan.

Hogeitamar argitaratzailek elkar harturik "*letra handiko*" liburuak editatzen dituzte bista-arazoak dituzten pertsonentzako eta orain dozenaldi bat urte 500 bat liburu zeuden honela inprimatuak. Zerrenda urtean bi aldiz argitaratzen da eta udal eta parroki liburutegiek gero eta liburu gehiago erosten dituzte honela inprimatuak.

Saxonia Beherko Kirol Fcaerakundeak eta Kirolarien Elkarteak *Hirugarren Adinekeen Kirol Astea* antolatzen dute, jubilatuen artean kirola sustatzeko, batez ere inoiz egin ez dutenen edo aspaldian egingabekoen artean. Partaidetza nabarmena izan dute eta bertan kirola eta jai-ekintza orkorak tartetzen dirá.

Cuxhavenek erakundeetan bizi diren *adinekoentzako Joku Olinpikoak* antolatu ditu.

Hessen-Neuwiedeko Caritasek *aisia-egunak* antolatzen ditu beren etxeetatik irten gabe bizi direnentzat aukera bat eskainiz eta bizimodu aktiboago baterako bidea urratuz. Aurrena inkesta bat egiten da pertsonak bilatzeko. 60-85 urte bitarteko 72 emakumek erantzun zuten eta beren zaletasunak ezagutu ondoren, proiektu bat burutu zen: goizeko 9etatik arratsaldeko 5 arte elkarrekin egon ziren, eguerdian bazkalduz eta bitartean gizarte-jokoak, gimnasiak, dantzak, oroimena lantzeko ariketak, esku-lanak, meditazioa eta abar egin zituzten.

Frantziari dagokionez, jubilatuen partaidetza bultzatzeko zenbait ekintza bideratu dirá: hala nola Vern-sur-Sechen, *dos d'Orri-reko egoitza*, belaunaldi desberdinak betera joatera gonbidatuz eta adineko pertsonen inguruan giro egokia sortez. Bertan kultur eta gizarte-ekintza ugari antolatzen dirá, adinekoak tartean direla. Belaunaldi desberdinetakoak parte hartzen duteneko oporraldiak ere antolatzen ditu. Bestalde *Caisse Interprofessionnelle de Prévoyance des Salaries* deritzonak *LES ARCADES: Gizarte-informazio eta ekintza gerontologikoetarako zentrua* sortu du Troyesko herrian, non biztanleen % 17 60 urtez gorakoak diren. Helburua asistentziakutsu guztia baztertzeko egintza bariatatu eta egokiak proposatzea, jubilatuen partaidetza aktiboa eskatuz eta belaunaldien eta adin berekoen arteko harremanak bultzatuz. 4.200 m² dituen orube batean erasikia dagoelarik merkatal, administrazio eta kultur ekintza nagusienak burutzen dirá bertan eta ezinduentzako abegi-lekuak ere baditu. Unitate medikal eta paramedikal bat ere badu, kontsulta gisa funtzionatzen dueña. Era guztietako ekipamenduak dituelarik, bere programa eta proposamenetan honako ekintza motak sartzen dirá: eskulanak, irakaskuntza, ekintza fisikoak eta ludikoak, gizarte-zerbitzuak, era askotako denborapasak. Adineko pertsonentzako klubak aldean eguneko zentruak abegi-gaitasun handiagoa dute eta sarrera ez da hain mugatua, eskaintza ere zabalagoa delarik.

Italian ere antzeko inizatiba bat aurkitzen dugu Florentziako 14.º auzategian "*Adi-*

nekoentzako Egunezko Zentrua" deritzanean, nahiz eta bertara ezinduek eta haurrak ere sarbidea duen. 50.000 biztanle dituen auzategi honetako 450 adineko hartzen dutu zentruak eta 12 adineko eta auzategiak hautaturiko 7 kidek osatzen dute administrazio-kontseilua. Iniziatiba interesgarri bat 150 lur-zati egitea izan da jubilatuek bana-ka edo bikoteka beren lorategia edo baratzak landu dezaten. Batek baino gehiagok jaten dituzte berek landutako barazkiak. Era guztietako denborapasak daude bertan eta gerontologian espezialista direnek emandako hitzaldi-sailak ere antolatzen dirá. Arretaz lan egiten da belaunaldien arteko eten-dukurik sor ez dadin ere.

Danimarkako *Adinarteko Klubetan* gisa honetako beste edozein klubek burutzen dituen ekintzak aurkitzen dirá baina berauetan bereziki azpimarratzen da beste belaunaldietako adinekoen artean etendurarik ez sortzearen garrantzia. Era guztietako topaketa, trukaketa, elkarlanak eta ekintzak antolatzen dirá ildo honetatik. Zentzu honetan bertan *Asteburutako Klubak* ere antolatu dirá hiriburen eta gizarte-jolasak, filatelista-bilerak, dantzaldiak eta abar antolatu izan dirá larunbat eta igandetan.

Herrialde Behereei dagokienean aipagarria da "*65pasaportea*" deritzana eta bizitza osorako balioa dueña. Holandan ezarri zen lehendabiziko aldiz agiri hau eta edozein holandarrek 65 urte baditu eta bere ezkontideak 60 urte gutxienez, 6,50 florinetako prezioarengatik eskura dezake. Agiri hau duenak doan erabiltzen ditu ekipamendu asko eta beharpenak ditu zinema, dantza eta gimnasia ikastaldietan, garraio publikoetan (trenbideak ez dirá sartzen, zeren tarifazio berezia bait dute adinekoentza) museoetan, Adinarteko Unibertsitateetan, bidai eta kiroletan... Gobernuak biziki bultzatzen ditu erakunde eta establezimenduak pasaporte honen jabeek beharpen edo deskontuak egitera. Gobernuak beharpen hauen zerrendak argitara ematen ditu.

Oporren sailera pasatuz, herrialde guztietan aurkitzen dirá era desberdinetako ekintzak: Italian, esaterako G.S.A. edo Adineko Pertsonentzako Kultur Zerbitzuen Multzoak, akultura gainditu eta gizarteratze-prozesuak bultzatzearen ildotik jotzen du, adinekoak beren etxeetatik irten daitezen eta bereziki, adineko alarguntsak, izan ere hauek emakumearen sozializazioa baztertzeko duten usadioetan finkaturik bizi bait dirá askotan. Honela, oporrak abiapuntu egoki gerta daitezke inertzia gau gaindituz nor bere buru-kan konfidantza berreskuratu eta atzera bizi-

poza eta orekaren jabe bihurtzeko. Bi alditan antolatzen dirá oporrak: a) Apirilean adinekoek oporretarako proposamenen berri izaten dute eta hautaturiko programaren arabera taldeak antolatzen dirá, bilerak eginez, elkar ezagutzeko, bidaian ezagutuko den alderdiaren geografia eta kultura ezagutzeko eta oporraldian burutuko diren ekintzak prestatzeko. Taldearen arduraduna dinekoaren senideekin harremanetan jartzen da. b) Arduradunarekin hautatutako tokira bidaia eta bertan ekintza fisiko jolasezko, kulturazko, turistiko eta erlijiozkoak burutzen dirá. Partaideak ingurune apaletatik etortzen dirá eta apatia intelektualaren menpe egoten dirá sarritan eta lan egin behar izaten da estimulatzen.

Frantzian "opor intelektualak" deritzan esperientzia bat sustatu du enpresa-komite batek ehun bat **jubilatu** bi hlabetez egoitza batean bilduz. Helburua kultura eta ohitura maila desberdinetako jendea estimulatzea eta beren mugetatik ateraraztea izan da, gizarteratze handiago bat eta talde-gogoeta eraginez. Guzti hau komunikazio-ekintza baten inguruan antolatu da, egunkari bat idatziz eta argitaratuz. Ekipoan kazetaria, animatzailea, grafista, inprimatzailea eta koordinatzailea zeuden eta berauen henburua jubilatuei egunkari bat egiten laguntzea zen. Gaian eukera, informazio-bilketa, idazketa, fabrikazioa eta abar jubilatuen eta ekipoaren arteko lankidetzaren fruitua izan da.

Jubilatuen Elkarrekin Orokorrak ere antolatu izan ditu hiru astetako *oporraldiak gai jakin batzuei ardatz gisa harturik*: "nork bere eskuez sortu", "sasoian bizi", "besteekin kontatu", "jubilazioa ongi bizi" eta abar. D.A.S.S. (Direction de l'Action Sanitaire et Sociale) delakoak oporraldi berezi batzuei antolatzen ditu *ezinduek* diren, gurgilaukietan daudenak barne direla, eta batez ere baliakizun ekonomiko handirik ez dutenentzat Bakoitzari eguna mila bat peseta inguru kostatzen zaio. Gastuaren gainerako karga erakunde sozialek hartzen dute beren gain.

Honezaz gainera, *ospizioetan bizi direnentzat* ere antolatzen dirá oporraldi bereziak.

A.P.A.L.P.A. elkarteak Bórdele aldeko 40 klub bere baitan dituenak, urtero 2.000 adinekorentzat *Nazioarteko Oporrak* antolatzen ditu jubilatuei protagonismo guztia emanez. Bórdele eta Montrealean artena trukeak egiten dirá eta mundu osoan barrena aurkitzen dirá hotel, egoitza eta ostatuak. Arduradun baten inguruan oporren aurretik eta ondoren bilerak egiten dirá. Proiektu honek diru laguntzak jasotzen ditu gizarte-

erakundeetatik eta jubilatuei bakoitzaren ordainketa bere baliabideen arabera erabakitzen da.

Badira, halaber, *Gizarte-laguntzarako erakundeek antolaturiko oporrak* ere, Normandiek Gaixotasun-Segurantzako Kutxa Erregionalak antolatzen dituenak bezalakoak eta helburua gizarte-maila apaleko jubilatuei atsedeen-aurkera hau eskaintzea da. Elkarrekin erabakitzen da ñora joan eta ostatuak adinekoentzako bereziak ez diren hotel-egituratan aurkitzen dirá.

Azkenik, *Opor Urdinak* deituak aipatuko ditugu: 1975ean sortutako elkarteak da, adinekoentzat oporrak antolatzen ditu eta Kostalde Urdinean egoitza ugari ditu. Adin desberdin arteko harremana indartzea du helburu eta urte soan irekita egoten dirá jubilatuei zein aktiboentzat. Erakunde desberdinekiko harremanetan lan egiteko gastuak finantzeatzeari dagokionean.

Alemanian, Bavariako *Gurutz Gorriak Bidaia Antolatuak* ditu adineko eta ezinduentzat: agentzia bat 1975ean sortu zen München eta beste bat 1979an Nurembergen. Autobusak gurgilaukiak hartzeko moldaturik daude eta pertsonal paramedikalak laguntzen dituzte bidaiariak. Italia, Austria, Espainia, Frantzia, Jugoslavia, Skandinavia, Suitza, Puerto Rico eta Alemaniako beste eskualde batzuetara egin dirá txangoak.

Ruhr-Hattingeneko *Diakonisches Werk* orgintza-obra badu zainketa-etxe bat hiri honetan eta bidaiatzeko gauza diren guztiak demente sakonak izan ezik-TeXek uharte holandarrera eramaten dituzte oporretan autokarrez. Ezindu astunak izaten dirá, fisikoki edo mentalki, eta beren zainketa guztia hartuz jarraitzen dute, baina opor-programa normal bat burutzen dute txango, itsaso-egun eta abarrekin.

Danimarkan EGV da *adineko ezinduek oporretara* eramateaz profesionalki arduratzen den erakunde bakarra, garraiabide egoituekin. Eguneroko girotik adineko ezinduek atera eta batez ere klima lehor eta berretara eramatea du helburu (nabaria da bidain eta bidai ostean askoz sendagai gutxiago kontsumitzen dutela pertsona hauek). Maila desberdinetako ezinduek nahasturik eramaten dirá eta egonaldiak malguak izaten dirá partaideen enkoardamendu-premien arabera. Enkoardamendua arabat profesionala izaten da.

Bestalde, bada *turismo-bulego espezialdu* bat eskaintza eta eskariaren arteko koor-

dinazioan, adinekoentzat eta baldintza berezitan, saldu gabeko plazak lortzen dituen prezio merkeagotan. Honela galera ekonomikoak agentzian murrizteaz gainera adinekoak integratzen dirá talde turitikoetan. Abiatu baino egun batzu lehenago merkatal agentziek saldu gabeko plazen berri ematen dute eta zer baldintzatan emango zaizkien adinekoek. Baldintza hauetan bidaia egiteko prest dauden pertsonak zerrenda baten arabera deitzen zaie eta beherapenak % 10 eta % 50 bitartekoak izaten dirá.

Partaidetza

Herrialde Behereei dagokienean, adinekoek berek Gobernuaren laguntzaz *Hirugarren Adinekoen "Sindikatuak"* dei itezkeen erakunde batzu sortu dituzte berauei gizarte-ordezkaritzazko rol bat eskaintzeko, beste belaunaldiak harremanak bultzatzeko eta interesgune berriak sorterazteko. Antolamendu hau adinekoena eta adinekoentzat delarik, hiru azpisailetan banatzen da: katolikoa, protestantea eta neutroa. Enkoadramendua hamaren bat funtzionario segurtatzen dute, berauen soldadak 3/4 Gobemua eta 1/4 kideek ordaintzen dituztelarik. Une honetan adineko-populazioaren heren baten ordezkaririk dirá. Adinekoekin zerikusia duten interesen erabakiak defendatzen dituzte gobernuaren aurrean, kreditu handiako antolamendua eta ordezkariek kontsultatu gabe ez da hartzen erabakirik. Urtean milioi eta erdi florin ordaintzen ditu Gobernuak eta gainerakoa kideen kotizazio-bidez osatzen da.

Aipatutakoaz gainera, Adinekoen Antolamendu batzu ere badira gobernuaren politikagintzan parte hartzeko bideak jartzen dituztenak, adinekoen egoeraz eta premiez botere publikoak informatzeaz arduratzen diren organismoak. 1981ean lau elkarte handien artean 450 mila pertsona zeuden ordezkatutik.

Elkarte hauek *"Adineko Pertsonen Ongizaterako Nederlandar Federakundean"* bildu ziren eta entzute handia lortu zuten Ministritzaren aurrean. Langile jubilatuak eta erdi-klasekoek gehiengoa osatzen dute bertan.

Bussumen, 30.000 biztaleren artean % 20ko adineko-kopurua duen herrian, udalak adineko pertsonak dei egin die 3. *adinekoen politika bat* lantzeko, adinekoek berek parta hartuz. Horretarako lau urratsa eman dirá:

1. 1.000 pertsona adinekoren artean inkesta bat burutu da bizi-baldintza eta premiei buruz. Laguntza-eskarian % 70 auzok bete zitzaketen, profesionalengana jo gabe.
2. Hiru hilabet geroago inkestazaleekin hilerak egin ziren gizarte-politikazko proiektu bat burutzeko.
3. Laguntza-eskari erantzuteko adinekoek berek antolatu zituzten partaidetza-taldeak (hilabete baten buruan ehunen bat zerbitzu desberdinen eskaintzak eta eskariak sortu ziren).
4. Aurrekontu bat botatu zen udalean politika aurrera eramateko, eta borondatezko pertsonen lankidetzari esker aurrekontu hori murriztu egin ahal izan da denbora igaro-ala.

Aiemanian, *Braunschweigeko kantoian* dauden 170 zainketa-etxeak eskualdeko bilera batean antolamendu orokor bat sortu dute eta adineko pertsonak ostatupean daukaten etxeekin zerikusia duen legeren bat agertzeri doanean partaidetza aktiboa hartzen dute berau lantzen. 1982ko udaberrian irten zen lege murriztaile baten aurkako protestan sortu zen etxeen kontseiluaren iniziatiba.

Rhenaniako Wuppertalen eta 50 urte-tako emankume baten eraginez *"Graue Panther" (Pantera Grisak)* erakundea sortu zen adinekoak babesteko. Adinekoak adinekoen arduratzea eta jabetzera du helburu, auto-defentsa zentzua landuz eta diñaren araberrako segregazioa baztertuz. Estereotipak eta irudi negatiboak ezeztatu, adinekoen indarrak kontzientzia harrerazi, solidaritatea indartu, egoera material, politiko eta soziala hobetu eta gainerako adinekoek kontziantzia harrerazi gaurtik lan egiten ez badute bihar-ko "zahar zokoratuak" izango direla ikuse-raziz, guzti hau eginez gizarte-borrokarako mugimendu bihurtu da. 1982an 1.000 kide-tatik gora zituen.

Hessengo Kasselen bada.

Lebensabend-Bewegung (Biziarrats-Mugimendua) adinekoek sortua eta bultzatua gizarte bizitzan eta politikan parte hartzeko bereziki berekin zerikusia duten arazoetan. Areto ugari zabaltu ditu herri askotan zehar eta ekintzak honako sailetan burutzen dituzte: informazio, elkarlaguntza eta eskulanean eta mugimenduak badu bere prentsa-organoa ere: *"Aktiver Lebensabend"*. Urteroko

biltzarrea antolatzen du adinekoen ordezkariez gainera, mundu honekin interesaturik eta bertan profesional gisa ari diren askok ere parte hartzen dutelarik. Kotizazio, dirulaguntza eta lañen batzuetatik kobraketa funtzionatzen du.

Konrad Adenauer Fundazioak ere antolatatu ditu bi Biltzar adinekoek beren kidekoen mesedetan esperientzia komunikatzeko, lau eta hiru egunetakoak "Gerra osteko Alemanian izan ditugun esperientziak-Etorkizunerako orientabideak" izenburupean. Gastuak antolatzailerak eta partaideen kuotek ordaindu zituzten.

Danimarkan Adineko Pertsonak *Alderdi Politiko bat* sortu dute beren interesak babes-teko eta legegintzarako hauteskundeetan % 1 inguru atera zuen. Zahartasuna ez dela gaisotasuna derrigor eta ez duela zertan karga bat izan beharrik onarterazi nahi du, asistentzi kontzeptua baztertuz eta izaki autonomo gisa dituen eskubideak baliaraziz.

EGV (Adinekoen Laguntzarako Elkartek) bere arautegiaren lehen artikuluan dio "hiritar oso izan daitezen adineko pertsonak beren arazoak konpontzen laguntzea, gogara eta aktibo gizartearen izanez". Eta gizarte-bizitzan parte hartzeko aukerak eskaintzea bide beza-lan jarten du horretarako. Beraz adineko hiritarren hani eta premiak errespetatzea da helburu nagusia. Erakunde desberdinen erabiltzailek 70 hautatzen dituzte beren arte-tik EVGko asanblada orokorraren 220ren parte bat osatuz. 70 hauek hiru hautatzen dituzte 28 kide dituen administrazio-kontseilu-rako. 10 kide dituen elkarte-batzordean haie-tako bat sartuko da. 1980az geroztik onar-turik dago *adinekoen ordezkari-tza adminis-trazioan*. Guztira 70 bat erakunde daude ordezkaturik. EGVn. 1976ko lege bat dago adineko pertsona derrigor ordezkaturik egon behar duela dioena berarentzako erakunde guztietan. Gaiso psikikoak dituzten zentruetan hau zaila gertatzen da baina Danimarkak ekin dio demokratizazio-era honi.

Erresuma Batuan "*Task Forcé*" elkarteak arduratzen da adinekoak beren ghetotik aterazteaz, beren bizi-egoeran eragina izateko aukera eskainiz, jubilatuei beren bizimodu hobetzeko bideak urratuz. Horretarako elkarrekiko irteerak, talde-aisialdiak antolatzen ditu (Kensington eta Westminsterren, adinekoen bizi-baldintzekin eta udal-proiektuekin zerikusia duten informazioa agertzeko eta emateko elkarteak aktiboak ditu (Newington eta Tottenham), eta lan-bila dabil-tzan jubilatuentzat bulego-lana egiten duten elkarteak ere baditu.

Frantziari dagokionean *PAP 15 ek Bre-tainan egindako inkestak* dirá ohargarri adinekoen premiak detektatu eta politika koherente eta moldatu bat egiteaz denaz bezainbatean. Jubilatuek berek parte hartzen zuten inkesta hauek prestatzen eta burutzen ere. Emaitzak argitara ematen dirá eta sarritan bileretako eztabaidagai bihurtzen dirá.

Belaunaldi arteko Poltsa bat ere badago "Association des Ages" elkarteak sortua, jubilario-sariaren osagarri bat eskaintzeko etorkizunean eta belaunaldi gazteagoekin autoritatezko eta dependentziakoez bestelako harreman batzu sortearaziz. Gaurko ikasleak eta biharko jubilatutako harreman-tan jartzen dirá. Kontratu bat sinatzen dute "aitabixiak" bere "semebitxi" edo "alababixiak" poltsa baten baliokidea luzatzen diolarik bizitza profesionalean errotur arte lagunduz; diru hori aitabixiak pentsio-osagarri gisa jasoko du jubilario-adinera iristean.

Italian, parrokiak batzuren inguruan badi-ra zenbait inizatiba gazteek sortuak adinekoak baztertutik gera ez daitezen eta gizarte-bizitzan parte har dezaten: "*Nuova Base*" deritzon 30 gazte lan egiten dute Genzanoko parrokiaren, eta besteak beste, aldizkari bat argitaratzen dute adinekoekin batera.

Gruppi Servizio Anziani deritzonak adinekoek laguntzeko 60 bat elkarte ditu bere baitan eta 3.000 pertsonari eskaintzen die laguntza. Erromako *Sant'Egidio* udalerriaren 120 gazte borondatezko bizikidetzan hartzen dituzte adinekoak komunitate bat antolatuz eta giro afektiboa eskainiz.

Zainketa-Osasuna

Sail honetan osasun eta gizarte egiturak, ospitalizazioaren aurre-osteak, prebentzio fisiko eta mentala eta bestelako zenbait zerbitzuren alorrean egiten direnak aztertuko ditugu herrialdez-herrialde.

Frantziaren honako inizatibak aurkitzen ditugu: 4° *Adinekoentzako Egintza-Koordinazioa*, erabat edo une baterako beren autonomia galdua duten adinekoen aldeko bururapen sozialak orientatzeko eta koordinatzeko. Bi establezimendu eta bi zentru ditu: Iparraldean 114 oherekin eta sendakuntz unitate bat Bordelen. Eta abegi-etxeak iseren 40 bat ohe ingurukoak.

Issy-Les —*Moulineaux-en*—. Egunezko *Zentru* bat dago, ahal denean ospitalizazioa eragozten duen prebentzio-egintza batez

eta behar denean erakunde baterako sarbidea errazten dueña. Adinekoari gizarteratzea ere errazten dio, inoren alde zerbait egin lezakeelako ustea eta konfidatza berarengan sendotuz. Zentru hau erabat jabetzen da adinekoaren egoeraz eta alderdi guztietan eskuratzen dio laguntza, somatiko, psikologiko edo soziala delarik ere. Egunean zehar talde-gimnasia, kínesiterapia, hidroterapia, psikomotrizitatea, ergoterapia, talde-eztabaidak, zeramika, ehungintza, pintura, ibilladiak, erakusketetarako bisitak eta abar bezalako zerbitzu eta ekintza-aukerez balia dateke bertara datorren adinekoa.

CANTOU Okupazio Baliagarritatik Aterako Animazio Naturaleko Zentruak ere beren autonomia galdu duten adineko pertsonen bizi-baldintzak hobetzea du helburu, psikologikoki eta sozialki adoretuz, talde txo bat eratuz, zahartzeak berekin dakarren inboluzioari eraso, ahalik eta denbora luzean beren etxeetan jarraitzeko gai izan daitezen.

Behartsuen Senide Txikien Abegi-Apartamentuak aukera ematen dio ospitaletik irten berria denari piskanaka bere autonomiaz jabetzeko eta eguneroko bizitzara moldatzeko.

Prebentzio fisiko eta mentalerako *Gerontologi Zentru* bat dago Parisko Maison de Cure Medical "Sainte Péline"n. Zahartzearen araketa funtzionaleko zerbitzu honek biologi, klinika, fisiopatologi eta estudio mediku-psikologiazko departamentuak ditu. Ikerketa ugari burutzen da bertan. Erakunde publiko askoren artean finantzatzen da.

Irakaskuntza Nazionaleko Mutua Orokorrak Pariseko eskualdean *Klub bat du zahartze-inboluzioaren aurka* borroka egiteko, bereziki entzumena eta ahotsari dagokionean. Entzutezko gimnasi-saioak egiten dirá entzumena hobetzeko, protesiak ere eskuratuz. Voxterapiaren bitartez ahotsa garbitzea ere lortzen da, kantatzeko aukera emanez. Arnasketak ere egiten dirá odolaren oxigenazioa hobetzeko ere.

Alemanian *Egunezko Zentru Gerontopsikiatriko* bat dago Baden-Wurtembergeko Heilbronnen, adinekoen gaitasun eta ahalmen fisiko eta psikokoak mantendu eta hobetzeko helburuarekin, beti ere autonomia handiago bat eskuratuz ingurunearekiko, eta ospitalizaziorik gabe irauteko. Astelehenetik ostiralera hogeikoren bat hartzeko moduko eraikuntza da.

Zainketa-etxe batean Birgaikuntzazko Animazioa antolatu du Stuttgarteko udal tea-

troak eta gizarte-laguntzarako antolamendu batek. Helburua zainketa-etxekeo jubilatuko depresio eta apatikoaren egoera negatibo horren aurka borroka egitea da, zerbait interesatzera eta hitz-adierazpide bat izatera bultzatuz. Horretarako teatro-talde amateur bat sortu da aktore profesionalen gidaritzapean eta bi urtelako epea izendatu zaio esperientziari. Grabaketak egiten dirá bideoz eta nork bere burua ikusteak eragin estimulatzailea izaten du portaera aldatzeko.

Ortotanasiazko praktikak direla-eta Gerontologiako Elkarre Alemaniarrek biltzar egin zuen 1981ean, kontutan izanik gero eta jende gehiago hiltzen dela erakundeetan bere inguruko eta senideengandik urrun. Hiltzera doazenei eman behar zaien laguntzaz kontzientzia hartzera bultzatzea litzateke helburua batez ere erakundetako pertsonalari dagokionean.

Erresuma Batuan, Osasun eta Gizarte-Segurantzako Ministraritzaren menpean *Egunezko Ospitale geriatrikoak* sortu dirá, usadiozko ospitaleen osagarri gisa, adineko pertsonak birgaitzeko, besteak beste, ospitalaldi luze baten ondoren edo baliabizinen ondorioz bere etxean bizitza egiteko moldaketa baten premia duenean.

1978an talde bat sortu zen Avonen *mentalki urrituriko adinekoen familiei* laguntzeko eta Bristol, berriz, telefono-zerbitzuaren bitartez "mentalki urrituriko adinekoek" laguntza bat eskaintzen zaie gau osoan zehar funtzionatzen duelarik.

Gueynedeko udalerrian *Gauetzko Zainketa-Zerbitzu bat* dago adineko gaisotuek erakundeetan sartu beharrik izan ez dezaten. Askari merkea da zerbitzua eta horretarako zainketariak prestatu dirá gauetz gaisoei laguntza eta erremedioak eskaintzeko. Beste zenbait udalerrian ere badira antzeko zerbitzuak, batez ere gaisoak dituzten familiei laguntzeko.

Osasun eta Gizarte-Segurantzako Ministraritzak *Ekintza Psiko-terapeutikoak* antolatuak ditu ahalmen mentalak murrizten ari zaizkien adinekoek laguntza eskuratzeko. Bideograbazioak, sinboloak, musika... erabiltzen dirá Mendearen hasiera gogorazteko, honela iraganeko oroitzapenak iradokitzen zaizkio adinekoari eta estimulatuturik sentitzeko aukera eskaintzen zaio arrazaldatu zaion ingurune batean inhibituturik egoetarako mugaketa gaintzeko.

Ospitale batzutan badira *Unitate Geriatrikoak* adinekoa ospitalizaziorako prestatzen

dutenak eta ondoren berriz etxera itzultzeko. Rochdalleko ospitaleak bi urtetan 600 adineko pertsonari eman die laguntza hau zenbait astez ospitaletik irten eta etxeratu ondoren terapeuta bat, bi gizarte-aisitente eta 10 zainketariz osaturiko ekipo baten bitartez.

Oldham udalerrian *sistema konputerizatu* baten bitartez erregistratzen dirá adinekoen deliak eta berauen iragan medikala memorian dagoelarik erizain-ekipo mugikor bat arduratzen da 24 etxe isolatutan dauden adinekoei beharrezko zerbitzuak eskaintzeaz.

Milton Keynesen merkatal zentru bat arduratzen da bezero ezinduak, adinekoak zein bestelakoak, bertaratzearaz. "Shopmobility" deritzen doako zerbitzua da eta zentrua iristean bezeroak erreserbaturik dauka telefonoz eskatu duen gupilaulkia eta bapatean irakasten zaio ñola erabiltzen den.

Herrialde Beheretan, Oudshoornen bada *Abegi eta Zainketa-Etxe bat, Egunezko Ospitale* era badena. Gaisoak beren ingurunera birmoldatzea du helburu. Honetarako zainketa somatikoak hiru mailatan, zainketa geronto-psikiatrikoak hiru mailatan eta animazio-gizarte bizitza helburu terapeutikoei aurkitzen dirá beronen ekintzen artean. Errentagarritasun handiko obra da.

Italian *Golgi Egunezko Zentru Geriatrikoa* dago Milanen eta ospitalean eta ospitale-ostean adinekoaren era guztietako premiei erantzutea du helburu. Honetarako 2 mediku, 5 erizain eta fisioterapeuta bat daude taldean. Astelehenetik ostiralera zabalik dago zentrua eta autoz ekartzen eta eramaten da gaisoa. Estatuak 2.200 peseta ordaintzen ditu gaisoko.

Alarma-Sistemak

Adinekoak bere buruaren ustezko edo benetako ahuleziaz duen kontzientzia, eta sarritan bizi duen isolamendua arerio gogor bihurtzen zaizkio bakarrean edo autonomia betekin bizitzeko. Isolamendu-sentsazio hau geinditu eta komunikazioan dagoela sentitzera bultzatzen duten sistema guztiak garrantzi handiko bihurtzen dirá, batez re gaiso edo ezindurik daugenen kasuan.

Danimarkan zenbati udalerrian *Udaletxetik egunero dei egiten* zaie bakarrik bizi izateko adinako autonomia duten adinekoei. Adineko hauek telefono-postu bat baino

gehiago izaten dituzte etxan zehar. Udala arduratzen da behar dueña bidaltzeaz.

Erresuma Batuan, zenbait *udalerrian alerta-sistemak* daude irratibidez funtzionatzen dutenak, hatzamarrez sakatuz edote kea, hotz handiegia edo adinekoa ohituraz sarri zapaltzen duen gune batean falta sentitzean berez martxan jartzen den sistema batez. Seinalea zentral batera iristen da eta bertatik zaindari bat jartzen da harremanetan arazoa konpontzeko. Sistema honek 11.000 apartamendu dauzka loturik eta 100 banakako etxe. *Teacher's Benevolent Fund* da honetan nabarmendu den elkarteetako bat.

Frantzia ere bada *Telefono-Línea bidez* funtzionatzen duen emisore txiki bat etxetan jartzen dena adinekoen segurtasunerako eta 24 orduz Harrera-Zentralean pertsonal espezialduak kontrolatzen dueña.

Garraioak

Estatu frantsesean, Britainiako Lannionen inkesta ugari burutu dirá eta garbi ikusi da garraioen arloan dauden premia nabarmenak baserri-eremutik herri txiki edo hiriguneetara lekualdatzeko. Beharrian hauei erantzuteko herriak *onmibus txikiak* erosi ditu, kabiera mugatua dutenak eta hórrela garraio publikoen anonimato eta masifikazioari ihes eginez harremanak errazteko moduko dimentsioak eskaintzen dituzte. Ibil-dibeak ospitale, kanposantu, hiriaren erdigune eta hiriak dituen lau udalerrietara joateko zerbitzuak eskaintzen ditu.

Britainiako sei udalerri isolaturik bizi diren adineko pertsonen tasa handia du eta bakartade hau gaingitzen laguntzeko, *astean behin taxi* batek ibilbide bat korritzen du udalerriaren ingurumarietan erabiltzaile bakoitzari 1 F. 20 eskatuz. PAP 1 5 edo Lehentasun Egintzazko Programak laguntzen du diruz honetan.

Bestalde, Garraio Ministraritzak *Mugikortasun Mugatuko Pertsonen Erabilerarako Errepide-Gida* bat argitaratu du. Pertsona ezinduak hobeki gizarteratzea du helburu gida honek eta bertan kolorez adierazita dator pertsona ezinduentzako irispidea eskaintzen duten zerbitzuak zein diren eta ondoren Frantziako autopistak eskaintzen dirá zerbitzugune bakoitzean ezinduentzako sarbiderik dagoen ala ez aditzera eman. Doan banatzen da gida hau.

Alemanian, *trenet bidaiatzaren duten ezinduentzat* gurrupilaulki erabilerraz bat dago doan eskatzen dutenen eskura aurrez adieraziz gero. Ezindua norbaitekin doala espero izaten da baina behar izanez gero trenbideko pertsonalak laguntzen du trenera igotzen eta bertatik jaisten. Ekipaitegian egoten da gurrupilaulkia.

Saxonia Behereko Soltaun, herria eta auzategi baten arteko garraiabiderik ezaren aurrean, zenbait adinekoren eta jubilatuetxe bateko kontseiluaren artean garraio-zerbitzu bat antolatu da kotizazioen bidez erabat autofinantzatzen dena.

Berlinen *"Telebus"* deritzan adineko pertsona ezinduentzat aproposa den garraio publiko-modu bat antolatu da. Hiru urte eta 30 milioi dolar kosta da eta beronen bidez minibus-sare batek lotzen ditu irratiz Mendealdeko Berlinen desplazatzeko eragozpenak dituzten 4.000 pertsona. *"Telebusak"* ordenadore baten aginduei erantzun-go die desplazamendu bakoitzean ibilbiderik egokienak zein diren jakiteko.

Erresuma Batuan, *"Task Forcé"* elkar-teak garraiabide urriko eskualde batean desplazatzeko aukera eskaintzen die adinekoek eta ezinduei. Autobús hauen gidariak borondatezkoak izaten dira eta asteroko txandatan aritzen dira.

Danimarkan, tokian tokiko agintarien egintzari esker, adineko pertsonen *doan izaten dute garraioa gaisoaldian*: tratamendu medikal edo paramedikalerako, medikuarengana joateko, ospitaleratzeko, egunezko zentru batera joateko eta adinekoen klubetara joateko, ezinduen kasuan.

Gaur eguneko eta etorkizuneko joera politikoak adineko pertsonen mesedetan europar elkarteko zenbait herrialdetan

Hamar herrialdeetako politiken joerak laburtzen dira hemen, 1982ko uztailaren Viennan Zahartzeari buruz ospatu zen Mundu-Biltzarrean Gubernu desberdinek agertutako txostenen arabera. Ikusten denez, oso ikuspuntu desberdinak daude oro har eta zenbait tokitan *"zahartzeari buruzko politika bar"* dagoen bitartean, beste zenbaitetan politika orokorraren barnean hartzen dira kontutan adinekoak.

BELGIKA: Estatu mailan pentsio-errejimenaren berrikuntza-planak piskanaka pentsio-adina eraistea dauka helburutzat jarri-rik, baita 60 urteak betez gero lan mugatua edo partziala egiteko aukera eskaintzea eta 65 urteetatik aurrera laien batean jarrai-

tzekoa ere sariketa mugatu 65 urteetatik aurrera laien batean jarraitzekoa ere sariketa mugatu batekin. Gubernua adineko ezinduentzat egunsari bat finkatzeko asmotan dabil, pentsio urrikoen sariak areagotzearen bila eta aseguratu sozialei informazioa erraz eskuratzeko eta formalitate administratiboak soiltzeko ahaleginak egiten. Politika orokor honek jardunbide bereziak ditu komunitate flamenkoaren eta komunitate frantsesaren baitan, bakoitzak dituen ezaugarri soziologikoen arabera.

DANIMARKA: Adineko pertsonen Danimarkan eskaintzen zaizkien zerbitzuak puntu askotan desberdintzen dira Europako beste herrialde indus-trialduetan eskaintzen zaizkienekin alderatuz gero. Egitura medikal eta soziala, ñola publikoa hala pribatua, ia bere osotasunean zergabidez finantzatu da eta udal-agintarietara administratua. Etxerako zerbitzu genienak doan dira eta erakundeetako zerbitzuak ere ia denak doan dira adinekoentzat eta pentsio onak dituztenek huskeria bat ordaindu behar izaten dute. Beste herrialdetan ez bezala, organismo pribatuek garrantzi txikia dute alor honetan eta EGV bezalakoak sektore publikoaren esanetara daude. EGV borondatezko organismo irabaznahigabea de bere 3.000 enplegarekin (1.000 borondatezkoak dira) 3.º adinekoen bozeramailea. Politikari dagokionean eta etxebizitzaren alorrean adinekoen autodeterminazioa independentzia eta berdintasuna dira gidari eta ahaleginak ildo honetatik bideratzen dituzte gobernuak. Gizarte-politikari dagokionean udalen gain doa premiak detektatzea eta zerbitzuak eskaintzea. Politika orokorra une honetan 275 udalerri-tan dauden 145 jubilatuetxe urritzera doa. Heriotzak ia denak etxetik kanpo gertatzen dira eta gobernuak hiltzera doazenei etxetan laguntzearen alde ekonomi konpentsazio bat eskaintzearen bidetik ari da lanean. Zainketa instituzional gehienk fondo publiko-z finantzaturiko jubilatuetxeek ematen dituzte. Danimarkan ez dago egonaldi luzetarako ospitale geriatrikorik.

FRANTZIA: Jubilatuen eta adinekoen ordezkaritza hobea lortzea eta beraiekin zerkusia duten erabakietan gero eta sartuago edukitzea da politika orokorraren orientabidea. Horretarako Batzorde nazionala, Erregio-mailako Biltzarrak eta Departamendu-mailako Komiteak bideratzearen bitartez egin nahi da hau. Deserdiratzea beharrezkotzat jotzen da. Zahartasunaren kostuak asko igo dire-larik, gero eta handiagoa den zama honi aurre egitea da helburu nagusia, errentak solidarioki adinekoen eta langabetuen artean banatuz. Bestalde ahalegin bereziak egiten dira zahartasunaren prebentzioan eta etxera-

ko zerbitzuak areagotuz, bizileku banakakoak eta kolektiboak indartuz. 1982an 15.000 klub zituen. Erakundeetan adinekoak edukitzearen politika arindu beharra ikusten da. Informazio, formazio eta ikerketa-mailan lan nabaria egiten da: jubilatuentzako irratia bat, ikerketa gerontologikoak eta nazioarte-mailako trukaketak. Une honetan ikertzen ari diren gaiak: zahartasun-politika, familia, zahartzaroko dementzia, etxean edukitze-sistemak, erakunde-bizitza, osasun-arazoak, kargu-egiteko sistemen ebaluaketa.

GREZIA: Gobernuaren egitura administratiboak arduratzen dirá adinekoek, batez ere Gizarte-Zerbitzuetarako Ministraritzaren bitartez. Epe laburrean udal-mailako agintarien eskutan adinekoekiko ardurak jartzea espero da administrazioa hurbilagotuz eta hobetuz. Grezian ez dago geriatrian espezializaturiko ospitalik ezta zerbitzur geriatrikorik ere ospitaleetan. Epe laburrean espero da adinekoentzako osasun-zerbitzuak guztientzako barruan integraturik egotea eta doakoak izatea. Famili mediku bakoitzak genienara 2.500 paziente izango ditu. Prebentzio-lana oraindik hasten asi da. Orain arte adinekoa instituzioaren kargupean egon da (adineko populazioaren % 0,5entzat bakarrik du harmena) eta orain hasi dirá etxerako zerbitzuak garatzen, Atenasen batipat. Greziak munduko mediku-tasarik altuenetakoa du baina banaketa oso irregulara, letik 10erako gorabeherekin, eta plangintza hobetu nahi da, mediku eta ohe banaketa errazionalago baten ildotik. Hiriguneetan oinarritzko zainketarako zentru-sare bat ezarri nahi da. 1981az geroztik pentsiorik hartzen ez duten eta nekazal populazioaren urteroko pentsioa baino errenta handiagoak ez dituen 70 urtekoak hileroko 4.000 drakma jasotzeko eskubidea du. Eraikuntzaren alorrean oraindik ez dago adinekoen arazoei begira legeria sistematiko bat soziobideak ezartzeko. Ikerketari dagokionean datu gutxi dago adineko populazioaz eta etorkizunean egingo diren ahaleginak populazio orokorraren mesedetan egingo diren hobekuntzen barruan adinekoak faboratzearen bide-tik doaz. Osasun eta gizarte-arazotarako egiten diren gastuak oso mugatuak dirá Europako beste herrialde batzuekin alderatuz gero: NPGren % 5,2era ez da iristen.

ITALIA: Datozen urteetan adinekoen populazioa laurden bat izatera iritsiko da eta egitura ekonomiko eta sozialak hobeki planifikatzeko adinekoen populazioaren ezagarr demografikoak zehatzago ezagutu beharra sentitzen da. 1982-84erako Osasun-Plan Nazionalak helburu hauek ditu: adinekoa ahal déla etxean eduki, zerbitzuen kalitatea hobetu kontzientzia gerontologiko bat lan-

duz, prebentzioa eta berrezkuntza garatu, justifikazioagabeko ospitalizazioak eragotzi, gaiso kroniko ez-autonomoen aldeko ihar-duera-politika zuzen bat planifikatu, adineko pertsona autonomoen bergizarteratze-prozesu bat abiarazi eta egintza psiko-sozialak aurrikuso. Guzti honetarako behar diren inkesta burutuko dirá eta 3.º adinekoen espezialistei lehentasunezko tratua emango zaie. Etxebizitzaren alorrean adinekoen premietara egokitu beharra ikusten da oro har, nahiz eta era guztietako formulen saioak egin diren. Jubilazioak pentsioen banaketarekiko loturan erabat berraztertu beharrean daude. Lanetik jubilaziorako pasabidea bigundu beharra ikusten da eta adinekoen formazioa sendotzearena ere bai, taldeetan parte hartzera bultzatuz. Komunikabideei 3.º adinaren irudi desberdin bat ematea eta beronen arazoez hitzegitea eskatzen zaie.

IRLANDA: Osasun eta Zainketa-zerbitzuei dagokienean, 1985ean sorturiko ministraritzarteko batzorde bat arduratzen da egoera aztertzeaz eta bideratzeaz. Errenten arabera, hiru sailetan banatzen da populazioa eta eta irabazi urrienekoek doan jasotzen dituzte zerbitzu-mota batzuek. Epe luze-rako osasun-beharrizanei erantzuteko lekuez gainera, eginezko ospitalaren premia sentitzen eta garatzen ari da une honetan. 1971az geroztik etxerako zainketa-zerbitzuak ere sortzen ari dirá. Halere baliabide-falta nabaria da' alor honetan. Bestalde pentsio-politikaren berregituratze erabakioaren premia ere ikusten da. Etxebizitza-erakundeetan, 1982n Gobernuak inkesta-batzorde berezi bat eratu zuen adinekoen bizilekuak hobetzeko asmoarekin. Gaur egun lantzeko dauden arazo bezala, adinekoa gizartearen integratzearena dago, Irlandan ere beste zenbait herrialdetan bezala, jubilazioa bapatean eta brauki gertatzen bait da. Beharrezko ikusten da jubilatze-sistema malguago bat ezartzea, piskanaka lanetik baztertuz. Azken finean, zahartasunaren politika egoki bat falta bada, oinarritzko datuen faltarengatik da, ez bait dauka Irlandak eremu honen ikerketarako organismoak. Aurrerapentzat jo daiteke jubilazioa hamar urte lehenago prestatzen hasi eta hezkuntza bizitza osoan zehar landu beharko liratekeelako ideiak, gero eta onartuagoak bait dirá gizarte-aren.

LUXEMBURG: Herrialdea txikia delarik ez dago koordinazio-arazorik. Ministraritza-Batzorde batzuek arduratzen dirá adinekoen arazoez eta Adineko Pertsonen Kontseilu Nagusiak biltzen ditu adinekoen arazotan aritzen diren ministraritza desberdinetako ordezkariak. Lotura ugari eta estuak daude

ministraritza-zerbitzuen eta antolamendu ez-gobemuzkoen artean. Etorkizunean etxean adinkoak edukitze-politika indartuko da. Adinekoen populazioa ugaltzeko, agintariak azpiegitura indartu egin dute. Asebetegarritzat jotzen da gobemuaeren politika pentsio, etxebizitza, gizarte-bizitza eta laguntza desberdinen alorrean.

HERRIALDE BEHEREAK: Hiru ministraritza arduratzen dirá Hirugarren Adinekoentzako politikaz. Ministraritzarteko talde bat arduratzen da orientapen politikoaz. Gerontologiako Institutu Nerrlandarrak buruturiko ikerketa ugarietan oinarriturik, gaur eguneko politika oraingo mailari esutera zuzentzen da, oro har onargarritzat jotzen bait da. Arazorik nagusia adinekoen populazioa hazi-ala zerbitzuak eta azpiegitura egoera berrira egokitzearena da.

ALEMANIAKO ERREPUBLIKA FEDERALA: Adinekoen alde egiten den politika gizarte-politika orokorraren parte da, eta adineko pertsonen zailtasunak prebenitzea eta konponbidean jartzea du helburu. Xede nagusienak hauek ditu: bizimailari eustea isolamendutik eta erremustetik begiratzuz, segurtasun finantzarioa eta independentzia lortzea. Luzaroko gaiso kronikoentzat ez dago Gizarte-Segurantzarik eta zainketa hauek behar dituzten pertsonen % 70 laguntza sozialaren beharrean aurkitzen dirá, la milioi erdi pertsona bizi dirá 6.000 erakundetan Alemanian zehar. Lehentasunezko lau puntuak honako hauek lirateke: Zainketa-zerbitzuen estankatzea prebenitzea, etxerako zerbitzuetan behar den pertsonala kantitatez eta kantitatez segurtatzea, egunezko eta etxerako zerbitzuetan erakundeetakoekin adinako garrantzia edo handiagoa ematea eta familiak eskaintzen dituen zainketen baldintzak berrikustea.

ERRESUMA BATUA: Botere Publikoak arduratzen dirá adineko pertsonen premiez, baina ugariak direlarik antolamendu pribatu eta borondatezkoek ere parte hartu behar izaten dute. Gainera Gobernuak usté du ez berak bakarrik, baizik eta bereziki familiak, adiskideak eta komunitateak arduratu behar duela adinekoen inisiatiba ez-ofizial eta borondatezkoen bitartez. Gobernuak prest dago sare herriar zabal bati eusteko, erantzukizun nagusia komunitatearen esku utzirik. Pentsio-politikak adinekoaren independentzia lortzea du helburu. Bestalde jubilazioa prestatzen lan egin nahi da, askatasun handiago utziz bakiotzari unea hautatzen. Isolamenduaren aurka borroka egitea beharrezkotzat jotzen da. Gobernuak behar duen guztiari lehentasunez etxebizitza eskuratu behar dio.

Adinekoen % 2,3 agintari lokalek subentzionaturiko etxetan bizi da. Zahartasunaren ondorioak biguntzen lan egin beharra sentitzen da. Zerbitzu sozial eta medikalen finantzaketa-egitura anizkuna oso interesgarria gertatzen da, nahzi eta oraindik lankidetzabide berriak ikertzeko dauden. Ahal egin gerontologi handia ari da egiten Osasun-Ministraritza ospitaletako zainketa hobetzeari dagokionean. Ikerketa alorrean, azken hamar urteetan ahal egin handia burutu da, adinekoen independentzia indartzeko datuak bilduz. Mintegi monografikoak antolatzen ditu ministraritzak adinekoen arazoez.

Ondorioak

Hemendik 2.000 urtera bitartean 60 urtetik gorako populazioa urritu egingo da Luxemburg, Alemaniako Errepublika Federala, Danimarka eta Erresuma Batuan; aldiz, ugaltu egingo da Italian eta Grezian, Belgikan eta Frantzian berdintsua izango delarik. Halere herrialde guztietan adinekoaren independentzia ahalik eta luzaroen mantentzearen aldeko politikaren premia ikusten da: etxebizitzak egokitzeko diru-laguntza eskainiz, eraikuntza aproposak eraikiz; arazo material, psikiko, psikologiko eta sozialak konpontzeko zerbitzuak eskainiz; ingurunearen solidaritatea areagotuz (familia, adiskide, auzo eta abarrena).

Bi kezka nagusi: Ekonomi krisitik sortutako edo areagotutako diren arazoei erantzun beharra eta adinekoen bizi-kalitatea hobetzea berauen autonomía material, psikiko eta fisikotik igarotzen déla. Danimarka eta Herrialde Beheretan, "puntuak" politika bat egiten den herrialdeetan, bi alderdiak uztartzen dirá. Joera orokorra da alojamendu kolektibo eta erakundetarako aurrekontua murriztea edo ez gehitzea eta parez-pareñor bere etxean edukierazteko zerbitzu eta laguntzabideak urratzea. Klasikoak bihurtzen ari dirá zentzu honetan honako zerbitzuak: etxerako laguntzak, etxerako janariak, klubak, osasun-zentruak... egunezko abegi-zentruak hitz batez, jakina bait da adinekoen autonomía berauen ekintzaren eta gizarte-sareen arabera déla. Elkarlaguntza eta solidaritatea zuzpertzeko ere garrantzizkoa da zentzu honetan, aurrekontuaren murrizketak urritu egingo bait du enplegatuen kopurua denborarekin.

Bistan dago "nork bere alde" eta "produktzioa-kontsumoa" esloganekin funtzionatu duen gizarteak berregituratze sakonak jasan beharko dituela adinekoen parte hartze aktiboago bat izango duen gizarte kolektiboago eta solidarioago batean.

Xabier Mendiguren

LA COMUNIDAD GITANA EN EUSKADI: UN PROBLEMA PENDIENTE DE RECONOCIMIENTO Y PROMOCIÓN

Se calcula que viven en Euskadi unos siete mil gitanos. Representan el 0,3 % de la población vasca, pero esta proporción aumentará fuertemente en los próximos años, dada la joven estructura de edades y los hábitos natalistas de esta minoría étnica. Su presencia social es, sin embargo, muy superior a esta representación demográfica o numérica. El grupo gitano es visible, se habla de él, y algunas de sus manifestaciones y los conflictos suscitados de convivencia preocupan a la comunidad y han contribuido a que el pueblo gitano sea actualidad y noticia.

COMPORTAMIENTO DEMOGRÁFICO (valores ajustados)

	Vitoria (84) Casco Viejo	Gran Bilbao (86)	Donostialdea (86)	Euskadi (81)
Mediana edad	14 años	15 años	15 años	30 años
Población infantil (0/14)	49%	51 % 2%	49% 2%	25%
Población anciana (+ 65)	2%	46%	38%	9%
Tasa de natalidad	25%			13%

Fuente: Grupo PASS y Censo de Población y Vivienda 1981. Gobierno Vasco

Se asiste hoy, en la Comunidad Autónoma Vasca, a un intento de asimilación de esta minoría étnica, enfocándose las acciones dirigidas a su promoción, con una

óptica social standar, dejando de lado los aspectos culturales y políticos que, si se busca su despegue como pueblo, deberían igualmente ser considerados.

La política social sigue inspirándose en el modelo del Estado del Bienestar, aun cuando este modelo esté hoy en profunda crisis, y haya originado, al ser aplicado a los gitanos, efectos bastante distintos de los que buscaba. En este contexto se desarrolla la idea de prevención social de la marginación, encargándose a los servicios sociales la "normalización" de la situación de los grupos sociales no normativos.

La acción social, así entendida, paradójicamente, no desarrolla con los gitanos una función preventiva, sino curativa, cuando corrige a su manera los efectos negativos de una política social inadaptada, lo que significa que, con su actuación, ha contribuido también al debilitamiento, destroz cultural y desestructuración de este grupo étnico.

Cuando se analiza la situación de la comunidad gitana de Euskadi se detecta

que, a pesar de los variados o múltiples esfuerzos y acciones emprendidas en su favor, en las últimas décadas, no sólo no se ha logrado la integración social buscada, sino que no se ha avanzado mucho en los aspectos cuantitativos referidos a su promoción, ni parece haberse mejorado cualitativamente en los aspectos referidos a la convivencia. Las cifras que a continuación reseñamos indican claramente la distancia que separa aún hoy a la comunidad gitana y vasca.

La descripción de las principales características que presenta esta minoría muestran que nos encontramos ante una población muy joven, con una elevada tasa de natalidad que pronostica, de no cambiar esta tendencia, un notable crecimiento del número de gitanos en Euskadi en los próximos años.

COBERTURA SANITARIA

	Vitoria (C.V.)	Gran Bilbao	Oonostialdea	Euskadi
Tienen Seguridad Social.....	24%	35%	25%	+ 85 %
Beneficencia	39%	18%	23%	S.I. S.I.
Carecen de cobertura	37%	46%	45%	

Fuente: Grupo PASS y Censo de Población y Vivienda 1981. Gobierno Vasco

En el comportamiento familiar de la comunidad gitana destaca su temprana edad de acceso al matrimonio y su elevado tamaño familiar, fenómenos ambos que indican un precoz acceso a responsabilidades familiares y la necesidad de disponer de un sistema de vida que permita su subsistencia.

El elevado número de hogares plurinucleares, como modo usual de vida, nos remite a la familia extensa como forma de organización social propia a considerar, y el consiguiente peso que la familia ejerce sobre las decisiones de sus miembros.

FAMILIA

	Vitoria (C.V.) V - H	Gran Bilbao V - H	Donostialdea V - H	Euskadi V - H
Edad acceso matrimonio	19/17 4,7	20/17 5,1	20/18 4,9	27/24 3,5
Tamaño familiar.....	miembros 16%	miembros 30%	miembros	miembros
Hogares plurinucleares.....			18%	4%

Fuente: Grupo PASS y Censo Población y Vivienda 1981. Gobierno Vasco

Los datos sobre cobertura sanitaria señalan la desprotección social que aún mayoritariamente presenta este colectivo, y la acu-

sada dependencia de la beneficencia pública, que como medio de garantizar su salud se ha arbitrado.

EDUCACIÓN

	Vitoria (C.V.)	Gran Bilbao	Donostialdea	Euskadi
Tasas de analfabetismo (+ de 10 años)		34%	34 %	2 %
Con primaria completa..... (+ de 14 años)	33%	4%	12%	79%
Escolarizados..... (6-14 años)	81 %	84%	62%	99%

Fuente: Grupo PASS y Censo de Población y Vivienda 1981. Gobierno Vasco

Las tasas de analfabetismo y el nivel de instrucción que presenta la comunidad gitana enseñan que, nos hallamos ante un colectivo que participa, por contraste con la socie-

dad hegemónica, de una cultura analfabeta, ante la cual, el impacto que está ejerciendo el proceso de escolarización es escaso.

TRABAJO (activos ocupados, declarados)

	Vitoria (C.V.)	Gran Bilbao	Donostialdea	Euskadi
Con contrato y alta en Seguridad Social.....	36%	8%	7%	99%
Chatarra (sin S.S.).....	45%	24%	30 %	
Venta ambulante (sin S.S.) . . .	7%	62%	45%	
Hogares que reciben pensión de subsistencia		37%	21 %	

Fuente: Grupo PASS y Censo de Población y Vivienda 1981. Gobierno Vasco

En cuanto a trabajo se refiere, destaca la situación de irregularidad laboral que presenta este colectivo, la escasa especialización y productividad de las tareas que se

dedican y la inestabilidad de este tipo de trabajos. Por último cabe indicar el elevado porcentaje de hogares que dependen de los fondos sociales para su subsistencia.

VIVIENDA

	Vitoria (C.V.)	Gran Bilbao	Donostialdea	Euskadi
Existe hacinamiento	67% 6	77 % 7,1	31 %	2,5 %
N.º personas/vivienda	40%	36%	6,4 45%	3,7
Viven en infravivienda				

Fuente: Grupo PASS y Censo de Población y Vivienda 1981. Gobierno Vasco

Los datos sobre su situación de alojamiento describen el estado de hacinamiento en que vive esta minoría y la presión demográfica que soportan los hogares donde se alojan, sometidos a un grupo humano que

les desborda, fenómeno que va a incidir en el deterioro de la convivencia.

Cabe también resaltar el alto porcentaje de familias que habitan aún en infraviviendas.

Como principales conclusiones deducidas de los estudios realizados en Euskadi por el Grupo PASS puede afirmarse que:

Parecen haberse realizado en las últimas décadas muchas acciones aisladas, más bien de carácter coyuntural, dirigidas a gitanos, pero en general, han estado poco coordinadas y carecían de un verdadero programa de abordaje. En esta apreciación coincide el juicio manifestado por los trabajadores sociales dedicados a este tema.

Como consecuencia del carácter coyuntural de estas acciones, se ha incidido, según circunstancias, en carencias sociales concretas (educación, vivienda, etc.), pero se echa en falta una visión integrada del tema, que incorpore a este tipo de actuaciones los valores culturales y comunitarios de este pueblo.

Este hecho, puede explicar, en cierta medida, porqué los gitanos no han valorado, en muchos casos, los programas sociales a ellos dirigidos, y que incluso sigan manifestando, de hecho, un cierto rechazo a las instituciones payas.

Otro de los problemas sin solucionar en las relaciones entre gitanos y no gitanos es el de la convivencia, situación en la que, no solamente no se ha avanzado, sino que se está agravando; así, al facilitar el acceso a bienes materiales de promoción, como es la vivienda, pero no promover a las personas para aprender a vivir en ellas, estas acciones teóricas de promoción, en vez de atenuar, tienden a crear nuevas tensiones, y a reforzar las relaciones estereotipadas, y la desconfianza entre las comunidades paya y gitana.

Por otra parte, el pueblo gitano está atravesando en la actualidad un momento muy delicado en su historia, el paso de unos valores nómadas a sedentarios, con el natural desconcierto y tensiones que dar este paso significa. De ahí su debilidad, producida por el estado de anomia que atraviesa, indicadores de la cual pueden considerarse dos fenómenos opuestos que les afectan; por un lado la adopción, como modo de subsistencia, de una serie de conductas, "desviadas" desde nuestra perspectiva, al encontrarse inmersos en una sociedad competitiva y de consumo, que les regatea todos los espacios laborales, y les obliga a moverse en los espacios marginales del sistema; por otro lado, hay que

destacar el impacto que está ejerciendo en ellos un elemento ajeno, la iglesia evangélica, que ha captado en Euskadi a más del 50% de sus miembros, y que indirectamente les procura, y tómesese esto como una posible hipótesis de explicación de su éxito, un cierto equilibrio psicológico al ser valorados en su identidad, equilibrio psicológico que en este momento, y más que nunca, necesitan.

Una de las dificultades añadidas con que tropezará, por tanto, cualquier programa de promoción que se diseñe, es la situación histórica que está atravesando este pueblo, profundamente desestructurado y disperso, y, lo que resulta más grave, para lograr su participación en cualquier proyecto, carente de unas creencias simbólicas aglutinadoras y conformadoras de su identidad, que le sirvan para dotarse de su "conciencia de clase" y que desencadene su voluntad de autopromoción.

Cabe preguntarse, por último, si existe realmente voluntad en Euskadi de llevar a cabo, con la complejidad y las dificultades que el tema entraña, una política social dirigida a los gitanos, que les haga partícipes del proyecto, y que tienda a adaptarse a ellos buscando su promoción social, cultural y política como pueblo, que les ayude a encontrar sus nuevos valores y que no persiga, como parece haber sido hasta ahora, su mera asimilación a los nuestros.

**Ramón de Marcos Sanz
Concepción Portellano Pérez**

Miembros del Grupo P.A.S.S.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Gobierno Vasco: "Gitanos en el Casco Viejo de Vitoria-Gasteiz". Serie Estadística y Documentos de Trabajo, núm. 6. Vitoria-Gasteiz 1985.
- Grupo P.A.S.S.: "La Comunidad gitana del Gran Bilbao". Secretariado General Gitano. Madrid 1987.
- Grupo P.A.S.S.: "La Comunidad gitana del Donostialdea". Secretariado General Gitano. Madrid 1987.

TRES ESTRATEGIAS DE CAMBIO PARA LA ANIMACIÓN DE LA VIDA DE UNA RESIDENCIA DE TERCERA EDAD

Uno de los grandes problemas que se plantean en el momento presente y de cara al futuro es el de superar la mera ubicación de los ancianos en residencias, diseñando los servicios desde el concepto exclusivo de "plazas hoteleras", para avanzar en una vía que considere a las residencias como "ambientes integrales de convivencia", que ofrezcan a los ancianos un ámbito estimulante de vida, basado, por una parte en la propiciación de la máxima autonomía, y por otro en las dimensiones relacionales tanto con los compañeros-as de la propia residencia, como con el propio medio.

Hasta el momento esta dimensión sólo está enunciada a niveles teóricos, de recomendaciones, si bien la aplicación práctica, es decir la dotación de los recursos materiales y humanos, para hacer esto efectivo, está lejos de llevarse a termino. Se agrava esta visión cuando se trata de ancianos minusválidos y de los servicios concretos que se prestan en las denominadas residencias asistidas. El concepto hospitalario, prima sobre el residencial, valorándose en la práctica como más importantes o prioritarios los aspectos médicos-rehabilitadores sobre los relacionales y convivenciales, siendo que ni los unos ni los otros pueden permanecer al margen de la vida del propio anciano.

En este sentido la consideración de las residencias de ancianos como "un ambiente para convivir", va más allá que la mera concepción de la residencia como "un lugar para vivir".

Este punto de partida nos anima a buscar estrategias de cambio para hacer de las residencias verdaderos "hogares" de los ancianos, incluso cuando de residencias asistidas se trata.

Las tres estrategias sobre las que queremos avanzar en este artículo tratan de incidir en la consideración y análisis de la vida diaria como un espacio propio de ani-

mación, en la consideración de los propios ancianos como auténticos protagonistas de su propia vida y en la necesidad de incidir en la formación de todo el personal de una residencia para que asuma los posibles y continuos cambios que concepciones de este estilo van a provocar en sus estatus, roles y tareas.

Todo ello considerado desde un marco general de referencia como proyecto de intervención sobre la vida de la residencia.

Boceto para la elaboración de un proyecto de animación de la vida diaria de una Residencia de Ancianos

De unos años a esta parte, la toma de conciencia de las instituciones en lo que a la Tercera Edad respecta, ha hecho surgir un conjunto de residencias cuyo modelo ha estado muy condicionado por la concepción hospitalaria de las mismas. Esto ha condicionado la ejecución de los proyectos arquitectónicos —fuertemente masificados—, el diseño de las plantillas y la propia organización que, acorde con el punto de referencia inicial, ha tenido un importante componente hospitalario. Evidentemente este modelo está ampliamente superado. Muchas de las instituciones quieren desprenderse de él, sin embargo son estructuras difícilmente sustituibles por varios

motivos, entre ellos el más importante, el económico. En otros casos es la falta de imaginación lo que impide un cambio. En todo caso ahí están y esa es la realidad que, en nuestra opinión, hay que transformar.

ENTORNO SOCIO CULTURAL

- Fuerte problemática social.
- Ancianos minusválidos o cónyuges de minusválidos.
- Ingreso obligado a causa de su minusvalía o soledad.
- Edades elevadas.
- Deterioro progresivo.
- Bajo o muy bajo nivel cultural.
- Muy baja pensión.
- Medio poco estimulante.
- Separación de familia por causa de su minusvalía.
- Niveles relacionales muy elementales y de pobre contenido.

INSTITUCIÓN

- Medicalizada en alto grado a pesar de ser una residencia.
- Fuerte especialización de los distintos roles profesionales.
- Muy compartamentalizada según áreas.
- Actuaciones inconexas primando la atención parcializada al anciano desde las distintas áreas.
- Actividades sustancialmente en base a actividades puntuales.
- Institución muy masificada.
- Carencia de un proyecto común de intervención cuyo centro sea el anciano, el grupo de ancianos, el ambiente residencial.
- Predominio de las cuestiones laborales del personal sobre la atención al anciano.
- Falta de espacios suficientemente diversificados para enriquecer la vida del anciano.
- Muy burocratizada.
- Personal médico o para médico.
- Falta de apoyos psicológicos de grupo.

PROYECTO DE ANIMACIÓN

OBJETIVOS:

El diseño de objetivos debe ir encaminado a producir cambios en el ambiente residencial en orden a hacer de la residencia un ámbito rico en estímulos donde sea posible vivir con una buena calidad de vida, siendo el interés del anciano el criterio predominante a la hora de tomar decisiones.

ESTRUCTURAS:

Se incidirá sobre:

- * La organización
- * El personal
- * Los usuarios (ancianos).

Mediante:

- * Revisión de la organización elaborando un proyecto global de intervención de corte interdisciplinar efectivo.
- * Un programa de reentrenamiento de todo el personal utilizando un proceso de educación por la acción.
- * Un programa de dinamización de los ancianos de forma que tomen el protagonismo de su vida.

MEDIOS:

Se elaborará un programa basado en el paradigma:

QUE DONDE CON QUIEN
QUIEN PARA QUE
CUANDO
COMO

Analizando seis aspectos básicos del ambiente residencial:

1. Diacrónico: Las fases de inclusión de un residente en la vida residencial.
2. Sincrónico: El análisis de la vida del residente en un momento de su proceso o de su día.
3. Ecológico: Los espacios que utiliza el residente y las interacciones que se producen en ellos.
4. Relacional: Las decisiones de relación que toma el residente y su cooperación para tomar decisiones e intervenir en la vida de la residencia.
5. Experiencia: La experiencia que hay que propiciar en el residente para aumentar su autonomía y su calidad de vida.
6. Ergonómico: Las adaptaciones que hay que hacer a utensilios, mobiliario, instalaciones para aumentar la autonomía del residente.

RECURSOS

Personales:

- Equipo de animación
- Equipo de trabajo social
- Equipo médico-terapéutico
- Equipo de atención directa

Organizativos: Diseño de un programa conjunto basado en la animación de la vida diaria y autonomía del anciano.

Ecológicos: Reordenación del espacio interior y exterior de la residencia.

Formativos: Inicio de un proceso de formación permanente del personal de atención directa.

Usuarios: Inicio simultáneo de un proceso de sensibilización con los ancianos más animosos.

Apoyos externos: Para actividades puntuales no habituales.

ORGANIZACIÓN

Los elementos claves del diseño se sitúan en el Departamento de Trabajo Social con el correspondiente equipo de animación.

La intervención se hará progresiva iniciándose con los ancianos más autónomos, siguiendo estos pasos:

1. Análisis de las personas sobre quienes va a dirigirse la primera acción.

Contemplar:

- Grado de autonomía
- Niveles culturales
- Niveles de adaptación a la vida residencial
- Adecuada ubicación

2. En función de este análisis el equipo interdisciplinar elabora un Plan de Intervención de mejora del ambiente.
3. Se definen las actuaciones que desde los distintos profesionales se van a promover.
4. Comienza la intervención motivadora el equipo de animación, al que se unirán los profesionales de atención directa.
5. Se diseña con los ancianos los posteriores pasos.

6. Se revisan, primero simultáneamente y después conjuntamente con los profesionales y los ancianos.
7. Se van extendiendo la intervención en fases al resto del colectivo de ancianos.
8. Simultáneamente a este proceso se elaboran modificaciones ambientales externas en el resto de colectivos de ancianos.

ACCIÓN

Como fase del proceso, la acción surge de la vida propia.

En un primer momento aparece como protagonista el animador (equipo de animación). El ideal se alcanza cuando el protagonismo lo tome el propio anciano.

EVALUACIÓN

Es proceso continuo que informa todo el proyecto. Debe establecerse momentos, sistemas para el desarrollo de esta fase del proyecto.

De la institucionalización a la convivencialidad

La atención al anciano requiere el paso, lo más urgente posible, de lo meramente asistencial, superándolo, al diseño de propuestas basadas en las necesidades de la vida de la propia persona mayor.

La búsqueda de viviendas permanentes para personas mayores debe fundamentarse justamente en la propuesta de creación de ambientes de vida basados en la multiplicidad de estímulos que fomenten la vida, la participación, la democratización y la atención individualizada.

Sin embargo, de forma sistemática se ha tendido a contraponer dos conceptos que, desde nuestro punto de vista pueden y deben estar interrelacionados: la convivencialidad y la institucionalización.

El primero se basa en el principio de que el anciano debe estar vinculado a su propio entorno, propiciándole un estilo de vida lo más similar posible a su modo de vida anterior.

La institucionalización se fundamenta en el principio contrario. La dotación de residencias, o instituciones, distantes de la vida diaria del propio anciano basándose en las normas residenciales, configurando una vida estructurada en torno, ya sea a diseños hospitalarios o a normas reglamentarias, externas a la propia vida, tratando de ordenarla en función muchas veces de intereses extraños a los del propio anciano.

Ocorre que no siempre es posible el desarrollo de la opción que vincula al anciano al propio ambiente anterior, por diver-

sas razones, unas relacionadas con la falta de disponibilidad de recursos sociales, otras por situación de soledad o minusvalía del propio anciano.

La opción que, por nuestra parte se defiende, teniendo en cuenta el hecho real de la necesidad de institucionalización de algunos ancianos, es la apuesta por un desarrollo de la "Convivencialidad" en las propias instituciones, tratando que el diseño de éstas se haga en función de las necesidades "convivenciales" de los propios ancianos.

Planificar las medidas

Desde este punto de vista creemos que es preciso planificar cuidadosamente ciertas medidas que faciliten la convivencia, que fomenten valores y actitudes humanas y propicien la participación e integración social.

Conocer la problemática del anciano desde el punto de vista: físico, psíquico, social.

Centrar preferentemente las propuestas en el desempeño de las actividades de la vida diaria, para lo cual se desarrollarán los programas adecuados de rehabilitación física, terapia ocupacional, trabajo o terapia de grupo.

Planificar, programar y ejecutar actividades culturales, ocupacionales, recreativas.

Establecer cauces adecuados para la democratización de la vida de la residencia.

Diseño de un entorno estimulante

Centrarse en la calidad de vida del anciano

Ofrecer respuestas adecuadas a las diferentes situaciones personales.

Concepción de la residencia como sustituto del hogar

Frente al desarraigo, favorecer un ambiente lo más parecido al hogar propiciando una atención a las necesidades individuales.

Concepción de la residencia como un marco de atención integral y de participación de los ancianos

Propiciar un habitat adecuado, mediante una atención más completa y personalizada.

Primacía de los aspectos convivenciales-residenciales sobre los sectoriales (médicos, sociales, ocupacionales...), incluso en las Residencias Asistidas.

Diseñar objetivos prioritarios que faciliten la integración en la comunidad

Conexión con núcleos urbanos.

Propiciar al máximo la autonomía de los residentes en sus relaciones con el medio.

Elementos que definen un ambiente estimulante

Se podría definir como un ambiente estimulante aquél:

- a) Que fomente la interacción social.
- b) Que facilite y estimule la comunicación y la expresividad.
- c) Que facilite el comportamiento normalizado.
- d) Que desarrolle la autonomía.
- e) Que posibilite los intercambios.
- f) Que aporte estímulos de cambio (en lugar de la monotonía) y de animación (en lugar de la concesión de favores).
- g) Que posibilite la reactivación de las energías corporales y mentales.
- h) Que dé importancia a los ancianos en la planificación, promoción y gestión de su propia residencia.
- i) Que disponga de espacios de pequeñas dimensiones.
- j) Que esté relacionado con el medio, la familia, los amigos.
- k) Que dé importancia al desarrollo personal, mediante la participación en actividades y tareas que les ayuden a realizarse personalmente.
- l) Que conciba de la rehabilitación desde una perspectiva integral.
- m) Que posibilite la autonomía del anciano.

n) Que mantenga informado al anciano, ñ)

Que desarrolle la responsabilidad, o) Que preserve la intimidad.

- p) Que disponga de programas residenciales de carácter cotidiano o habitual.
- q) Que facilite la mejora de las relaciones sociales intra y extraresidenciales.
- r) Que estimule el uso del tiempo libre.
- s) Que multiplique los estímulos sensoriales.
- t) Que propicie un cambio de los sistemas dentro de la institución.
- u) Que disponga de programas de animación sociocultural, asistencia social y dinamización del trabajo personal.
- v) Que desarrolle un clima de vida social-familiar.
- x) Que disponga de un suficiente nivel de servicios.

Un Micromundo con vocación relacional. Estrategia primera: Aproximación a un proyecto integrado de animación de la vida de una residencia

Avanzando más en nuestra búsqueda tratamos de concretar algunos de los aspectos básicos de una concepción de la residencia como un Micromundo con vocación relacional.

La aparente complejidad del diseño de un proyecto de animación de la vida del anciano para una residencia puede aparecer como excesivamente complicado, si no disponemos de los instrumentos de análisis preciso. Son muchos los aspectos a tener en cuenta, muchas las dimensiones que se interrelacionan y que interactúan.

Esta complejidad de la cuestión es lo que nos anima a buscar una aproximación metodológica que sea útil y de cierto interés.

Concebimos la residencia como un todo, superando la parcialización de las excesivas especializaciones de roles, tareas o funciones. La residencia es un ambiente vivencial en relación con el medio. El diseño, mantenimiento, y estimulación de ese

ambiente es tarea de todas las personas que componen la vida de la residencia, y no es delegable a organigramas disfuncionales. Dichos organigramas y manuales de funciones, atañen a las tareas específicas propias de cada colectivo o profesión que actúa en la residencia. Sin embargo la responsabilidad de crear el ambiente y mantenerlo estimulante es de todos, tanto profesionales como residentes.

Desde esta concepción no existe en la residencia quién tiene obligación de hablar con el anciano y quién no, de empujar la silla para facilitar el traslado de un lugar a otro, y quién no, de relacionarse con el anciano y quién no. Estas dimensiones son dimensiones de todos, dimensiones cívicas, evitando el absurdo de institucionalizar tareas como hablar, acompañar, empujar la silla... Todo esto es parte del ambiente residencial. Se diferenciarán las tareas en cada momento según lo que cada cual esté desarrollando, por su trabajo específico.

Esta concepción del ambiente, puede llevar consigo determinadas caídas de status y roles dentro de lo que es una residencia, lo que supondrá una readaptación a la visión de conjunto.

Teniendo como premisa que hay cuestiones que son responsabilidad de todos habrá que especificar de quién es la responsabilidad de revisar y estimular para que el ambiente residencial sea un todo unitario, sobre el que inciden todas las personas implicadas, tanto profesionales como usuarios.

Podríamos configurar la residencia desde seis dimensiones, para establecer una metodología, cuya representación puede ser un cubo, cada una de cuyas caras abarcan una dimensión de análisis, configurando entre todas el ambiente del que hablamos.

Las seis dimensiones de análisis

- Dimensión diacrónica.
- Dimensión sincrónica.
- Dimensión ecológica.
- Dimensión psicológica-relacional.
- Dimensión experiencial.
- Dimensión ergonómica.

Dimensión Diacrónica

Entendemos por dimensión *diacrónica* la consideración de la presencia del anciano en su proceso o evolución, para cada una de cuyas etapas hay que prever una intervención específica siendo asimismo posible prever las reacciones del anciano en cada una de ellas.

Desde este punto de vista puede contemplarse diversas etapas o procesos por los que pasa el anciano en su vida residencial.

1. INGRESO-CHOQUE
2. ADAPTACIÓN PROGRESIVA
3. ESTABILIZACIÓN
4. DETERIORO
5. MUERTE.

Esta consideración es de vital importancia para el seguimiento de la vida de la persona mayor en su nuevo habitat, y el seguimiento de programas individualizados de diversa índole.

Respondiendo a las cuestiones de:

QUE HAY QUE HACER
(O QUE SE HACE)

QUIEN LO HACE

CUANDO SE HACE CON

QUIEN SE HACE DONDE

SE HACE PARA QUE SE

HACE

Puede analizarse la posible intervención en cada momento del proceso de la vida de un anciano desde que llega a nosotros hasta que muere.

Un esquema de estas características nos invita a reflexionar sobre las tareas que hay que desarrollar en cada momento del proceso.

MOMENTO DEL PROCESO	QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	CON QUIEN	DONDE	PARA QUE
INGRESO-CHOQUE							
ADAPTACIÓN							
ESTABILIZACIÓN							
DETERIORO							
MUERTE							

Dimensión Sincrónica

Entenderíamos por proceso *sincrónico* el conjunto de situaciones que ocurren en un momento dado de la vida de la residencia.

Desde la perspectiva del proceso total podríamos entender el análisis de lo que

ocurre en un día de la vida de la residencia. Y desde el punto de vista del día se analizaría lo que en un momento dado está ocurriendo o puede hacerse.

Así, en la perspectiva sincrónica, en un día puede hacerse el análisis siguiente.

MOMENTO DEL PROCESO	QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	CON QUIEN	DONDE	PARA QUE
LEVANTARSE							
ASEO PERSONAL							
DESAYUNO							
ACTIVIDADES MAÑANA							
COMIDA							
DESCANSO							
ACTIVIDADES TARDE							
CENA							
ACTIVIDADES NOCHE							
ACOSTARSE							
NOCHE							

Desde el punto de vista sincrónico puede concretarse más aún el proceso, pormenorizando las actuaciones que tienen efecto en un momento determinado.

En un momento determinado en la vida de la residencia ocurren diversas intervenciones simultáneas. Conviene analizarlas.

ACTIVIDAD MAÑANA	QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	CON QUIEN	DONDE	PARA QUE
PASEO							
CONSULTA							
PRENSA							
FISIOTERAPIA							
TERAPIA OCUPACIONAL							
JARDINERÍA							
BIBLIOTECA							
JUEGOS RECREATIVOS							
GRUPOS Y CLUBS							
COMPRAS							

Dimensión ecológica

Si avanzáramos en el diseño desde el punto de vista *Ecológico*, debemos tener en cuenta los espacios disponibles para la vida del anciano y lo que en ellos ocurre, se desarrolla, puede hacerse, etc. La conside-

ración de los espacios físicos como espacios facilitadores de relaciones es de extraordinaria importancia, con objeto de no confinar a los ancianos a espacios excesivamente limitados, que empobrecen su mundo experiencial y relacional.

ESPACIOS	QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	CON QUIEN	DONDE	PARA QUE
ESPACIO 1							
ESPACIO 2							
ESPACIO 3							
ESPACIO 4							
ESPACIO 5							

Dimensión Psicológico Relacional

El nivel *Psicológico-Relacional* puede definirse en función de las relaciones que se establecen, en cada lugar, en cada

momento, en cada proceso, por cada sujeto o grupo de sujetos, los elementos personales o materiales que las posibilitan o dificultan.

RELACIONES	QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	CON QUIEN	DONDE	PARA QUE
SALAS DE ESTAR							
HABITACIONES							
PASILLOS							
COMEDORES							
CAFETERÍA							

Dimensión Experiencia/

Desde el punto de vista *Experiencia/* trataríamos de avanzar en el tipo de experiencias que interesa potenciar o propiciar

entre los ancianos que llegan a nuestra casa, quiénes son los agentes facilitadores de las mismas, etc.

EXPERIENCIAS	QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	CON QUIEN	DONDE	PARA QUE
EXPERIENCIA 1							
EXPERIENCIA 2							
EXPERIENCIA 3							
EXPERIENCIA 4							

Dimensión Económica

Si hablamos desde el punto de vista *Ergonómico*, analizaríamos la adecuación de los elementos materiales de la casa o resi-

dencia a las necesidades individuales y grupales de los ancianos y las acciones de adecuación que hay que emprender.

ADECUACIÓN	QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	CON QUIEN	DONDE	PARA QUE
MOBILIARIO							
ILUMINACIÓN							
RUIDOS-SONIDO							
CUBIERTOS-VAJILLAS							
ARQUITECTONIA							

Estrategia Segunda: Diseño de un modelo de entrenamiento de personas mayores con animadores de residencias y clubs de tercera edad

Residencias y clubs de tercera edad son dos realidades que se complementan y se relacionan. Como deberían complementarse clubs, residencias y centros cívicos o comunitarios de corte intergeneracional. En muchos casos el club, externo a la residencia, es un punto de referencia de gran interés y valor normalizador para el anciano institucionalizado. En otros, es la residencia, concebida como un centro también de recreo y ocio, un punto de referencia para los ancianos de una comunidad, barrio o pueblo, incluso para el resto de la ciudadanía. Especial importancia tiene esta concepción cuando se trata de residencias asistidas que, por la dificultad de movimiento añade una peculiar barrera para la relación con el medio de los ancianos institucionalizados. En estos casos, la apertura de la residencia al medio es un sistema relacional y enriquecedor para la vida de la propia residencia; la consideración de la residencia como centro de día para otros ancianos es la posibilidad relacional. Y es imprescindible cuando, buscando los terrenos más baratos como única motivación, las residencias se han construido fuera de toda posible relación con el medio.

La estrategia que se propone tiene como objetivo el diseño de un programa de entrenamiento de personas mayores como animadores de personas mayores.

El fundamento del planteamiento se basa por un lado, en la necesidad de ofrecer a los jubilados y personas de edad el protagonismo de sus propias instituciones haciendo de éstas algo vivo y vigorizante, y por otro se fundamenta en la capacidad de aprendizaje de las personas en toda edad, con las adecuaciones pertinentes.

Desde hace años, el modelo de club de tercera edad y los espacios recreativos de las residencias imperante en nuestro país, estaba regido por parámetros de pasividad, en donde la única actividad ha sido el juego de cartas, la televisión y poco más.

En algunos clubs y residencias de tercera edad, la entidad patrocinadora les obsequia periódicamente con actividades y fiestas, así como excursiones, en las que el jubilado no ha tenido ningún protagonismo sino el de simple usuario o beneficiario.

La carencia de animadores profesionales en la tercera edad y la dificultad económica que supone la contratación de especialistas, unido a la no conveniencia de que el centro de la vida de una residencia gire en torno al animador profesional, que acentuaría la dependencia del anciano, hace imprescindible buscar fórmulas viables, en las que tengan cabida los clubs de jubilados de poblaciones pequeñas sin grandes recursos.

La fórmula que se propone es la de crear una organización o servicio de animación por zonas o sectores a los que, junto a animadores profesionales itinerantes al servicio de los clubs y residencias, se unan miembros de Juntas Directivas de clubs de jubilados, y jubilados-as que lo deseen, con objeto de crear un entramado de animación de la realidad de la tercera edad en cada pueblo, residencia, etc.

La función de dichos animadores profesionales de carácter itinerante, sería en primer lugar lograr que un núcleo de personas en cada localidad, en cada club o residencia participen en cursos de iniciación de corta duración pero de aplicación inmediata de cara a su propia realidad. Una segunda función sería la de desarrollar funciones de supervisión de la tarea de los animadores de cada club.

Junto a ello, y según va avanzando en experiencia y práctica, es función del supervisor ampliar la oferta de "cursos de entrenamiento o adiestramiento" para ir poco a poco abriendo un abanico rico de posibilidades y ejercer un efecto multiplicador de la intervención de animación.

Evidentemente la constitución de este servicio itinerante de animación requiere la iniciativa y el apoyo de las administraciones, ya sean locales, mancomunadas o territoriales, aunque la gestión del servicio pueda acogerse a asociaciones no lucrativas, cooperativas, etc.

Los cursos de iniciación pueden tener las siguientes características:

- a) Grupos reducidos. Cada grupo entre 10-15 personas.
- b) Duración limitada. Cada curso no más de 10 sesiones.
- c) De periodicidad semanal.

- d) Cada sesión no superior a 90 minutos de actividad.
- e) Desarrollados con un método activo.
- f) Mínimo nivel de dificultad. Siendo las dificultades programadas de forma progresiva. Un paso se basa en el siguiente. Y éste es la base del posterior.
- g) Los contenidos basados en los intereses de los ancianos. Si bien tratando de abrir nuevas perspectivas.

Los módulos previsibles pueden ser:

Nivel A 1: De iniciación

- Fiestas y veladas.
- Talleres.
- Viajes y excursiones.
- Coleccionismo.
- Periódicos y carteles.
- Cine forum.

NIVEL A 2: De iniciación 2 (de ampliación del nivel A 1)

Además de los temas anteriores:

- Tertulias. Taller de Narrativa.
 - Concursos y campeonatos.
 - Grupo cultural y debates.
- NIVEL B* (a desarrollar al cabo de un tiempo de que funcionen regularmente algunas de las actividades anteriores)
- Talleres de trabajos manuales.
 - Trabajo voluntario.
 - Espectáculos. Acudir y organizar.
 - Deportes.
 - Cursillos informativos.

NIVEL C (pueden tener carácter monográfico)

- Jardinería.

- Actividades recreativas, bailes.
- Hobbys.
- Vida cívica y organizaciones comunitarias.
- Trabajos voluntarios.
- Participación política.
- Deportes.

Desde los clubs y residencias de jubilados activos se pueden ofertar a personas próximas a jubilar. *Cursos de preparación a la jubilación* con suficiente antelación como para que las cosas no surjan de pronto. Pueden organizarse cursos monográficos o generales de carácter anual a partir de los 50-55 años.

El ritmo de las sesiones se basa en un ritmo casi natural definido por tres momentos:

MOMENTO 1: Concentración y actividad (unos 30-35 minutos).

MOMENTO 2: Inicio de dispersión. El animador interviene rompiendo la sesión y retomando el trabajo con el grupo.

MOMENTO 3: Comienzo de abandono. Significa que el interés ha decrecido y que hay que evaluar la sesión.

Hay que procurar utilizar un local adecuado, aparte de los locales comunes de juego del resto de los usuarios de las instalaciones. Este local debe disponer además de distintos materiales de apoyo de uso común en el club (o en su caso el servicio itinerante deberá disponer de ellos); proyector de diapositivas, vídeo, pizarra, retroproyector.

El curso puede desarrollarse en modalidad de internado, aprovechando unas vacaciones de tercera edad o un fin de semana, si bien hay que articular debidamente las actividades y los descansos. Del mismo modo hay que prever la financiación para que la participación no sea discriminatoria.

Es importante considerar la variable personal a la hora de seleccionar los participantes. Si bien quienes suelen acudir son personas ya seleccionadas por sí mismas.

Hay que considerar que los niveles culturales condicionan la participación de las

personas mayores. Esto no es sino una dificultad salvable. La adaptación del curso se hará considerando esta variable, sobre todo en los niveles iniciales A1 y A2.

La función de supervisión es fundamental para la continuidad de la experiencia. El planteamiento de supervisores itinerantes puede ir combinado con animadores fijos en aquellos clubs e iniciativas de gran cantidad de usuarios.

Estrategia Tercera: Formación del personal

El personal contratado requiere un plan de formación inicial, de adecuación a la nueva situación de trabajo, en principio difícilmente comparable con cualquier otra. Igualmente precisa un proceso de formación permanente.

El plan de formación inicial requiere un proceso de adaptación a la vida residencial que alguien debe programar y diseñar. En principio es responsabilidad de la dirección el establecer estrategias formadoras.

BREVE NOTA SOBRE EL PROCESO DE FORMACIÓN

No descubrimos nada nuevo si sugerimos como pauta de proceso de formación el ya viejo y poco practicado proceso "acción-reflexión-acción", sin embargo no por viejo, el método, es frecuentemente utilizado.

Es decir, que la propuesta se basa en el proceso de "educación por la acción".

Se sustenta nuestra opción en tres intuiciones básicas:

1. El hombre se desarrolla actuando. Afrontando la realidad y transformándola se construye a sí mismo.
2. Pero su actuación es humana cuando es reflexiva, es decir, cuando estudia la realidad y planifica la acción. Todo esto exige formación.
3. Pero como todo desarrollo humano es una marcha, un proceso, hay que repasar lo realizado, para rectificar en adelante y construir más y mejor.

Así pues, A-R-E se unifica en un solo proceso. La constante reiteración de esta

marcha es lo que constituye la educación por la acción.

Es como un avance continuo, en espiral. Así el hombre se hace persona.

La educación por la acción difícilmente puede realizarse sólo con actividades sueltas o con reflexiones aisladas. Hace falta "trabajo".

Basado en estas simples reflexiones, sobre las que no podemos avanzar se me ocurre el siguiente proceso como medio de formación para los nuevos trabajadores, o los viejos, claro.

PROCESO

MOMENTO 1: Inserción de la persona en el trabajo diario de forma supervisada o tutelada, sin plenas responsabilidades, sin formar parte del turno ordinario. Análisis de esta realidad desde diversas ópticas.

MOMENTO 2: Acción sobre esta realidad. Participación activa, no sólo como observador sino como trabajador.

MOMENTO 3: Análisis de esta intervención.

Discusión y debate.

Formación complementaria: Temas, etc.

MOMENTO 4: Nueva intervención (ésta puede ser muy diversa, y el medio también).

ESTRUCTURA DE FORMACIÓN

1. *Responsable de formación:* Elabora materiales, diseña métodos, forma a los agentes formadores...
2. *Agentes formadores:* Pueden ser trabajadores cualificados de la residencia preparados para este fin. También podría existir un equipo itinerante dependiente del servicio central que se ocupase de varios centros.
3. *Grupos de formación:* Son grupos de trabajadores que voluntariamente se adhieren a un proceso de formación por la acción, ya sea en un centro, en una zona, ciudad, etc. Los grupos de formación pueden tener un "agente formador" que va a acompañar al grupo en su proceso de "acción-reflexión-acción".

La participación en estos grupos puede valorarse como méritos de promoción.

4. *Encuentros de formación*: Momentos de intercambio entre diversos profesionales que tienen un interés común en torno a un tema común. Son propiciados por el centro.
5. *Escuelas*: Lugares más amplios de formación para la acción, o de información, adiestramiento, entrenamiento en determinado aspecto...
6. *Seminarios*: Espacios de discusión y de elaboración de materiales en torno a temas específicas. Es un encuentro más de especialistas y de estudio en torno a un tema.

FORMACIÓN INICIAL

A la incorporación a la residencia del trabajador:

1. Cursillo introductorio de tipo teórico-práctico.
2. Participación progresiva en las diversas tareas con sesiones de supervisión y tutoría.
3. Rotación semanal por distintos servicios. Supervisión.
4. Incorporación tutelada al trabajo.

El proceso a desarrollar será el del:

- Introducción.
- Acción.
- Reflexión complemento técnico.
- Acción rectificadora.

FORMACIÓN PERMANENTE

Por especializadas y/o de forma interdepartamental se desarrollarán sesiones de análisis de casos, estudio de situaciones, análisis de programas, evaluación de programas.

FORMACIÓN OCASIONAL

A partir de la participación en jornadas, seminarios, congresos, cursillos.

FORMACIÓN A TRAVÉS DE LA INVESTIGACION-ACCION

Desarrollo de investigaciones referidas a la vida residencial encaminadas a la mejora de la vida residencial y difusión de nuevas aportaciones al trabajo. Difusión en congresos, jornadas y sesiones intercentros.

Implicaciones de un proyecto integral de una residencia de ancianos

Por lo general no suele ser fácil una adecuación "no reglamentista" de una institución oficial, como puede ser una residencia de ancianos dependiente de un organismo público. Es muy grande el peso administrativo y los procesos son lentos y pesados, a veces con lentitud desesperante y con pesadez inamovible.

Interesa consensuar pasos importantes entre los elementos personales más influyentes en la vida residencial, por un lado, e introducir elementos de revisión.

Interesa igualmente elaborar un plan a medio plazo, estableciendo los pasos a corto, bien pensados y medidos.

Por otra parte se requiere una revisión del personal existente y el inicio de un programa de formación en función de la actividad de todos los días, dinamizado por los agentes formadores. Por lo que se precisa un equipo de personas que tengan exclusivamente esta función, no incluidos en la estructura jerárquica. Del mismo modo que interesa que ese grupo de "formadores" o "dinamizadores" vengan de fuera y no dispongan de historia anterior en el centro.

El proyecto que se apunta, precisa un análisis de la plantilla, para adecuarla a la realidad de los objetivos planteados. Lo que querrá decir redefinir las funciones de cada cual, apareciendo posiblemente nuevas funciones, o nuevos puestos que sustituyan a viejas visiones de la atención residencial del anciano. A veces supondrá un aumento de plantilla.

Por último significará disponer de algún instrumento permanente de "retroalimentación" para corregir las disfunciones que se produzcan en el proceso.

**Rafael Mendia
Begoña Ramírez de Olano**

EMAKUMEAREN EUSKAL ERAKUNDEAZ

Egun hauetan Gasteizko Legebiltzarrean "Instituto Vasco de la Mujer/Emakumearen Euskal Erakundea" sortuko duen Legea eztabaidatzen ari da.

Lege proposamen hau Legebiltzarrera etortzen diren talde guztiek aurkeztuta izan dela kontutan harturik, esan dezakegu aurki, tramiteak bukatzean, ifrongo arazorik gabe onarturik izango dela.

Euskal Herriko gizarte-bizitzako alor guztietan gizonezkoen eta emakumezkoen arteko benetako eta egiazko berdintasuna lortzea da Erakunde honen funtsezko xedea. Izan ere gaur egungo Legediak emakumezkoen aitortzen digun berdintasuna errealitatean bete dadin, oztopoak kentzea eta ekin-tza konkretoak bultzatzea da Erakunde honen betebeharra.

Laburbilduz esan dezakegu hemendik aurrera Euskal Komunitate Autonomoko Gobernuaren barman mekanismo instituzional bat egongo dela emakumeen zuzendutako politika bat asmatzeko, presupuestatzeko, bultzatzeko ardurarekin, alegia, arestian aitatutako xedea lortzeko erizpideak eman-go ditutene eta herri-agintari ezberdinek bete ditzaten indar egingo dueña.

Erakunde hau administratiboki organismo autónomo delakoa izango denez bere aurrekontu propioa izango du urtero aurre-

kontu orokorren eztabaida barruan erabakia. Bere kokapenari buruz Lehendakaritza-ri atxikia izatea aukeratu dugu, hórrela nahi ta ez pluridepartamentala izango den bere lana erreza go beteko duelakoan.

Xede eta helburu hauek duten erakundeak hirurogeien hamarkadan sortzen hasi ziren Europako Iparreko gobernuetan, ikusirik legeetan emandako aldaketak ez zirela nahikoak gizon eta emakumeen presentzia parekatzeko gizartean, hirurogeitamarren hamarkadan erakunde hauek zabalduz joan ziren Europa osoan, eta hasieran bere proposamenak lan alorrari zuzenduta izan arren pixkanaka gainerantzeko arloetara ere hedatu ziren.

Erakunde hau sortzearekin Estatutoak Komunitate Autonomoari eskusibotzat ematen dion ahalmen baten garapenari ekiteaz gain, gure botere publikoen aldetik emakumeon egoerakiko konpromezu politiko berri bat gauzatzen hasten da.

Erakundea sortzea instituzioetatik emandako lehen urratsa besterik ez da, espedezagun bere lanak eta proposamenak emakumeon presentzia eta parte hartzea areagotzen eta parekatzen lagungarri eta eragingarri gerta daitezela.

Koro Garmendia

Legebiltzarreko Lehen Idazkaria

CREACIÓN DEL INSTITUTO VASCO DE LA MUJER

Presentada por los Grupos Parlamentarios Socialistas Vascos, Euzko Abertzaleak-Nacionalistas Vascos, Eusko Alkartasuna, Euskadiko Ezkerra y Mixto *

PRESIDENCIA DEL PALAMENTO VASCO

El Parlamento Vasco, en sesión Plenaria ordinaria celebrada el día 20 de Noviembre de 1987, acordó la toma en consideración de la Proposición de Ley presentada por los Grupos Parlamentarios Socialistas Vascos, Euzko Abertza-

* El 5 de febrero de 1988 el Parlamento Vasco aprobó la Ley 2/1988 sobre creación del Instituto Vasco de la Mujer/Emakumearen Euskal Erakundea (B.O.P.V. de 4 de marzo de 1988).

EMAKUMEAREN EUSKAL ERAKUNDEA

Euskal Sozialistak, Euzko Abertzaleak, Eusko Alkartasuna, Euskadiko Ezkerra eta Askotariko Legebiltzar-Taldeek egina

EUSKO LEGEBILTZARREKO LEHENDAKARITZA

Eusko Legebiltzarrak, 1987garreneko Azaroaren 20an egindako Agizko Osoko Bilkuran, Euskal Sozialistak, Euzko Abertzaleak, Eusko Alkartasuna, Euskadiko Ezkerra eta Askotariko Legebiltzar-Taldeek Emakumearen Euskal Erakundea

leak-Nacionalistas Vascos, Eusko Alkartasuna, Euskadiko Ezkerra y Mixto, sobre creación del "Instituto Vasco de la Mujer/Emakumearen Euskal Erakundea".

Dando cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 105.5 del vigente Reglamento de la Cámara, la Mesa determina la publicación del texto de la citada Proposición de Ley en el Boletín Oficial del Parlamento Vasco, así como su remisión a la Comisión Parlamentaria de Instituciones e Interior, a todos los efectos legales y reglamentarios y abre un plazo de siete días hábiles siguientes al de su publicación para la presentación de enmiendas.

Sede del Parlamento Vasco. Vitoria-

Gasteiz, 24 de noviembre de 1987.

El Presidente del Parlamento Vasco,
Jesús Eguiguren Imaz.

KORO GARMENDIA GALBETE, SECRETARIA PRIMERA DE LA MESA DEL PARLAMENTO VASCO,

CERTIFICO:

Que el Pleno Ordinario del Parlamento Vasco, en sesión válidamente celebrada el día 20 de Noviembre de 1987, en el Salón de Sesiones de la Cámara, tras el examen de la Proposición de Ley formulada por los Grupos Parlamentarios Socialistas Vascos, Euzko Abertzaleak/Nacionalistas Vascos, Eusko Alkartasuna, Euskadiko Ezkerra y Mixto, sobre creación del "Instituto Vasco de la Mujer/Emakumearen Euskal Erakundea", aprobó la toma en consideración de la citada Proposición de Ley, con arreglo al texto que literalmente se transcribe en el anexo adjunto.

Y para que así conste, y en orden a su ejecución, expido la presente certificación, con el visto bueno del Excmo. Sr. Presidente del Parlamento Vasco, en Vitoria-Gasteiz, a 20 de Noviembre de 1987.

La Secretaria Primera de la Mesa, Koro Garmendia Galbete, el Presidente del Parlamento, Jesús Eguiguren Imaz.

ANEXO A LA CERTIFICACIÓN

PROPOSICIÓN DE LEY SOBRE CREACIÓN DEL "INSTITUTO VASCO DE LA MUJER/EMAKUMEAREN EUSKAL ERAKUNDEA"

Exposición de motivos

El reconocimiento de la igualdad entre el hombre y la mujer en normas jurídicas de dife-

sotarazteari buruzko Lege-Saltoa kontutan hartzea erabaki du.

Eusko Legebiltzarreko Mahaiak, indarrean dagoen Araudiko 105.5 atalak agintzen dueña beteaz, esandako Lege-Salo hori Eusko Legebiltzarren Aldizkari Ofizialean argitaratzea eta Erakunde eta Herrizaingo-Batzordera bidaltzea erabaki du, legezko eta arauzko ondorio guztietarako, eta zuzenketa-eskeak egin ahal izateko, argitaratu ondorenog zazpi lan-egunetako aldiari ematen zaio hasiera.

Eusko Legebiltzarren Egoitza.

Gasteiz, 1987garreneko Azaroak 24.

Eusko Legebiltzarreko Lehendakaria,
Jesús Eguiguren Imaz.

KORO GARMENDIA GALBETE, EUSKO LEGEBILTZARREKO MAHAIAK LEHEN-IDAZKARIAK,

Honako hau EGIAZTATZEN DUT:

Eusko Legebiltzarrak, mila bederatzirehun eta larogeita zazpigarreneko Azarearen hogeian, Legebiltzarreko Bilkura-Aretoan balio osoz egindako Agizko Osoko Bilkuran, Euskal Sozialistak, Euzko Abertzaleak-Nacionalistas Vascos, Eusko Alkartasuna, Euskadiko Ezkerra eta Askotariko Legebiltzar-Taldeek egindako Emakumearen Euskal Erakundea sortarazteari buruzko Lege-Saltoa aztertu ondoren, Lege-Salo hori kontutan hartzeko erabakia hartu zuen, honekin bateango eraskinean hitzez-hitz aldatzen den idazkerarekin.

Eta erasota gelditu dadin eta egiterapideak egiteko, honako egiaztagiri hau egiten dut, Eusko Legebiltzarreko Lehendakari jaun txit gorena oniritziarekin, Gasteizen, mila bederatzirehun eta larogeita zazpigarreneko Azaroaren hogeian.

Mahaiko Lehen-Idazkaria, Koro Garmendia Galbete. Ongi deritzot, Eusko Legebiltzarreko Lehendakaria, Jesús Eguiguren Imaz.

EGIAZTAPEN-AGIRIAREN ERASKINA

EMAKUMEAREN EUSKAL ERAKUNDEA SORTARAZTEARI BURUZ EGINDAKO LEGE-SALOA

Zioen adierazpena

Maila ezberdinetako lege-arauek gizonezkoen eta emakumezkoen arteko berdintasuna aitort-

rente rango, así como la expresa prohibición en los mismos de cualquier tipo de discriminación por razón de sexo, es un rasgo común a todas las sociedades democráticas. No obstante, es clara la insuficiencia práctica de los preceptos meramente declarativos.

Las propias normas que contienen los mandatos citados, como hace el artículo 9 del Estatuto, se dirigen imperativamente a todos los poderes públicos para que lleven a cabo una acción positiva sobre los elementos de la realidad, facilitando la efectividad de los derechos o bien removiendo los obstáculos que la impidan o dificulten, asignando a dichos poderes la obligación de corregir una realidad no deseada a través de todo tipo de medidas a su alcance.

En estos momentos la eliminación efectiva de todas las formas de discriminación de la mujer y la adopción de las medidas necesarias para fomentar su participación en todos los ámbitos de nuestra comunidad son cuestiones que el Parlamento Vasco considera prioritarias.

Por lo tanto, en virtud de lo establecido en el Estatuto de Autonomía del País Vasco, en la Constitución y en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer aprobada por la Asamblea General de la O.N.U. en Diciembre de 1979 y ratificada por el Estado español en Febrero de 1984, este Parlamento asume la tarea de impulsar una acción coordinada en todo el ámbito de la Comunidad Autónoma procediendo a la creación de un Instituto que responda a los objetivos planteados y dando asimismo respuesta a una cada vez más amplia e importante demanda social que requiere una intervención directa de los poderes públicos vascos en este tema.

ARTICULADO

Artículo 1 .—Naturaleza y régimen jurídico

1. Se crea el Instituto Vasco de la Mujer/Emakumearen Euskal Erakundea como Organismo Autónomo de carácter administrativo adscrito a la Presidencia o Lehendakaritza.

2. El Instituto Vasco de la Mujer/Emakumearen Euskal Erakundea, que estará dotado de personalidad jurídica propia, se regirá por lo dispuesto en la presente Ley, la Ley de Principios Ordenadores de la Hacienda General del País Vasco de 22 de junio de 1982, la Ley de Régimen Presupuestario de Euskadi de 20 de Diciembre de 1983 y demás legislación aplicable a los Entes Institucionales de la Comunidad Autónoma.

tzea, eta horietan seksuagatiko inolako bereizkeriarik izateko berarizko debekua, demokrazia-zko gizarte guztiek duten ezaugarria da. Hala ere, aldarrikapena egite hutseko manuen egitezko eskaria nabaria da.

Esandako manuak ematen dituzten arau horiek berak, hona ñola, Estatutoko 9garren atala, Herri Agintari guztiei, hauek, eskubideak eragingarriak izateko bideak erraztuz nahiz hri ezi-nezko egin edo horretarako eragozpen izan daitezen oztopobideak kenduz, izan denekoan oinarrituz ekintza baikorra aurrera eraman deza-tela aginduzkoak dirá, eta agintari horiei gurariz besteko egoera bere esku dituzten neurri guz-tiez baliatuz zuzentzeko agindua ematen diete.

Emakumearekin bereizkeriaz jokatzeko era guztiak benetan ezabatzea eta horrek gure elkar-teko alor guztietan eskuhartzeari bultz egiteko beharrezko izan daitezen neurriak hartzea ditu gaur egun Eusko Legebiltzarrak lehen-mailako gai.

Hórrela bada, Euskal Herriko Autonomia-Estatutoan, Konstituzioan eta O.N.U.-ko Batzar Nagusiak 1 979garreneko Abenduan onartu eta Espainiako Erresumak 1984garreneko Aurkako bereizkeria-modu guztiak ezabatzeari buruzko Lan-Bilkuran agintzen denaren indarrez, Legebiltzar honek Autonomia-Elkarte osoan ekintza bateratuari indar egiteko lana bere gain hartzen du, aurkezten diren helburuen bermapide izanezko erakundea sortu eta gizartearen gero eta haundia-goia eta garrantzitsuagoa den eta gai honeki-koan euskal herri-eginiariaren artezko partaidetza beharrezko duen eskabideari era erantzuna ema-nez.

ATALAKOA

Lehenengo atala.-Nolakoa eta lege-jaurpideak

1. "Instituto Vasco de la Mujer/Emakumearen Euskal Erakundea" Lehendakaritzari atxikita-ko lhardutze-Erakunde Burujabe gisa sortaraz-ten da.

2. "Instituto Vasco de la Mujer/Emakumearen Euskal Erakundea" legezko berenezko nortasunduna izango da, Lehe honetan, 1982garrene-ko Ekainaren 22ko Euskal Herriko Herriogasuntza Nagusiaren antolarauen Legean, 1983garreneko Abenduaren 20ko Euskadiko Diruegitamu-Jaur-pideen Legean agintzen direnak eta Autonomia-Elkarteko Iraskundegoren-mailako Izaikiei ezarri dakizkiekeen gainontzeko legeak izango ditu jaur-pide.

Artículo 2.—Fines

El fin esencial del Instituto Vasco de la Mujer/Emakumearen Euskal Erakundea es la consecución de la igualdad real y efectiva del hombre y la mujer en todos los ámbitos de la vida política, económica, cultural, social del País Vasco, para lo que el Instituto se fija como objetivos la promoción de las condiciones que faciliten la igualdad entre los sexos y la remoción de los obstáculos que impidan su plenitud de hecho y de derecho, y la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer en Euskadi.

Artículo 3.—Funciones

a) Elaborar las directrices destinadas a conseguir los fines anteriormente propuestos, e impulsar su aplicación por los distintos poderes públicos de la Comunidad Autónoma.

b) Realizar el seguimiento de la legislación vigente y su aplicación, así como, en su caso, elaborar las propuestas de reformas legislativas dirigidas a eliminar las trabas que dificulten o impidan la igualdad real y efectiva entre ambos sexos.

c) Estudiar la situación de la mujer en la vida política, económica, cultural y social, promoviendo especialmente la realización de estudios dirigidos a perfilar la política a realizar en las distintas áreas de actuación, dotándose de los medios necesarios al efecto.

d) Emitir informes y dictámenes en el curso del procedimiento de elaboración de las Disposiciones Generales que, afectando a la mujer, promoviesen el Gobierno Vasco y las Diputaciones Forales.

e) Impulsar las medidas de coordinación necesarias entre los programas de actuación a desarrollar por los diversos poderes públicos de la Comunidad Autónoma, y que tengan incidencia en la situación de la mujer.

f) Prestar asesoramiento y colaboración a los distintos Departamentos del Gobierno Vasco, Diputaciones y Ayuntamientos, para lograr las metas propuestas, en particular instando y proponiendo a los Ayuntamientos actividades complementarias a las que realizará el Instituto, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley Reguladora de Bases del Régimen Local.

g) Fomentar las prestaciones de servicios en favor de la mujer y en particular los dirigidos a aquéllas que tengan especial necesidad de ayuda.

h) Informar a los ciudadanos y especialmente a las mujeres del País Vasco sobre los

2garren átala.—Helburuak

"Instituto Vasco de la Mujer/Emakumearen Euskal Erakundea"-k Euskal Herriko politika, ekonomia, kultura eta gizarte-bizitzako alor guztietan gizonezkoen eta emakumezkoen arteko benetako eta egiazko berdintasuna lortzea du funtsezko xede, eta hori lortzeko helburu gisa, Erakundeak seksuen arteko berdintasuna errazteko bideei bultz egitea eta hori bete-betean lortzeko eragozpen izan daitezen izateko eta lege-aldetikako oztopo guztiak kentzea, eta Euskadin emakumeari bereizkeria egiteko era guztiak ezabatzea erabaki du.

3garren átala.—Egitekoak

a) Gorago azaldutako helburuak lortzeko xedezko artezpideak antolatzea, eta Autonomia-Elkarteko herri-agintari ezberdinek horiek erabili ditzaten indar egitea.

b) Indarrean dauden legeen eta horiek erabiltzearen arta izatea, eta, behar izanez gero, bi sektutako artean benetako eta egiazko berdintasuna izatea zailtzen edo eragozten duten oztopo guztiak ezabatzeko xedezko lege-aldakuntzetarako saloak egitea.

c) Politika, ekonomia, kultura eta gizarte-bizitzan emakumea aurkitzen deneko egoera aztertu, aribide-alor ezberdinetan aurrera eramanez beharrezko politika taiutzeko xedezko azterlangintza bereziki suztatuz, horretarako behar diren eskuratuak eskuratuz.

d) Emakumeari datxezkonak izan eta Eusko Jaurlaritzak eta Foru-Diputazioek gerta ditzaten oinarritzko burupideen antolatze-aldian txostenak eta erizpenak ematea.

e) Autonomia-Elkarteko herri-agintaritzak bereiziek burutu behar eta emakumearen egoeran eraginik izan dezaten ihardunerako egitarauen artean beharrezko lankidetzak-neurriak bultzatzea.

f) Asmotango helburuak lortzeko, Eusko Jaurlaritzako Sail bereziei, Diputazioei eta Udalei aholkuak eta laguntza ematea, eta hori, Toki-Jaurpideetarako Oinarri-Arauak Araupetzezko Legeko 28garren atalean agindutakoaren arauera, Erakundeak eginbideratuko dituen ekintzen osagarritarako jartzeko Udalei akio eginez eta eskatuz, batipat.

g) Emakumearen eta bereziki laguntza-beharrik haundinean aurkitzen direnen aldeko zerbitzugintza suztatzea.

h) Jendea kontura-arazteko, beharrezko eriztitzako suztapen eta zabalkunde-ekintzen bidez.

problemas de la mujer, realizando las campañas de sensibilización, promoción y difusión que se consideren oportunas. El Instituto servirá de cauce a través del cual puedan canalizarse las denuncias de discriminación, abusos o violaciones de los derechos de la mujer por razón de sexo, y arbitrará las acciones correspondientes.

i) Establecerá relaciones y cauces de participación con asociaciones, fundaciones y otros entes y organismos que en razón de sus fines o funciones contribuyan a la consecución de los objetivos del Instituto, así como con instituciones y organismos análogos de otras Comunidades Autónomas, del Estado y de la Comunidad Internacional.

j) Cualquier otra función que relacionada con sus fines se le pudiera encomendar.

Artículo 4.-Plan de actuación. Informe y Memoria anual

1. El Instituto presentará al Gobierno, para su aprobación al comienzo de cada legislatura, un Plan de medidas dirigidas a eliminar las trabas que impidan o dificulten la igualdad real y efectiva entre ambos sexos, para su aplicación en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

2. Asimismo, al inicio de cada año natural, el Instituto presentará al Gobierno un Informe sobre la evaluación de la situación de la mujer en Euskadi y una Memoria sobre la actuación de los poderes públicos en ese campo, en los que se hará referencia al grado de cumplimiento de los objetivos del citado Plan.

3. Tanto el Plan como el Informe y la Memoria se comunicarán al Parlamento Vasco y serán remitidos a las Diputaciones Forales y Ayuntamientos de la Comunidad Autónoma.

Artículo 5.—Órganos de dirección

Los órganos rectores del Instituto son:

- a) El Consejo de Dirección.
- b) El Director.

Artículo 6.—El Consejo de Dirección

1. El Consejo de Dirección estará integrado por los siguientes miembros:

Presidente: El Lehendakari del Gobierno Vasco.

Vicepresidente: El Director del Instituto.

herritar guztiei eta Euskal Herriko emakumeei bereziki emakumeak zer arazo dituen jakinaraztea. Seksua déla eta emakumearen eskubideak bereizkeriarik, gehiegikeriarik izan dutelako edo horiek hautsi direlako egin daitezen salaketak Erakundearen bidez bideratuko dirá, eta egoki izan daitezen ekintzak erabakiko ditu.

i) Euren helburu edo egitekoak direla eta Erakundearen helburuak lortzeko lagungarri izan daitezen elkarte, iraskunde eta beste izaiki eta ihardutze-erakundeekin, baita beste Autonomia-Elkarteetako, Erresumako eta beste nazioetako antzerako erakunde eta ihardutze-erakundeekin ere, harremanak eta partaidetzarako bideak sortuko ditu.

j) Bere helburuei datxekielako eman lekiokeen beste edozein egiteko.

4garren átala.—Ihardutze-egitamua, urtean-urteko Erizpen-idazkia eta Txostena

1. Erakundeak Jaurlaritzari, onarpen-eske, legegintzaldi bakoitzaren hasieran, bi seksueta-koen arteko benetako eta egiazko berdintasuna eragozten edo zailtzen duten oztopoak kentzeko xedezko eta indarra Autonomia-Elkarte osoan izango lukeen neurri-saila aurkeztuko dio.

2. Halaber, egutegi-urte bakoitzaren hasieran Erakundeak Jaurlaritzari, emakumea Euskadin aurkitzen deneko egoera haztatuzko Erizpen-idazkia, eta alor horretan herri-agintaritzek izan duten jokabideari buruzko Txostena aurkeztuko dizkio, eta horietan Egitamuko helburuak zenbateraino bete diren esango da.

3. Bai Egitamuaeren berri, baita Erizpen-idazkiaren eta Txostenaren berri ere, Eusko Legebiltzarrari emango zaio eta Autonomia-Elkarteko Foru-Diputazioetara eta Udaletara ere bidaliko dirá.

5garren átala.—Artezte-Sailak

Honako hauek dirá Erakundeko artezte-sailak:

- a) Artezte-Batzordea.
- b) Zuzendaria.

6garren atala.-Artezte-Batzordea

1. Honako hauek izango dirá Artezte-Batzordearen osakide:

Lehendakari: Eusko Jaurlaritzako Lehendakaria.

Lehendakariorde: Erakundeko Zuzendaria.

Vocales: Cuatro representantes de la Administración de la Comunidad Autónoma, con rango, al menos, de Director, designados por el Gobierno de entre los propuestos por los Departamentos con competencia sobre las siguientes materias:

- a) Educación.
- b) Cultura.
- c) Trabajo.
- d) Seguridad Social.
- e) Sanidad.
- f) Consumo.

Tres representantes de las Diputaciones Forales, con rango, al menos, equivalente al del grupo anterior, designados por sus respectivos Consejos de Gobierno.

Tres representantes de los Ayuntamientos de la Comunidad Autónoma, cuya designación se establecerá reglamentariamente.

Un representante de la Comisión de Derechos Humanos del Parlamento Vasco, designado para cada legislatura mediante elección de entre sus miembros.

Seis personas designadas por el Parlamento Vasco para cada legislatura en razón de su acreditada trayectoria personal o profesional en favor de la igualdad entre los sexos.

2. El Consejo de Dirección actuará en Pleno y en Comisión Permanente. Su composición, funciones y régimen de funcionamiento se determinarán reglamentariamente.

Artículo 7.—El Director

El Director del Instituto será nombrado y cesado mediante Decreto.

Artículo 8.—Presupuesto

Para el cumplimiento de sus fines, el Instituto Vasco de la Mujer/Emakumearen Euskal Erakundea contará con un presupuesto anual propio, dentro de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma.

DISPOSICIÓN FINAL

Se autoriza al Gobierno para dictar las disposiciones necesarias para el desarrollo y aplicación de la presente Ley.

Batzordekideak: Autonomia-Elkarteko Arduralaritzaren izeneko lau lagun. Hauek Artezkari-mailakoak izango dirá gutxienez eta

- a) Hezkuntza.
- b) Kultura.
- c) Lan.
- d) Gizarte-Segurantzaz.
- e) Osasunketa.
- f) Egaripena.

Gaiekikoan agintepiderik duten Sailek aurkeztutako artetik Jarularitzak izendatuko ditu.

Foru-Diputazioaren izeneko hiru lagun; hauen mailak ere aurreko taldearentzat esandakoaren kidekoa izan beharko du gutxienez, eta bakoitzaren Jaurtze-Batzordeak izendatuko ditu.

Autonomia-Elkarteko Udaletako hiru lagun; hauek izendatzeko era araudi-bidez zehaztuko da.

Eusko Legebiltzarreko Giza-Eskubideen Batzordearen izeneko bat; hau legegintzaldi bakoitzerako Batzorde horretako kideen artetik aukeratu da.

Seksuen arteko berdintasunaren alde berez nahiz lanbidez jokatu izana ondo erakutsi dutenen artetik Eusko Legebiltzarrak legegintzaldi bakoitzerako izendatutako sei lagun.

2. Artezte-Batzordeak Osoko Bilkura eta Batzorde Iraunkor bidez jokatu du. Honen osatzemodua, egitekoak eta aribiderako jaurpideak araudi-bidez zehaztuko dirá.

7garren átala.—Zuzendaria

Erakundeko Zuzendaria izendata bai kentzea, Dekretoz egingo da.

8garren átala.—Diruegitamua

"Instituto Vasco de la Mujer/Emakumearen Euskal Erakunde"-k, bere helburuei erantzun ahal izateko, Autonomia-Elkarteko Diruegitamu Nagusietan, urte bakoitzerako berenezko diruegitamua izango du.

AZKEN ERABAKIA

Eusko Jaurlaritzari, Lege hau osabideratzeko eta betebideratzeko behar daitezen aginduak emateko baimena ematen zaio.

BLIBLIO GRAFIA

ADAMAKOS, H. "Maternal social support as a predictor of mother-child stress and stimulation". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 4, 1986, págs. 463-470.

Niños maltratados, acción social, relación madre-hijo.

AINSWORTH, M. D. y BELL, S. M. "Attachment, exploration and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation". *Child Development*, vol. 41, 1970, págs. 49-67.

AINSWORTH, M. D. S. y otros. "Individual differences in strange situation behavior of one-year-olds". *The Origins of Human Social Relations*. London, Academic Press, 1971.

ALTEMEIER, W. A. y otros. "Antecedents of child Abuse". *The Journal of Pediatrics*, vol. 100, núm. 5, 1982, págs. 823-829.

ALTEMEIER, W. A. y otros. "Prediction of child abuse: a prospective study of feasibility". *Child Abuse and Neglect*, vol. 8, 1984, págs. 893-900.

ALTEMEIER, W. A. y otros. "Prospective study of antecedents for monorganic failure to thrive". *The Journal of Pediatrics*, vol. 106, núm. 3, 1985, págs. 360-365.

ALTEMEIER, W. A. y otros. "Working with parents to prevent child abuse". *The At-Risk Infant: Psycho/Social/Medical Aspects*. Baltimore, Inglaterra, 1985, págs. 95-103.

AMERICAN GUIDANCE SERVICE. *Body rights a 'duso' approach to preventing sexual abuse of children*. Circle Pines, Minnesota (U.S.A.), American Guidance Service, 1986, pág. 200.

Derechos del niño, abusos sexuales, maestros, manuales para padres.

ASOCIATION FRANCAISE POUR LA SAUVEGARDE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE. Travail socio-educatif et incesto". *Sauvegarde de l'Enfance*, vol. 41, núm. 5, 1986, págs. 497-600.

Abusos sexuales, incesto, trabajo social, acción social, niños maltratados, psicoanálisis, problemas familiares, terapia familiar, legislación, equipo multidisciplinar, Francia.

AUGOUSTINOS, M. "Developmental effects of child abuse: recent findings". *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, núm. 1, 1987, págs. 15-27.

Niños maltratados, abusos sexuales, desarrollo infantil.

AVISON, W. R. "Screening for problema parenting: preliminary evidence on a promising instrument". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 2, 1986, págs. 157-170.

Niños maltratados, riesgo, detección, familia.

AYOUB, C. y otros. "Assessment of a program's effectiveness in selecting individuals 'At-Risk' for problems in parenting". *Journal of Clinical Psychology*, vol. 39, núm. 3, 1983, págs. 334-339.

AYOUB, C. y JACEWITZ, M. M. *Families At Risk of poor parenting: a descriptive study of sixty at risk families in a model prevention program*. Trabajo presentado en el Cuarto Congreso Internacional de Maltrato y Abandono infantil. París, Setiembre de 1982.

AYOUB, C. y JACEWITZ, M. M. *Families At Risk of poor parenting: a model for service delivery, assessment, and intervention*. Trabajo presentado en el Tercer Congreso Internacional de Maltrato y Abandono Infantil. Amsterdam, Abril de 1981.

BARDET, C. y BORNSTEIN, S. J. "Les services sexuels á enfant. L'étude actuelle des services sexuels á enfants peut-elle envisager une modification du code penal dans l'avenir?". *Actualités Psychiatriques*, núm. 5, 1987, págs. 62-67.

Niños maltratados, abusos sexuales, legislación.

BARK, P. y SHEEHY, N. P. "An empirical review of judicial proceedings in cases of child sexual abuse". *Early Child Developmental and Care*, vol. 26, núms. 1-2, 1986, págs. 19-27.

Malos tratos, abusos sexuales, protección legal, psicología.

BAUER, W. D. y TWENTYMAN, C. T. "Abusing, neglectful, and comparison mother's, responses to child-related and non-child-related stressors". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 53, núm. 3, 1985, págs. 335-343.

BELSKY, J. "Child maltreatment. An encological integration". *American Psychologist*, vol. 35, núm. 4, 1980, págs. 320-335.

BELSKY, J. "The determinants of parenting: a process model". *Child Development*, vol. 55, 1984, págs. 83-96.

BELSKY, J. y PENSKEY, E. "Developmental history, personality and family relationships: toward an emergent family system". *The Interrelation of Family Relationships*. Londres, Cambridge University Press, 1986.

BELSKY, J. y otros. "Causal analyses of multiple determinants of parenting: empirical and methodological advances". *Advances in Developmental Psychology*, vol. 4. Nueva York, 1986, págs. 153-202.

BERKMAN, A. "Professional responsibility: confronting sexual abuse of people with disabilities". *Sexuality and Disability*, vol. 7, núms. 3-4. 1984-1986, págs. 89-95.

Deficiencias, abusos sexuales, prevención, educación sexual.

BESHAROV, D. J. "Toward better research on child abuse and neglect: making definitional issues and explicit methodological concern". *Child Abuse and Neglect*, vol. 5, 1981, págs. 383-390.

BLATT, E. R. y BROWN, S. W. "Environmental influences on incidents of alleged child abuse and neglect in New York state psychiatric facilities: toward and etiology of institutional child maltreatment". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 2, 1986, págs. 171-180.

Niños maltratados, medio ambiente, etiología, instituciones.

BONGRAIN, M. "L'enfant maltraité". *Prevenir et Protéger*, núm. 2, 1986, págs. 6-9.

Niños maltratados, familia, legislación, prevención.

BOUSHA, D. M. y TWENTYMAN, C. T. "Mother-child interactional style in abuse, neglect, and control groups: naturalistic observations in the home". *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 93, núm. 1, 1984, págs. 106-114.

BOWLBY, J. *El Vínculo afectivo*, Buenos Aires, Paidós, 1976.

BOWLBY, J. *La separación afectiva*, Buenos Aires, Paidós, 1976.

BRADLEY, R. H. "Experiences in day care and social competence among maltreated children". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 2, 1986, págs. 181-189.

Niños maltratados, centros de día, servicios.

BRASSARD, M. R. *Psychological maltreatment of children and youth*, Oxford, Pergamon Press, 1987, págs. 296.

Niños, juventud, abusos sexuales, malos tratos, psicología, terapia.

CAIRNS, R. B. "Attachment behavior of mammals". *Psychological Review*, vol. 73, 1966, págs. 409-426.

CARSON, D. K. "Child abandonment: the abandoned expression of abuse and neglect". *Early Child Development and Care*, vol. 27, núm. 1, 1987, págs. 1-18.

Niños maltratados, niños abandonados, prevención.

THE CHILD ABUSE COUNCIL. *The role of educator*. Florida (U.S.A.). Le Boeuf, 1982.

THE CHILD ABUSE COUNCIL. *Rainbow Family Learning Center and The Friend-Toward Program (Volunteer Handbook)*. Florida (U.S.A.), Child Abuse Council, 1987.

CICCHETTI, D. y RIZLEY, R. "Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment". *New Directions for Child Development*, vol. 11, 1981, págs. 31-55.

COLÉ, S. S. "Facing the challenges of sexual abuse in persons with disabilities". *Sexuality and Disability*, vol. 7, núms. 3-4, 1984-1986, págs. 71-88.

Deficiencias, abusos sexuales, prevención, educación sexual.

CONTÉ, J. R. "Factors associated with an increased impact of child sexual abuse". *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, núm. 2, 1987, págs. 201-22.

Niños maltratados, abusos sexuales, familia, cuestionarios.

COONS, P. M. "Child abuse and multiple personality disorder: review of the literature and suggestions for treatment". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 4, 1986, págs. 455-462.

Niños maltratados, diagnóstico, tratamiento.

COOPER, C. S. "Variables associated with disrupted placement in a select sample of abused and neglected children". *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, núm. 1, 1987, págs. 75-86.

Niños maltratados, abusos sexuales, psicoterapia, familia, alcoholismo, drogas.

CORBY, B. y MILLS, C. "Child abuse: risk and resources". *The British Journal of Social Work*, vol. 16, núm. 5, 1986, págs. 531-542.

Niños maltratados, abusos sexuales, trabajo social, planes de asistencia social.

CRITTENDEN, P. M. "Maltreated infants: vulnerability and resilience". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 26, núm. 1, 1985, págs. 86-96.

CROZIER, J. y KATZ, R. C. "Social learning treatment of child abuse". *Journal of Behavior Therapy and Psychiatry*, vol. 10, 1979, págs. 213-220.

CULP, R. E. "Differential developmental progress of maltreated children in day treatment". *Social Work*, vol. 32, núm. 6, 1987, págs. 497-499.

Niños maltratados, centros de día, tratamiento, programas.

CULP, R. E. "Maltreated children's developmental scores: treatment versus nontreatment". *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, núm. 1, 1987, págs. 29-34.

Niños maltratados, desarrollo infantil, tratamiento, psicoterapia.

DELOZIER, R. P. "Attachment theory and child abuse". *The Place of Attachment in Human Behavior*, Londres, (GB), Tavistock, 1982.

DENICOLA, J. y SANDLER, J. "Training abusive parents in child management and self-control skills". *Behavior Therapy*, vol. 11, 1980, págs. 263-270.

DIATKINE, R. y AVRAM, C. "Traitement de la crise ou protection matérielle". *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, vol. 35, núms. 2-3, 1987, págs. 59-62.

Niños maltratados, tratamiento, protección, legislación.

DIETRICH, K. N. y otros. "Infant maltreatment: caretaker-infant interaction and developmental consequences at different levels of parenting failure". *Pediatrics*, vol. 72, núm. 4, 1983, págs. 532-540.

DOMÍNGUEZ, Y. y VERGES, M. "El síndrome del niño maltratado". *Revista Interuniversitaria de Educación Especial*, núm. 0, 1987, págs. 67-80.

Niños maltratados, prevención, sociogénesis, tratamiento.

DUQUETTE, D. N. y RAMSEY, S. H. "Using lay volunteers to present children in child protection, court

proceedings". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 3, 1986, págs. 293-308.

Niños maltratados, abusos sexuales, protección legal.

DYKES, L. J. "The whiplash shaken infant syndrome: what has been learned?". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 2, 1986, págs. 211-221.

Niños maltratados, síndromes, lactantes.

EBELING, N. B. y HILL, D. A. *Child Abuse: Intervention and Treatment*. Acton, Massachusetts, (U.S.A.), Publishing Sciences Group, 1975.

EGELAND, B. y SROUFE, A. "Attachment and early maltreatment". *Child Development*, vol. 52, 1981, págs. 44-52.

EGELAND, B. y otros. "Prospective study of the significance of life stress in the etiology of child abuse". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 48, núm. 2, 1980, págs. 195-205.

EGELAND, B. y SROUFE, A. "Developmental sequelae of maltreatment in infancy". *New Directions for Child Development*, vol. 11, 1981, págs. 77-92.

EISENBERG, N. "Attitudes of health professionals to child sexual abuse and incest". *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, núm. 1, 1987, págs. 109-116.

Niños maltratados, abusos sexuales, personal médico, actitudes familia.

ELMER, E. "A follow-up study of traumatized children". *Pediatrics*, núm. 59, 1977, págs. 273-279.

ELMER, E. "Outcome of residential treatment for abused and high-risk infants". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 3, 1986.

Niños maltratados, institucionalización, tratamiento, tests.

ENNEW, J. *L'Exploitation Sexuelle des Enfants*, Paris, (FR). ESHEL, 1987, págs. 175.

Niños, abusos sexuales, malos tratos, derechos del niño.

ESCARTI, A. y MUSITU, G. *El niño abandonado en la Comunidad Valenciana*, Valencia, Generalitat Valenciana, 1987, págs. 227.

Niños abandonados, etiología, estudios sociológicos, datos demográficos. Valencia.

FAMULARO, R. "Court-ordered removal in severe child maltreatment: an association to parental major affective disorder". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 3, 1986, págs. 487-492.

Niños maltratados, problemas familiares, problemas jurídicos.

FANTUZZO, J. W. "Parent and social-skills training for mentally retarded mothers identified as child maltreaters". *American Journal of Mental Deficiency*, vol. 91, núm. 2, 1986, págs. 135-140.

Deficiencia mental, madre, niños maltratados, familia.

FELTHOUS, A. R. "Psychosocial dynamics of child abuse". *Journal of Forensic Sciences*, vol. 29, núm. 1, 1984, págs. 219-236.

FERRIER, P. E. "Presidential address: the international society for prevention of child abuse and neglect". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 3, 1986, págs. 279-281.

Niños maltratados, abusos sexuales, prevención, televisión.

FIFIELD, B. B. "Ethical issues related to sexual abuse of disabled persons". *Sexuality and Disability*, vol. 7, núms. 3-4, 1984-1986, págs. 102-109.
Deficiencias, abusos sexuales, ética.

FLOREZ, J. A. "Aspectos psicosociales y familiares del niño maltratado". *Menores*, vol. 3, núm. 13, 1986, págs. 52-79.

Niños maltratados, psicología, sociología, familia, ambiente, etiología, sociogénesis, prevención.

FONDATION POUR L'ENFANCE. *Prevenir et Proteger*, núm. 1, 1986, pág. 30.

Niños maltratados, legislación, datos estadísticos, prevención, Francia.

FORTINEAU, J. "Parents maltraitants et maladie mentale". *Actualités Psychiatriques*, núm. 9, 1986, págs. 82-87.

Niños maltratados, padres, alcoholismo, enfermedades mentales.

FRIEDRICH, W. N. y otros. "Personality and psychophysiological variables in abusive, neglectful, and low-income control mothers". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 173, núm. 8, 1985, págs. 449-460.

FRODI, A. M. y LAMB, M. E. "Child abusers Responses to infant smiles and cries". *Child Development*, vol. 51, 1980, págs. 238-241.

FRYER, G. E. "Measuring actual reduction of risk to child abuse: a new approach". *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, núm. 2, 1987, págs. 173-179.

Niños maltratados, abusos sexuales, seguridad, prevención.

GAENSBAUER, T. J. y SANDS, K. "Distorted affective Communications in abused/neglected infants and their potential impact on caretakers". *American Academy of Child Psychiatry*, 1979, págs. 236-250.

GARBARINO, J. "Can we measure success in preventing child abuse? issues in policy, programming and research". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 2, 1986, págs. 143-156.

Niños maltratados, mortalidad infantil, prevención, servicios.

GARBARINO, J. y GILLIAM, G. *Understanding Abusive families*, Lexington, Inglaterra, Mass Lexington Books, 1980.

GARBARINO, J. y otros. *The Psychologically Battered Child*, San Francisco (U.S.A.), Jossey Bass, Inc. Publishers, 1986.

GARBARINO, J. y SHERMAN, D. "High-risk neighborhoods and high-risk families: the human ecology of child maltreatment". *Child Development*, núm. 51, 1980, págs. 188-198.

GALLES, R. J. y EDFELDT, A. W. "Violence towards children in the United States and Sweden". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 4, 1986, págs. 501-510.

Niños maltratados, estudios, datos estadísticos, Suecia, Estados Unidos.

GEORGE, C. y MAIN, M. "Social Interactions of young abused children: approach, avoidance and aggression". *Child Development*, vol. 50, 1979, págs. 306-318.

GIRODET, D. y SEAILLES, L. "Compte-rendu du séminaire européen sur les mauvais traitements, traitements avertis les 24 a 27 septembre 1985". *Bulletin Afirem Information*, núm. 14, 1986, págs. 45-58.

Niños maltratados, reuniones, experiencias. Bélgica, Grecia, Suiza, datos estadísticos, centros.

GOLDSTEIN, A. P. y otros. *Changing the Abusive Parent*, Illinois, (U.S.A.), Research Press, 1985.

GOLUB, J. S. "A videotape parent education program for abusive parents". *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, núm. 2, 1987, págs. 255-265.

Niños, abusos sexuales, incesto, manuales para padres, videos.

GÓMEZ, J. "Los niños maltratados". *Razón y Fe*, núm. 1.062, 1987, págs. 429-434.

Niños maltratados, niños abandonados, etiología.

GUEDJ, N. "Approche comparative de deux procédures institutionnelles hospitalières. Application a un échantillon d'enfants". *La Psychiatrie de l'Enfant*, vol. 30, núm. 1, 1987, págs. 239-291.

Niños maltratados, instituciones, hospital, familia adoptiva, estudios.

GUEDJ, N. "Approche comparative de deux procédures institutionnelles traites et negligés de 0 a 3 ans. Etude monographique au sein d'une institution". *Prevenir et Protéger*, núm. 2, 1986, págs. 11-14.

Niños maltratados, preescolaridad, institucionalización.

HADJIISKI, E. *Du Cri au Silence*, Vanves, (FR), C.T.N.E.R.-H.I., 1986, pág. 137.

Niños maltratados, sociogénesis, nivel socioeconómico, familia.

HAMES, A. "Sexual offences involving children: a suggested treatment for adolescents with mild mental handicaps". *Mental Handicap*, vol. 15, núm. 1, 1987, págs. 19-21.

Deficiencia mental, malos tratos, abusos sexuales.

HARLOW, H. F. y HARLOW, M. K. "Social deprivation in monkeys". *Scientific American*, núm. 207, 1962, págs. 136 y ss.

HELPER, R. E. "Back to de future". *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, núm. 1, 1987, págs. 11-14.

Niños, abusos sexuales, congresos, servicios sociales, familia.

HELPER, R. E. "A review of the literature on the prevention of child abuse and neglect". *Child Abuse and Neglect*, vol. 6, 1982, págs. 251-261.

HELPER, R. E. y KEMPE, C. H. *Child Abuse and Neglect The Family and the Community*. Cambridge, Massachusetts, Ballinger Publishing Company, 1976.

HILDEBRAND, J. y FORBES, C. "Group work with mothers whose children have been sexually abused". *The British Journal of Social Work*, vol. 17, núm. 3, 1987, págs. 285-304.

Niños maltratados, abusos sexuales, familia, trabajo social.

HOCHSTADT, N. J. "The medical and psychosocial needs of children entering foster care". *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, núm. 1, 1987, págs. 53-62.

Niños maltratados, adopción, psicoterapia.

HOROWITZ, B. y WOLOCK, I. "Material deprivation, child maltreatment and agency interventions among poor families". *The Social Context of Child Abuse and Neglect*, New York, (U.S.A.), Human Sciences Press, 1981, págs. 137-184.

HUNTER, R.S. y KILSTROM, N. "Breaking the cycle in abusive families". *American Journal of Psychiatry*, vol. 136, núm. 10, 1979, págs. 1320-1322.

HUNTER, R. S. y otros. "Antecedents of child abuse and neglect in premature infants: a prospective study in a newborn intensive care unit". *Pediatrics*, vol. 61, núm. 4, 1978, págs. 629-635.

IGLESIAS, M. "Maduración psicológica y problemática familiar en niños asistidos en hogares infantiles". *Psiquis*, vol. 7, núm. 1, 1986, págs. 22-36.

Sociogénesis, deficiencia mental, test de figura humana, hogares, niños, familia, niños maltratados.

ISAACS, C. D. "Treatment of child abuse: a review of the behavioral interventions". *Journal of Applied Behavior Analysis*, vol. 15, núm. 2, 1982, págs. 273-294.

JIMÉNEZ, F. "La sociedad española continua maltratando a los niños". *Escuela Española*, núm. 2.853, 1987, págs. 3-4.

Niños maltratados, menores, reuniones.

JONES, D. P. H. "Individual psychotherapy for the sexually abused child". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 3, 1986, págs. 377-385.

Niños maltratados, abusos sexuales, psicoterapia.

JONES, J. G. "Munchausen syndrome by proxy". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 1, 1986, págs. 33-40.

Niños maltratados, síndromes, familia.

KAUFMAN, J. y ZIGLER, E. "Do abused children become abusive parents?". *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 57, núm. 2, 1987, págs. 186-192.

KEMPE, R. S. y KEMPE, C. M. *Child abuse*. Londres, Open Books, 1978.

KINARD, E. M. "Emotional development in physically abused children". *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 50, 1980, págs. 686-696.

KINARD, E. M. "Experiencing child abuse: effects on emotional adjustment". *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 52, 1982, págs. 82-91.

KOKKEVI, A. y AGATHONOS, H. "Intelligence and personality profiles of battering parents in Greece: a comparative study". *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, núm. 1, 1987, págs. 93-99.

Niños maltratados, padres, inteligencia, personalidad, estudios sociológicos, datos demográficos, Grecia.

KORBIN, J. E. *Child abuse and neglect. Cross-cultural perspectives*. California (U.S.A.), University of California Press, 1981.

KORBIN, J. E. "Childhood histories of women imprisoned for fatal child maltreatment". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 3, 1986, págs. 331-338.

Niños maltratados, madre, prisión, psicología.

KORBIN, J. E. "Incarcerated mothers' perceptions and interpretations of their fatally maltreated children". *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, núm. 3, 1987, págs. 397-407.

Niños maltratados, madre, terapias.

KOVEROLA, C. y otros. "A microanalysis of factors associated with child-abusive families: identifying individual treatment priorities". *Behavior Research and Therapy*, vol. 23, núm. 5, 1985, págs. 499-506.

LAMBERT, T. y BOUNOT, A. "Etude médicale et psychosociologique des signalements d'enfants victimes de services de 1 978 à 1 984 dans un arrondissement d'Eure-et-Loir". *Les Cahiers du C.T.N.E.R.H.I.*, núm. 38, 1987, págs. 1-38.

Niños maltratados, abusos sexuales, estudios sociológicos, datos demográficos.

LARSON, O. W. "Child maltreatment among U.S. east coast migrant farm workers". *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, núm. 2, 1987, págs. 281-291.

Niños maltratados, abusos sexuales, emigrantes, Estados Unidos.

LIVINGSTON, R. "Sexual and physically abused children". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 26, núm. 3, 1987, págs. 413-415.

Niños maltratados, abusos sexuales, depresión.

LLAVERO, J. "El síndrome del niño maltratado". *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, vol. 61, núms. 5-6, 1987, págs. 531-544.

Niños maltratados, abusos sexuales, prevalencia, incidencia, tipología, programas de prevención.

LÓPEZ, F. "El apego". *Psicología Evolutiva 2. Desarrollo cognitivo y social del niño*. Madrid, Alianza ed., 1984.

LUTZKER, J. R. y otros. "A review of project '12-ways': an ecobehavioral approach to the treatment and prevention of child abuse and neglect". *Adv. Behavior Research Therapy*, vol. 6, 1984, págs. 63-73.

LYNCH, M. A. y ROBERTS, J. "Predicting child abuse: signs of bonding failure in the maternity hospital". *British Medical Journal*, vol. 1, 1977, págs. 624-626.

MAIN, M. y WESTON, D. R. "Avoidance of the attachment figure in infancy: descriptions and interpretations". *The Place of Attachments in Human Behavior*. Londres, Tavistock Publications, 1982.

MANNARINO, A. P. y COHÉN, J. A. "A clinical-demographic study of sexually abused children". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 1, 1986, págs. 17-23.

Niños, abusos sexuales, estudios, problemas, psicología.

MARNEFFE, C. y SOUMENKOFF, G. "Evaluation en prévention primaire: un must. II. Le point de vue pédopsychiatrique". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 1, 1986, págs. 53-61.

Niños maltratados, prevención, detección, psiquiatría infantil, alto riesgo, niños, cuestionarios.

MARTIN, H. P. y BEEZLEY, P. "Behavioral observations of abused children". *Developmental Medicine and Child Neurology*, vol. 19, 1977, págs. 373-387.

MARTIN, H. P. y otros. "The development of abused children". *Advances in Pediatrics*, vol. 21, 1974, págs. 25-73.

"Más de cincuenta mil niños maltratados anualmente en España". *Escuela Española*, núm. 2.828, 1986, pág. 1.

Niños maltratados, datos estadísticos, España.

MEE, J. *The Relationship between Stress and the Potential for Child Abuse. A Study of Potential for Child Abuse and Self-Reporter Stress, Assertion, and Social Support in Mothers of Young Children*. 1983.

MERRICK, J. "Physical punishment of children in Denmark: an historical perspective". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 2, 1986, págs. 263-264.

Niños maltratados, escuela, historia, Dinamarca.

METER, M. J. van. "An alternative to foster care for victims of child abuse/neglect: a university-based program". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 1, 1986, págs. 79-84.

Niños maltratados, acción social, programas, prevención.

MILNERS, J. S. y AYOUB, C. "Evaluation of at risk parents using the child abuse potential inventory". *Journal of Clinical Psychology*, vol. 36, núm. 4, 1 980, págs. 945-948.

MILNER, J. S. y WIMBERLEY, R. C. "An inventory for the identification of child abusers". *Journal of Clinical Psychology*, vol. 35, núm. 1, 1979, págs. 95-100.

MILNER, J. S. y WIMBERLEY, R. C. "Prediction and explanation of child abuse". *Journal of Clinical Psychology*, vol. 36, núm. 4, 1980, págs. 875-984.

MILNER, J. S. y otros. "Predictive validity of the child abuse potential inventory". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 52, núm. 5, 1984, págs. 879-984.

MIRET, E. "Resumen de la legislación sobre el maltrato a los menores". *Menores*, núm. 12, 1986, pág. 86.

Menores, niños maltratados, legislación, España.

MORGAN, S. R. *Abuse and neglect of handicapped children*. Boston, Massachusetts (U.S.A.), Brown and Company, 1987, 143 págs.

Deficiencias, niños maltratados, abusos sexuales, directorios, fichas técnicas, teléfono social, Estados Unidos.

MOURMAN, M. "Problèmes actuels de maltraitance". *Sauvegarde de l'Enfance*, vol. 41, núm. 1, 1986, págs. 22-29.

Niños maltratados, prevención, datos estadísticos, detección, familia.

NATIONAL CENTER ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. *The parent-aides program in the treatment of child abuse and neglect*. U.S. Department of Health and Human Services, 1979.

NATIONAL CENTER ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. The role of the educator in the prevention and treatment of child abuse and neglect. Washington (U.S.A.), D.H.H.S. Publication, 1984.

IMELSON, B. J. *Making an issue on child abuse*. Chicago, Illinois (U.S.A.), The University of Chicago Press, 1984.

NEWBERGER, E. H. y otros. "Child abuse: the current theory base and future research needs". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, vol. 22, núm. 3, 1983, págs. 262-268.

NEY, P. G. "Child abuse: a study of the child's perspective". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 4, 1986, págs. 511-518.

Niños maltratados, psiquiatría infantil.

OATES, K. *Child abuse and neglect. What happens eventually?*. New York (U.S.A.), Brunner and Mazel, 1986, 209 págs.

Niños maltratados, causas, sociogénesis, familia.

OUNSTED, C. y otros. "The psychopathology and psychotherapy of the families: aspects of bonding failure". *Concerning Child Abuse*, Edimburgo, Gran Bretaña, Churchill Livingstone, 1975.

PARKE, R. D. y COLLMER, C. W. "Child abuse: an interdisciplinary analysis". *Review of Child Development Research*, vol. 5, 1 1975.

PARTON, IM. "The Beckford report: a critical appraisal". *British Journal of Social Work*, vol. 16, núm. 5, 1986, págs. 511-530.

Trabajo social, niños maltratados, abusos sexuales.

"Une pathologie aux limites mal définies". *Bulletin AFIREM Information*, núm. 14, 1986, págs. 25-26.

Niños maltratados, diagnóstico, tratamiento, detección, prevención, personal.

PELTON, L. H. "Child abuse and neglect: the myth of classlessness". *The Social Context of Child Abuse and Neglect*. New York (U.S.A.), Human Sciences Press, 1981, págs. 23-38.

PLESS, L. B. "A reappraisal of the frequency of child abuse seen in pediatric emergency rooms". *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, núm. 2, 1987, págs. 193-200.

Niños maltratados, abusos sexuales, pediatría.

POWELL, D. R. "Personal social network as a focus for primary prevention of child mistreatment". *Infant Mental Health Journal*, vol. 1, núm. 4, 1980, págs. 232-239.

REID, J. B. y otros. "A social interactional approach to the treatment of abusive families". *Violent Behavior: Social Learning Approaches to Prediction, Management, and Treatment*. New York (U.S.A.), Brunner and Mazel, 1981.

gement, and Treatment. New York (U.S.A.), Brunner and Mazel, 1981.

RUSCH, R. G. "Abuse-provoking characteristics of institutionalized mentally y retarded individuals". *American Journal of Mental Deficiency*, vol. 90, núm. 6, 1986, págs. 618-624.

Deficiencia mental, institucionalización, C.I., abusos, ética.

SACK, W. H. y otros. "The single-parent family and abusive child punishment". *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 55, núm. 2, 1 1985, págs. 252-259.

SALZINGER, S. "A controlled study of the life events of the mothers of maltreated children in suburban families". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, vol. 25, núm. 3, 1986, págs. 419-426.

Niños maltratados, familia, nivel socioeconómico.

SALZINGER, S. y otros. "Mothers' personal social networks and child maltreatment". *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 92, núm. 1, 1983, págs. 68-76.

SANDFORD, D. A. y TUSTIN, R. D. "Behavioural treatment of parental assault on a child". *New Zealand Journal of Psychology*, núm. 2, 1974, págs. 76-82.

SATRIANI, I. "Maltrattamento e violenza all'infanzia: una ricerca operativa per il servizio sociale ospedaliero". *La Rivista di Servizio Sociale*, vol. 26, núm. 4, 1986, págs. 84-92.

Niños maltratados, trabajo social, hospital.

SCHNEIDER-ROSEN, K. y CICHETTI, D. "The relationship between affect and cognition in maltreated infants: quality of attachment and the development of visual self-recognition". *Child Development*, vol. 55, 1984, págs. 648-658.

SCHNEIDER-ROSEN, K. y otros. "Current perspectives in attachment theory: illustrations from the study of maltreated children". *Monographs of the Society for Research in Child Development*, vol. 50, núms. 1-2, 1985.

SCOTT, J. P. "Attachment and separation in dog and man: theoretical propositions". *The Origins of Human Relations*. New York (U.S.A.), Academic Press, 1971.

SEAGULL, E. A. W. "Social support and child maltreatment: a review of the evidence". *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, núm. 1, 1987, págs. 41-52.

Niños maltratados, abusos sexuales, familia, psicoterapia.

SEAGULL, E. A. y SCHEURER, S. L. "Neglected and abused children of mentally retarded parents". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 4, 1986, págs. 493-500.

Deficiencia mental, procreación, niños maltratados, hogares, familia adoptiva.

SEGHORN, T. K. "Childhood sexual abuse in the lives of sexually aggressive offenders". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 26, núm. 2, 1987, págs. 262-267.

Niños, abusos sexuales, niños maltratados, alcoholismo, familia.

"Sexual abuse of children". *The Lancet*, núm. 8.563, 1987, págs. 831-832.

Niños maltratados, abusos sexuales.

SGARRO, M. "Analisi del matrattamento infantile". *Risposte*, núm. 6, 1986, págs. 39-46.

Niños maltratados, etiología, problemas familiares, psicología.

SCHAMROY, J. A. "Interviewing the sexually abused child with anatomically correct dolls". *Social Work*, vol. 32, núm. 2, 1987, págs. 165-166.

Niños, abusos sexuales, ayudas técnicas.

SHERROD, K. B. y otros. "Child health and maltreatment". *Child Development*, vol. 55, 1984, págs. 1174-1183.

SHOWERS, J. "Scarring for life: abuse with electric cords". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 1, 1986, págs. 25-31.

Niños maltratados, datos estadísticos, estudios, familia.

SILVERMANN, F. N. "Malos tratos a los niños. El conflicto entre su falta de detección y su comunicación excesiva". *Pediatric*, vol. 24, núm. 3, 1987, págs. 139-141.

Niños, malos tratos, detección.

SMITH, J. E. "Non-accidental injury to children-I. A review of behavioural interventions". *Behavior Research and Therapy*, vol. 22, núm. 4, 1984, págs. 331-348.

SMITH, J. E. y RACHMAIM, S. J. "Non-accidental injury to children-II. A controlled evaluation of a behavioural management programme". *Behavior Research and Therapy*, vol. 22, núm. 4, 1984, págs. 349-366.

SOUMENKOFF, G. y MARNEFFE, C. "Evaluation en prévention primaire: une obligation. I. Le point de vue obstétrical". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 1, 1986, págs. 45-52.

Niños maltratados, prevención, detección, perinatología.

SPECKMANN, C. "Early intervention for young children at risk: the therapeutic day care project". *Early Child Development and Care*, vol. 26, núms. 3-4, 1986, págs. 167-189.

Niños maltratados, prevención, servicios, terapia familiar.

SPINETTA, J. J. y RIGLER, D. "The child-abusing parent: a psychological review". *Psychological Bulletin*, vol. 77, núm. 4, 1972, págs. 296-304.

STARBUCK, G. W. y otros. "Child abuse and neglect on Oahu, Hawaii: description and analysis of four purported risk factors". *Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 5, núm. 2, 1984, págs. 55-59.

STEELE, B. F. "Notes of the lasting effects of early child abuse throughout the life cycle". *Child Abuse and Neglect*, vol. 10, núm. 3, 1986, págs. 283-291.

Niños maltratados, abusos sexuales, delincuencia.

STROFF, T. W. y otros. "Maternal psychopathology and perception of child behavior in psychiatrically referred and child maltreatment families". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, vol. 23, núm. 6, 1984, págs. 649-652.

STURKIE, K. y FLANZER, J. P. "Depression and self-esteem in the families of maltreated adolescents". *Social Work*, vol. 32, núm. 6, 1987, págs. 491-496.
Adolescentes, malos tratos, problemas familiares, depresión.

TEDESCO, J. F. y SCHNELL, S. V. "children's reactions to sex abuse investigation and litigation". *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, núm. 2, 1987, págs. 267-272.

Niños, abusos sexuales, actitudes.

TEYCHENNE-GRIFFAULT, S. y HUGONIE, A. M. "Le signalement". *Prevenir et Protéger*, núm. 3, 1987, págs. I-XVIII.

Niños maltratados, detección, servicios, personal, acción social, Francia.

TONG, L. "Personality development following sexual abuse". *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, núm. 3, 1987, págs. 371-383.

Abusos sexuales, personalidad, tests de personalidad.

TUOHY, A. L. "Psychoanalytic perspectives on child abuse". *Child and Adolescent Social Work Journal*, vol. 4, núm. 1, 1987, págs. 25-40.

Niños maltratados, etiología, tratamiento.

VIETZE, P. y otros. "Transactional approach to prediction of child maltreatment". *Infant Mental Health Journal*, vol. 1, núm. 4, 1980, págs. 248-261.

WAHLER, R. G. "The insular mother: her problems in parent-child treatment". *Journal of Applied Behavior Analysis*, vol. 13, 1980, págs. 207-219.

WASSERMAN, G. A. y ALLEN, R. "Maternal withdrawal from handicapped toddlers". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 26, núm. 3, 1985, págs. 381-387.

WEBSTER-STRATTON, C. "Comparison of abusive and nonabusive families with conduct-disordered children". *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 55, núm. 1, 1985, págs. 59-69.

WHITEMAN, M. "Cognitive-behavioral interventions aimed at anger of parents at risk of child abuse". *Social Work*, vol. 32, núm. 6, 1987, págs. 469-474.

Niños maltratados, familia, rehabilitación, programas.

WOLFE, D. A. "Child-abusive parents: an empirical review and analysis". *Psychological Bulletin*, vol. 97, núm. 3, 1985, págs. 462-482.

WOLFE, D. A. y MANION, I. "Impediments to child abuse prevention: issues and directions". *Adv. Behavior Research Therapy*, vol. 6, 1984, págs. 47-62.

WOLFE, D. A. y SANDLER, J. "Training abusive parents in effective child management". *Behavior Modification*, vol. 5, núm. 3, 1981, págs. 320-335.

WOLFE, D. A. y otros. "A competency-based parent training program for child abusers". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 49, núm. 5, 1981, págs. 633-640.

Niños maltratados, abusos sexuales, prevalencia, Estados Unidos.

ZUBILLAGA, P. *Retraso mental y maltrato*. San Sebastián, Fondo de Documentación del S.I.I.S., 1987, 6 págs.
Deficiencia mental, niños maltratados, centros.

ZERBITZUAN

Las colaboraciones publicadas en esta revista con la firma de sus autores expresan la opinión de éstos y no necesariamente la de ZERBITZUAN.

Publicación Trimestral

DIRECTOR: R. Saizarbitoria
S.I.I.S. Reina Regente, 5 - 20003 DONOSTIA-SAN SEBASTIAN

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN: Comisión Permanente del Consejo Vasco de Bienestar Social

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Félix M.a Moratalla
Luis Sanzo
Eduardo Gárate
Patxi López Cabello
Juan Carlos Ansotegí
Manuel Vigo
Rafael Mendiá
Fernando Montes
Joseba Etxabe
José Antonio Agirre Etustondo
Iñaki Bereciartua

MAQUETA: R. Zumalabe

EDITA: Servicio Central de Publicaciones
del Gobierno Vasco
C/ Duque de Wellington, 2 - 01011 Vitoria-Gasteiz

FOTOCOMPOSICION: Rali, S. A. Particular de Costa, 12-14 - BILBAO
IMPRIME: Itxaropena, S. A. Araba Kalea, 45 - Industrialdea - ZARAUTZ
Legezko Gordailua: S.S. 101/86