



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA DE DERECHO**



Acreditada por Res. CEUB N° 1126/02

MONOGRAFIA

“ANÁLISIS DE LOS PROCESOS INICIADOS POR MALTRATO A NIÑOS Y ADOLESCENTES POR PARTE DE SUS PROGENITORES A RAÍZ DE PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL Y LA NECESIDAD DE IMPLEMENTAR UNA MEDIDA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN LA LEY N° 2026 QUE PERMITA QUE PADRES CON DICHOS PROBLEMAS SEAN REMITIDOS Y TRATADOS EN CENTROS ESPECIALIZADOS PARA SU REABILITACIÓN”

INSTITUCION : GOBIERNO AUTONOMOMUNICIPAL DE LA PAZ- DEFENSORIA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA -SAN ANTONIO.

POSTULANTE : UNIV.JORGE ADEMAR ACARAPI RAMOS
LA PAZ – BOLIVIA

2012



Dedicatoria

La presente monografía con una dedicación especial a mis padres quienes inculcaron en mí el empeño, persistencia y su colaboración ya que sin dichos factores el producto de este trabajo no hubiera sido posible asimismo a las personas que en su momento fueron guías importantes en la proyección y culminación de este proyecto a todos ellos esta especial dedicación.



Agradecimientos

Ante todo a Dios por ser mi fuerza y guía espiritual en esta investigación a mis mentores de la Facultad Derecho quienes con sus enseñanzas abrieron la brecha del conocimiento en el autor de la presente investigación a los profesionales que trabajan en instituciones que buscan la protección de los niños y adolescentes quienes fueron el impulso al momento de iniciar este proyecto y que motivo su culminación a todos ellos mis más sinceros agradecimientos.



INDICE GENERAL

PROLOGO	04
INTRODUCCION	06

CAPITULO I

EVOLUCIÓN DE LA LEGISLACIÓN BOLIVIANA EN CUANTO A LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

1.1.- Antecedentes	08
1.1.1.- Nueva Rama del Derecho.....	12
1.2.- Doctrina de la situación irregular	14
1.2.1.-Principales características de la doctrina de la situación Irregular	16
1.2.1.1.-Conducta Antisocial.....	17
1.2.1.2.-Abandono material o moral.....	18
1.2.1.3.-Menores en Situación de Peligro.....	18
1.3.- Doctrina de la Protección Integral	19
1.3.1.-Principales características de la Doctrina de la Protección Integral.....	24
1.3.1.1.-El Principio del Interés Superior del Niño.....	25
1.4.- Primer Periodo en la Evolución de la Legislación Boliviana	27
1.5.- Segundo Periodo en la Evolución de la Legislación Boliviana (Primer Código del Menor de 1966)	34
1.6.- Tercer Periodo en la Evolución de la Legislación Boliviana (Segundo Código del Menor de 1992)	42
1.6.1 Código Niño, Niña Adolescente de 1999 basando sus principios en una protección integral a los niños y adolescentes.....	42



CAPITULO II

CARACTERÍSTICAS DEL DEPENDIENTE DEL ALCOHOL Y LAS HERRAMIENTAS UTILIZADAS PARA DETERMINAR SU GRAVEDAD Y SU REPERCUSIÓN Y EL DAÑO QUE OCASIONA EN LA FAMILIA

2.1.-INTRODUCCION	46
2.1.1.-Trastornos por el consumo de alcohol.....	49
2.1.2.-Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.....	60
2.1.3.-Prevalencia.....	62
2.1.4.-¿El Alcoholismo es una Enfermedad?	67
2.1.5.-¿Qué es un alcohólico?.....	67
2.2.-CLASIFICACION	68
2.2.1.-Características de las personas con problemas de alcoholismo.	71
2.3.-HERRAMIENTAS PARA EL DIAGNOSTICO PSICOLOGICO DE LAS PERSONAS CON EL PROBLEMA DEL ALCOHOLISMO	74
2.3.1. <i>La entrevista clínica</i>	76
2.3.1.1.-En el área individual.	
2.3.1.2.-En el área familiar.	
2.3.1.3.-En el área laboral.	
2.3.1.4.-En el área social.	
2.3.2.- <i>Estudio de la psicomotilidad</i>	78
2.3.2.1.-Personalidad.	
2.3.2.2.-Cuestionarios.	
2.3.3.- <i>Técnicas proyectivas</i>	81
2.3.4.- <i>Inteligencia</i>	82
2.4.-CONSECUENCIAS EN EL ENTORNO FAMILIAR	84



CAPITULO III

MEDIDAS DE PROTECCIÓN VIGENTES EN LA LEY 2026 EN FAVOR DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.

3.1.-MEDIDAS DE PROTECCIÓN INTERPUESTAS POR LA DEFENSORIA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	89
3.1.1.-Art.208 (Aplicación de Medida por defensorías de la niñez y Adolescencia)	89
3.2.-MEDIDAS DE PROTECCIÓN SOCIAL INTERPUESTA POR EL JUEZ DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	91
3.2.1.-Artículo 210 (Aplicación de Medida por el Juez de la Niñez y Adolescencia)	91
3.3.- PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN MEDIDA DE PROTECCIÓN SOCIAL QUE PERMITA QUE PROGENITORES CON PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO SEAN REMITIDOS O TRATADOS A CENTROS ESPECIALIZADOS PARA SU REABILITACION”	93
4.-CONCLUSIONES	95
5.-RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	96
6.-BIBLIOGRAFIA	98
7.-ANEXOS	101



PRÓLOGO

Es grato comenzar en un tema tan importante como lo es la rama de niñez y adolescencia tras considerarse y evidenciar grandes avances en el transcurrir del tiempo y más aun cuando los intereses de niños o adolescentes se ven de alguna forma cada vez más vulnerados por la sociedad por ello la importancia de poder hallar mejores instrumentos jurídicos que coadyuven a colaborar el respeto a derechos de niños y adolescentes ya que su resguardo es en sí un resguardo para futuras generaciones y por tanto mejoras en desarrollo educacional de un país siendo esta el principal impulso al desarrollo y así poder llegar a obtener una mejor calidad de vida y un bienestar en común; el presente busca encontrar mayores instrumentos legales de prevención, el autor a la realización del presente trabajo trata de buscar alternativas mediante las medidas de protección impartidas por el juez que busquen prevenir el daño a niños o adolescentes el tema de maltrato en niños y adolescentes es un tema muy discutido en esta área pero varias las posturas para encontrar soluciones que lleguen al final simplemente a sancionar un hecho y no del todo con total eficacia ya que estos procesos instaurados en su gran mayoría por defensorías de niñez y adolescencia tropiezan con el problema de que las sanciones de alguna manera no son muy reflexivas para los transgresores más aun si el progenitor o progenitores son los agresores por ello se tiene en estas sanciones la percepción de ser muy permisivas todo en nombre de que son los padres pero en varias ocasiones estos padres vuelven a incurrir en dichas agresiones dejando al niño o adolescente en total desprotección e incluso desamparado sin oportunidad de poder surgir en una sociedad tan compleja como lo es la Boliviana por ello esta investigación que busca encontrar medios legales que prevengan futuras acciones de maltrato tengan éxito y sean estudiadas para su mejor implementación ya que son en beneficio de niños, niñas y adolescentes y anteponer intereses de estos sujetos de derecho sobre la misma sociedad creo que sería un gran inicio para la sociedad si vemos en ellos el presente y el futuro de nuestro país y por lo mismo velar por su mejor cuidado educación y salud.

Por un mejor de Derecho en favor de Niños y Adolescentes



*Dra. Julia Verónica Gutiérrez Quiroga
Abogada de Defensorías de la Niñez y Adolescencia*

INTRODUCCIÓN



La presente monografía de Trabajo Dirigido, es el fruto de la labor desempeñada en la Defensoría de la Niñez y Adolescencia, es un trabajo metódico, doctrinal y jurídico ya que su objetivo es buscar mejoras al momento de realizar y promover el cumplimiento de normas que vayan en beneficio de niños, niñas y adolescentes.

El presente tema busca realizar un análisis en los casos de maltrato ya sean de orden psicológico, físico o por omisión los cuales atentan contra la integridad de niños y adolescentes y encontrar las causas que en su mayoría conllevan a este tipo de hechos siendo así que en un gran porcentaje muchos de ellos son a causa de sus progenitores que buscan en la bebida un cierto escape a la realidad por la cual están pasando y que van sumergiéndose en esa enfermedad cambiando su personalidad y volviéndolos dependientes del alcohol y llegando a ocasionar un daño psicológico, emocional y en situaciones más extremas hasta físico como los niños y adolescentes son parte de esta familia son los propensos a sufrir estos agravios atentando su integridad físico, psicológico y emocional vulnerando así sus derechos constitucionales los cuales son protegidos por el estado a raíz de ello se busca implementar normas jurídicas que mejoren y aseguren pero más allá de sancionar a los infractores prevengan estos hechos que van en desmedro de niños y adolescentes; en la primera parte se dará a conocer como los niños y adolescentes eran tratados de manera legal en la sociedad, y como los precursores de los derechos de la niñez y adolescencia fueron desarrollando mejores normas y cambiando el punto de vista de que el niño era objeto de derecho y pasar a ser sujeto de Derecho y dejando de lado la doctrina de la Situación Irregular que estuvo vigente aproximadamente por un siglo e ingresando a un gran avance en materia de niñez y adolescencia cuya bandera es el interés superior de niños y adolescentes que conlleva la doctrina de la Protección Integral y sus repercusiones en nuestra legislación, ya los dos primeros cuerpos legales tomaron como base a la primera doctrina citada



con anterioridad y muy reciente mente en 1999 nuestra legislación toma las bases de la doctrina de la protección integral.

Estos hechos de maltrato en desmedro de niños y adolescentes suelen conllevar factores determinantes en el rumbo de las nuevas generaciones y de por sí la conformación de futuras sociedades en nuestro país por ello el estudio en una segunda parte de la investigación sobre las características de una persona alcohólica su influencia en su entorno los daños que causan a raíz de este mal y sus consecuencias en el entorno familiar haciendo énfasis en los actores principales del presente trabajo que son niños, niñas y adolescentes.

A raíz de estos hechos los legisladores han dado mecanismos legales que conciernen la protección de la integridad de los niños en esta tercera parte se darán a conocer las diferentes medidas de protección que pueden ser conferidas dentro del marco de la ley 2026 tanto por la autoridad competente que es el juez de Partido de Niñez y Adolescencia como también algunas medidas que pueden implementar las defensorías de la niñez y adolescencia denotando así la necesidad de implementar mayores mecanismos que luchen contra el alcoholismo de progenitores que por diferentes razones ingresan a este vicio y con el fin de precautelar un desarrollo óptimo en nuestra niñez y adolescencia la sugerencia de promover una medida impuesta por el juez con prontitud y eficacia pueda prevenir futuros maltratos en niños y adolescentes.

CAPÍTULO I



EVOLUCIÓN DE LA LEGISLACIÓN BOLIVIANA EN CUANTO A LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

1.1.-ANTECEDENTES

Al momento de analizar la historia de la infancia y el reconocimiento del niño como sujeto de derecho descubrimos que este es un acontecimiento reciente en la historia de la humanidad.

Comprender, y sobre todo, aceptar que los niños y niñas poseen una realidad y necesidades, así como, derechos propios que trascienden el marco familiar no ha sido un asunto sencillo. Históricamente y como lo sostiene Philippe Aries; hasta bien entrado el siglo XVI, la niñez, tal y como la hemos empezado a entender hoy, no existía. Esta "categoría humana" se nos presenta como resultado de una compleja construcción social que responde, tanto a condicionantes de carácter estructural, como a formas particulares de relaciones paterno-filiales. Un ejemplo, lo podemos encontrar en el proceso de tratamiento del infanticidio practicado normalmente en la antigüedad.¹

El Derecho de Menores se circunscribe más o menos a 100 años de existencia; y para tener el panorama más claro acerca del estado actual de esta nueva rama del Derecho, es importante analizar su evolución.

Se hace necesario distinguir dos fases dentro de su desarrollo: ANTES y DESPUÉS de la Convención sobre los Derechos del Niño. La primera abarca desde el inicio de esta disciplina jurídica hasta la promulgación de la Convención de los Derechos del Niño en el año 1989, manteniendo su influencia, incluso hasta la presente década. La segunda, se inicia, con la promulgación de la Convención, y poco a poco ha ido influenciando a la gran

¹ VARGAS Mario A, Los derechos de los Niños y Niñas Revista Nullum Crimen Pág. 2



mayoría de las legislaciones internas en las que se ha generado procesos de cambio.²

En ese contexto se tiene que en el año 1899 se sanciona en el Estado de Illinois una ley a la que hoy se denomina Carta Magna de la Minoridad, en mérito a la cual se organizó, en Chicago, la judicatura especializada para menores; y así la idea generalizada de sustraer de la justicia penal al menor de edad. De este modo, el Derecho de Menores tuvo su primera manifestación en la esfera de las relaciones jurídicas ante los Tribunal adelantando dicha realidad a su consolidación como rama autónoma y contribuyendo decididamente al reconocimiento de la misma³ como tal.

Al respecto señala Rafael Sajón: "en un principio no se habló de Derecho de Menores sino de Justicia de Menores, como una formulación jurídica en un tiempo histórico para responder en forma sencilla y simple a realidades sociales concretas, a la aplicación de medidas y procedimientos con relación a todas las formas de conducta que se consideraban desviadas y calificadas como delictivas.⁴ Lo que primero fue un movimiento procesalista para dotar al menor de jueces y procedimiento especializado, con el correr de loa años se transforma en la concreción legislativa de un verdadero derecho de la minoridad, con una jurisdicción especializada de una marcada tendencia tutelar y proteccionista que abarca la totalidad de los aspectos de la vida del menor y su relación con la sociedad.

Respecto al menor infractor o con una gran conflictiva social se consideró conveniente el prototipo de juez que actuase como un buen padre de familia y la eliminación del abogado defensor y del fiscal,

² CARLOS TIFFER SOTOMAYOR (1996) Ley de Justicia Penal Juvenil, Editorial San José Costa Rica p. 141

³ DANIEL HUGO D ANTONIO (1994) Derecho de Menores, editorial Astrea, Buenos Aires p.1

⁴ SAJON RAFAEL (1995) Derecho de Menores, Abeledo Perrot, Buenos Aires , p. 51



Ello porque se entendía que el juez estaba atendiendo sus necesidades y no existía conflicto, sino coincidencia del interés social y del privado en la busca de encontrar soluciones positivas. El menor era considerado apenas un objeto de decisión y no un sujeto de derecho. Se mantenía vigente una concepción de impunidad de los jóvenes quienes, siendo objeto de decisión judicial no podían ser responsabilizados por sus actos.

El Derecho del Menor surgió inicialmente, como un derecho tutelar que procuraba abandonar toda rigidez y dar al Tribunal facultades ilimitadas a efecto de que sus decisiones respondan esencialmente a un propósito protector y reeducativo.

Desaparecieron de este modo los conceptos de responsabilidad y sanción y las respuestas a la transgresión a la ley por parte de menores carecen de contenido retributivo, pues al ser éstos inimputables se los excluyen del derecho penal confundiéndose la noción de impunidad con la noción de inimputabilidad, lo que dio lugar a que los jóvenes menores a los 16 dieciséis años, cuando cometan un delito, no se los juzgue con las reglas del debido proceso.

En ese marco, el Derecho de Menores tenía la característica de ser "tutelar", pero en su aplicación práctica, este derecho nada tenía de tuitivo de protector de las garantías del niño, pues las leyes aparentemente protectoras, eran generalmente mucho más represivas que la de los adultos, por ser opresivas y desconocedoras de las prerrogativas constitucionales.

Con el fundamento de que las medidas eran tutelares y protectoras, se llegaba al absurdo de que un Tribunal sometiese a mayor rigor a un joven, que a un adulto sometido a el derecho represivo. El caso del niño Gault en EEUU llamó la atención al mundo y particularmente a los congresistas que modificaron la ley, cuando el citado menor fue ubicado en una institución de



protección, bajo una medida de privación de libertad de varios años, por una simple infracción. Si se le hubiese aplicado la legislación de adultos jamás hubiera recibido una pena de reclusión y el máximo castigo habría sido una simple multa.

La crisis que se planteó en la justicia de menores radicó en que los jueces decidían sin ningún fundamento legal y generalmente de manera autoritaria, sin regirse por los elementales principios de un debido proceso, sino bajo la sola consigna de que se hacía justicia "tutelar".

En el plano jurídico formal, podemos decir que recién a comienzos de siglo se inició un movimiento en pro del reconocimiento de la protección de los derechos del niño. El año 1924 con carácter de alcance universal, la Sociedad de Naciones redactó la "Declaración de Ginebra" donde se reconoce cinco puntos que se refieren a la protección integral del menor. El VIII Congreso Panamericano del Niño, celebrado en 1942 en la ciudad de Washington, aprobó la "Declaración de las Oportunidades del Niño" . Trece años más tarde, la Asamblea General de las Naciones Unidas, dictó la "Declaración de los Derechos del Niño".

La comunidad internacional siguió avanzando en su regulación jurídica, al elaborar 30 años después un instrumento con carácter vinculante para los Estados; es decir, se pasa de las declaraciones y de una etapa de enunciación de derechos, a la etapa de su concreción. La Convención Internacional de los Derechos del niño, instrumento que representa el consenso de las diferentes culturas y sistemas jurídicos del mundo en todos aquellos aspectos de su incumbencia, irrumpe con la doctrina de la situación irregular imperante hasta entonces, para dar lugar a una nueva concepción de los niños como sujetos de derecho.



1.1.1.-NUEVA RAMA DEL DERECHO

A lo largo del pasado siglo, y particularmente a partir de la década del 80, el modelo de niño adoptado por la ley, ha experimentado profundas transformaciones. En nuestras sociedades de crecimiento y grandes transformaciones, el derecho es un instrumento para el cambio. La norma jurídica siempre constituye una respuesta a ciertos fenómenos sociales, económicos, culturales e incluso políticos, existiendo cierta correspondencia entre la evolución de las instituciones y el desarrollo de dichos acontecimientos.

En ese contexto tenemos que en la historia del Derecho está relacionada con el surgimiento de las diferentes ramas que corresponden a diversas temáticas; así tenemos el Derecho Civil, Procesal, Comercial y otros. Todas estas materias forman un marco jurídico que regula las relaciones entre las personas; sin embargo, cada una de ellas, siendo parte de la globalidad jurídica, tiene su propia, especificidad y tiene principios propios por los cuales se regula.⁵

La autonomía de una rama del Derecho requiere la concurrencia de distintos elementos e instituciones que, reflejando su especificidad de objeto y método, aparecen en el espectro jurídico con particularidades distintivas. En ese marco, tenemos dentro de la pirámide jurídica el Derecho de la niñez y Adolescencia es una disciplina autónoma con características propias que la diferencian de las demás ciencias pues las normas que lo conforman vinculan y regulan las relaciones referentes a las personas e intereses de los menores de edad. Dicha autonomía desde el punto de vista legislativo, permite verificar un conjunto de disposiciones que son susceptibles de integrar un cuerpo orgánico con independencia formal. Desde el punto de vista jurídico, debido al

⁵ MARTIN GARATE (1994) Convención Internacional y Legislación de Menores, en segundo Foro Latinoamericano Permanente por la infancia UNICEF-Cochabamba, Bolivia P. 70



conjunto de normas que lo constituyen y que se encuentran regidas por principios generales que le son propios.

El Derecho siempre ha de apoyarse en la realidad y quizás como muy pocas de sus ramas, el Derecho de la Niñez y Adolescencia acusa en forma intensa la proyección de esa realidad, por lo que no puede estar subsumida en otras partes del Derecho.

Al reconocerse un nuevo sujeto de derecho y consiguientemente un nuevo bien jurídico a tutelar: el niño, niña y adolescente, que toma forma legislativa en los códigos de la materia, comprendiendo todos los deberes y obligaciones de la comunidad hacia este segmento de la población como responsabilidad de la familia y el Estado. El nuevo Derecho surge como respuesta a la toma de conciencia respecto a la protección especial que requiere la niñez y la adolescencia.

Son varios los factores que gravitan en el desarrollo del mismo, podemos mencionar la corriente de los Derechos Fundamentales, la Declaración de los Derechos Humanos, el Pacto de San José de Costa Rica, el derecho constitucional en la materia, la corriente de los Derechos del Niño, promulgados en la Convención Internacional; y la presencia del Estado en los asuntos de la infancia y adolescencia, como la codificación de Derecho Internacional de la Niñez traducido en las declaraciones y tratados existentes al momento.

Según Chunga, el aspecto sustantivo del Derecho de Menores⁶ 6 lo constituyen los principios de las declaraciones y garantías que aseguran los derechos que tienen los menores a los derechos fundamentales 7 El aspecto

⁶ CHUNGA LA MONJA , Fermín (2003) Derecho de Menores, 5ta Edición Ed. Grijley, Lima Perú P.84



Adjetivo, o Derecho Procesal de Menores que tiene como objetivo señalar el procedimiento ordinario, tanto en la vía civil, social como penal.

En ese marco, tenemos que el ámbito jurídico de la protección a la niñez y adolescencia abarca la tutela integral desde la concepción hasta la edad de 18 años. Y consecuentemente, todas las cuestiones civiles, trabajo de menores, políticas de prevención, atención y protección, instrucción primaria y profesional, trabajo infantil, patria potestad, tutela, adopción guarda, justicia especializada y justicia penal juvenil. En ese marco, las nuevas tendencias no solo se limitan a promover la legislación referente a infancia en normas sustantivas; sino también en normas adjetivas con participación de Tribunales y Órganos especializados con competencia específica para atender asuntos de esta categoría social.

El especialista Dr. Rafael Sajón establece que "el Derecho de Menores se afirma en la democracia, en el Estado de Derecho, procurando la libertad, la justicia y la realización de la vida plena del menor, como sujeto prevalente".⁷

1.2.-DOCTRINA DE LA SITUACIÓN IRREGULAR.

Durante muchos siglos, los niños fueron sometidos al mismo tratamiento legal que los adultos, no importaba pues sí el delito era cometido por un adulto, por un adolescente o por un niño, todas las violaciones a la ley penal eran sancionadas de la misma forma. El límite de la inimputabilidad se fijó a la corta edad de 9 años, los infractores de la ley que superaban dicha edad, eran privados de su libertad.

Es así que hacia fines del Siglo XIX surgen movimientos reformistas dirigidos a separar a los menores del derecho penal dirigido hacia los adultos; en palabras de Alex Plácido, surge una novedosa orientación que se opuso a la historia y que consideraba que el derecho penal debía reservarse para los

⁷ SAJON RAFAEL (1995) Derecho de Menores, Abeledo Perrot, Buenos Aires P. 31

Por un mejor de Derecho en favor de Niños y Adolescentes



adultos, mientras que los menores que incurrieran en delitos debían recibir una consideración jurídica distinta.

Frente a la dramática y nefasta reclusión que sufrían niños mayores de 09 años y menores de 18, estos movimientos reformistas propugnan ideas protectoras, que planteaban incluir legislaciones especiales que asegurarán un tratamiento particular y exclusivo para los menores de edad.

Analizando las bondades que estas ideas proteccionistas proporcionaban a los menores infractores de la ley penal, es que se decide ampliar este mismo ámbito protector hacia los menores en estado de abandono, a los menores en situación de riesgo y a aquellos menores cuyos derechos se habían visto vulnerados, es así que surge la doctrina de la situación irregular. En realidad la ampliación, se dio en la idea que dichos factores (Abandono, riesgo), podrían desencadenar futuras desviaciones o ser posibles orígenes o causas de comportamientos delictuosos.

Una definición clara que nos ayuda a entender perfectamente esta doctrina, es la brindada por el instituto interamericano del niño, quien la definía como: “aquella en que se encuentra un menor tanto cuando ha incurrido en hecho antisocial, como cuando se encuentra en estado de peligro, abandono material o moralmente o padece un déficit físico o mental. Dícese también de los menores que no reciben el tratamiento, la educación y los cuidados que corresponden a sus individualidades”.

Una vez surgida, la doctrina de la situación irregular provocó una masiva reforma en casi todas las legislaciones del mundo, los países de habla hispana en los que se incluye al Perú, adoptaron normas que recogían los principios de dicha doctrina.



La doctrina de la situación irregular exigía la protección del niño y su reeducación, basado en la naturaleza misma de los menores que infringían las leyes penales y aquellos que se encontraban en situación de abandono, niños que representaba un peligro social, por lo que el Estado en pleno uso de sus facultades debía controlarlos a través de políticas y normas de control.

La niñez y la adolescencia fueron entendidas como etapas de la vida del ser humano previas a su madurez adulta, a las que la ley debía asignarles una condición jurídica especial denominada minoridad.

Y respecto del ámbito jurisdiccional, a esta doctrina se le llamó 'paternalista'; el Estado otorgó a los llamados jueces de 'menores' absoluto poder discrecional, con objetivos proteccionistas; en los procesos judiciales entablados no existía el contradictorio, únicamente importaba la tutela que el estado a través del juez debía otorgar a los menores en situación irregular. La razón de esto es simple, si el ámbito proteccionista de la doctrina eliminó cualquier sanción penal tratándose de menores infractores de la ley, bajo el manto de la inimputabilidad, tanto el acusatorio, como la defensa, ya no tenían razón de ser, después de todo y en todos los casos, el juez siempre iba a adoptar un carácter tuitivo y proteccionista.

1.2.1.-Principales características de la doctrina de la situación irregular.-

a.- Únicamente contemplaba a los niños catalogados como vulnerables: Niños infractores de las leyes penales o partícipes de conductas antisociales, niños en estado de abandono material y moral, niños en situación de riesgo, niños cuyos derechos se habían visto magullados y niños con discapacidad física y/o mental.

b.- Consideraba que dicho niños constituían un riesgo social, por lo tanto eran objeto de tutela, se les catalogó como 'menores'.

c.- En el ámbito jurisdiccional el Juez actúa con absoluta discrecionalidad, no



existe contradictorio, no existen garantías procesales, podía disponer del menor adoptando la medida que estime conveniente, interviene siempre y cuando haya peligro moral o material. Puede privar al menor de su libertad por tiempo indeterminado, las medidas reeducativas podían ser indeterminadas. El Juez era competente para conocer no sólo problemas de orden jurídico, sino también problemas de orden social. La discrecionalidad del Juez, le permite adoptar la decisión que más crea conveniente, sin escuchar la opinión del menor.

d.- El Estado ejerce un rol 'paternalista', directamente asumió el compromiso de proteger al infante; estableciendo para ello, políticas proteccionistas de control, por las cuales de alguna forma dispuso de la vida de los menores.

e.- En el ámbito tutelar, un menor pobre podía considerarse en situación irregular de abandono, por lo que el Estado tenía potestad para separarlo de sus padres

Los autores Rafael Sajón, José Pedro Achard y Ubaldino Calvento en su trabajo presentado al XIV Congreso Panamericano del Niño en 1973 desarrollan los siguientes conceptos:

1.2.1.1.-Conducta Antisocial.-

Considerando como tal las conductas contrarias a la ley penal, a los estilos de vida y a la escala de valores de la comunidad, que no consideraba al menor un delincuente por las especiales características del sujeto activo del acto antisocial, pues los actos cometidos por los menores no implicaban la violación de una ley penal pues no eran imputables ni culpables penalmente ya que no tenían plena conciencia de las consecuencias de su obrar y no poseían capacidad de derecho. En este caso el acto antisocial solo constituye un síntoma de que el niño se encuentra en situación de peligro siendo por tanto necesario una medida de protección, asistencia, educación o reeducación.



1.2.1.2.-Abandono material o moral.-

El medio ambiente idóneo para que el niño pueda desarrollarse lo constituye la familia, compuesta por el padre, la madre y los hijos, ya que en ella aprende a respetar los derechos y propiedades de los otros y se forma el sentimiento de cooperación y mutua ayuda. Entonces el abandono material es entendido como el descuido del menor en la alimentación, higiene vestuario y medicamentación por incumplimiento de los deberes asistenciales correspondientes a los padres, tutores o guardadores; y el abandono moral como las “las carencias en la educación, vigilancia o corrección del menor suficientes para convertirlo en un ser inadaptado para la convivencia social por incumplimiento de los deberes correspondientes a los padres o a quien este confiada su guarda”

1.2.1.3.-Menores en Situación de Peligro.-

Son aquellos menores dedicados a la prostitución, la vagancia, la mendicidad, es decir los que se hallan en una posición marginal respecto de la sociedad y la cultura imperante, que en las legislaciones latinoamericanas, ha sido regulada como una categoría de menores en situación irregular

El estudio presentaba mucho interés en el marco de una política de protección a la infancia y la adolescencia, y particularmente en el campo de la prevención, mediante el pronto descubrimiento y tratamiento de los menores que potencialmente infringían la ley penal, antes de que se convierta en un problema más grave.

La Doctrina de la situación irregular protege fundamentalmente al niño, según las legislaciones desde el mismo momento de la concepción, para otros desde el nacimiento y en otros cuanto tiene figura humana. Pero como el niño no es ser totalmente independiente desde el momento en que es concebido, también se dispensa protección a la madre en la etapa del embarazo, del parto



y del post parto, protegiéndose además el derecho del niño a ser amamantado por su progenitora.

La protección y asistencia comprende a la familia nuclear formada por el padre, la madre los hijos. Protege al niño en edad pre-escolar, en el trabajo. Creando una jurisdicción especial de menores a través del juez de menores, establece un fuero especial cuyo objetivo fundamental es el emitir las resoluciones, teniendo en consideración el interés superior del niño.

Considera al menor de edad inimputable, es decir sin responsabilidad penal, en consecuencia el juez tiene la obligación de imponer medidas que traten de rehabilitar, o readaptar o proteger al menor de edad que puede estar en situaciones tales como el abandono moral y/o material, en estado peligroso (Antisociales), menores deficientes sensoriales y mentales, menores impedidos físicos, menores en crisis familiar.⁸

1.3.-Doctrina de la Protección Integral.-

Surge a partir de 1979 reconociendo que los niños y niñas son sujetos plenos de derecho, que con la aprobación diez años mas tarde de la Convención Internacional de los Derechos del Niño permite acceder a una nueva concepción jurídica filosófica y social respecto a la niñez, pues transforma la percepción que hasta entonces existía de la infancia.

Se entiende por protección integral al conjunto de medidas encaminadas a proteger a los niños individualmente considerados y los derechos resultantes de las relaciones que mantengan entre si y con los adultos.

Es aquella que considera al niño como sujeto de derechos y consecuentemente ha de respetarse los diferentes derechos humanos que tiene toda persona, los derechos específicos que corresponden a esa persona en desarrollo, le reconocen también las libertades.

⁸ JIMENEZ Sanjinés Raúl Lecciones del Derecho de Familia y Derecho del Menor, Ed. Turpo Segunda Edición 2006 P.512,513.



En materia penal se considera al infractor penal al adolescente y transgresor penal al niño, para el primero habrán medidas socio-educativas, para el segundo medidas de protección, debiendo ser juzgado con las garantías que la ley señala, tomando en cuenta el principio “no hay pena sin delito”.

La nueva doctrina puede definirse como el conjunto de principios, directrices y derechos que nacen como salvaguarda de las prerrogativas de la persona menor de edad frente a la concepción tutelar y que se encuentran en contenidos en los instrumentos internacionales de las Naciones Unidas para la protección de los derechos de la infancia reglas mínimas de las Naciones Unidas para los menores privados de Libertad y las directrices de las Naciones Unidas para los menores privados de Libertad y las directrices de la Naciones Unidas para la prevención de delincuencia.⁹

La doctrina de la protección integral significó un nuevo paradigma en el tratamiento de los derechos humanos del niño, entendiéndose por niño a toda persona menor de 18 años, tal y como propugna la Convención sobre los Derechos del Niño, esta doctrina surgió para superar a su antecesora, la doctrina de la situación irregular, que había influido en todos los códigos de menores durante casi todo el siglo XX.

A nivel internacional, la doctrina de la protección integral es uno de los más grandes aportes que brindó a la humanidad la Convención sobre los Derechos del Niño, celebrada por el Asamblea de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. En palabras de Daniel O’ Donnell, la Convención atribuye una gran importancia al principio de la unidad familiar y a la responsabilidad conjunta de la familia y el Estado en la protección de los derechos del niño, al tiempo que realiza un significativo aporte a la legislación sobre derechos humanos al definir el contenido de los derechos de la familia,

⁹JIMENEZ Sanjinés Raúl Lecciones del Derecho de Familia y Derecho del Menor, Ed. Turpo Segunda Edición 2006 P.51516,517, 518.



describiendo con gran detalle la red de derechos y deberes que interrelacionan al niño, la familia y el Estado.

En materia de los derechos del niño, la Convención Internacional resulta convirtiéndose en el convenio internacional más trascendental.

En principio, está significó una reafirmación, una consagración y porque no decirlo, una vigorización de los derechos humanos del niño, en efecto, se reconoce a los infantes todos los derechos humanos reconocidos para las personas adultas, con un añadido especial importante y que atiende a la naturaleza misma de la niñez, el reconocimiento de derechos propios que responden a la especial condición de la persona que no ha alcanzado la plenitud de su desarrollo físico y mental.

La doctrina de la protección integral se centra por tanto en dos claras posiciones, por un lado reconoce que el niño por su condición de ser humano en desarrollo requiere que se le reconozca una protección especial atendible a su intrínseca naturaleza de debilidad, de vulnerabilidad; y por otro lado, se le brinda la calidad de sujeto de derechos y deberes.

Para Daniel O' Donnell, la doctrina de la protección integral se construye sobre tres bases fundamentales: "el niño como sujeto de derechos, el derecho a la protección especial, y el derecho a condiciones de vida que permitan su desarrollo integral".

Queda claro entonces que la Convención plasma la doctrina de la protección integral como el nuevo arquetipo, que debe ser recogido, respetado y regulado por las legislaciones internas de los Estados firmantes; la doctrina de la protección integral reseña como su intrínseca esencia el hecho que el niño, sin importar su edad, su sexo, su condición social, etc.; es decir toda aquella persona que tenga menos de 18 años de edad, debe ser considerado como sujeto de derechos; el niño a partir de ese momento es capaz de ejercer



por sí mismo derechos fundamentales y al mismo tiempo, asume también deberes. Otro de los cambios propugnados, fue la eliminación del término 'menor' al que hacía referencia la doctrina de la situación irregular, por el término 'niño'.

Concluyendo esta parte, el niño dejó de ser objeto del binomio compasión-represión y objeto de tutela por parte del estado propugnado por la doctrina de la situación irregular, para convertirse en sujeto pleno de derechos.

Se estableció con acierto un tratamiento jurídico disímil entre las categorías de niño infractor de la ley penal y niños en estado de abandono y en situación de riesgo, a los cuales la doctrina de la situación irregular les brindó exactamente el mismo tratamiento. Asimismo y en forma claramente evolutiva, se estableció un grado de responsabilidad para el niño que infrinja la ley penal atendiendo al grupo etareo al que pertenezca, es decir atendiendo su especial naturaleza en base a su edad, a su comprensión del hecho delictuoso, a su grado de madurez, etc.

Igualmente se estableció que la privación de la libertad ambulatoria ante una infracción de la ley penal, debía ser en realidad la medida de última ratio, la excepción, nunca la regla, procurando que en caso de que no quede más alternativa que la privación de la libertad, el plazo de la condena sea el más exiguo posible.

Asimismo, la Convención fortaleció y consagró al 'Interés Superior del Niño', como principio rector que sirve como garantía de aseguramiento respecto de los derechos sustantivos del niño, así ante el conflicto, ante la interpretación y ante cualquier decisión donde estén involucrados derechos de niños, sea ante una entidad pública, privada, administrativa o judicial, debe primar y guardarse preferencia por el interés del menor.



En Latinoamérica la doctrina de la protección integral se diseminó durante la década de los noventa, uno de los primeros cuerpos legislativos que la adoptó fue El Estatuto da Crianca y do Adolescente, de Brasil en 1990, que dispone en su artículo 3: “El niño y el adolescente gozan de todos los derechos fundamentales inherentes a la persona humana, sin perjuicio de la protección integral de que trata esta Ley, asegurándoles, por ley o por otros medios, todas las oportunidades y facilidades, con el fin de facultarles el desarrollo físico, mental, moral, espiritual y social, en condiciones de libertad y dignidad”.

Al Estatuto brasileño le siguieron los códigos sobre la niñez de Bolivia y Ecuador de 1992 y el Código del Niño y del Adolescente de Perú de 1993, el código de República Dominicana y Del Salvador de 1994, el de Venezuela de 1998, el de Paraguay del año 2003, etc. Todas estas legislaciones se sustentaron en la doctrina de la protección integral.

Art. 346, Código de Familia Del Salvador, Protección Integral: “La protección del menor deberá ser integral en todos los períodos evolutivos de su vida, inclusive el prenatal y en los aspectos físico, biológico, psicológico, moral, social y jurídico.

El afecto, la seguridad emocional, la formación moral y espiritual, los cuidados que el desarrollo evolutivo del menor demanden, el ambiente adecuado y la recreación, son aspectos esenciales de la protección integral”.

Art. II del Título Preliminar del Código de los niños y adolescentes peruano: “El niño y el adolescente son sujetos de derechos, libertades y de protección específica. Deben cumplir las obligaciones consagradas en esta norma”.

Terminando esta parte, era importante hacer un repaso de las bondades brindadas por la doctrina de la protección integral, para lo cual nos hemos permitido nuevamente citar a Daniel O’ Donnell, este jurista decía con claridad



que el concepto de protección integral implica un rechazo del concepto tutelar de protección, en el cual la principal medida de protección era la separación del niño de su entorno familiar, por considerar a los padres como amenaza para el bienestar del niño. Es el rechazo de un sistema de protección desprovisto de garantías, porque éstas se consideraban innecesarias y hasta inconvenientes, puesto que se entendía todo lo que se hacía, era para el bien del niño. Un sistema que, en vez de ayudar al niño a recuperar su autoestima y desarrollar un proyecto de vida, les privaba de libertad y vulneraba su dignidad, preparándoles para una vida de marginalización y violencia. El concepto de corresponsabilidad, en vez de culpar a las familias que no podían ofrecerles a sus hijos condiciones dignas de vida, reconoce su derecho a programas y políticas sociales que les permita cumplir con sus deberes hacia sus hijos.¹⁰

1.3.1.-Principales características de la Doctrina de la Protección Integral.-

a.- Contempla y reconoce a todos los niños como sujetos de derechos, sin hacer distinción alguna. Se les reconoce los derechos humanos de todo ciudadano, en la idea de que son atributos propios de su intrínseca condición humana. Además de reconocérseles todos los derechos de los adultos, se les reconoce derechos especiales, por su condición de vulnerabilidad al ser sujetos en desarrollo.

b.- Se cambia la acepción menores, por el término 'niño', Alex Plácido decía que esto no simplemente responde a una opción terminológica, sino a una concepción distinta, el cambio de un ser desprovisto de derechos y facultades de decisión, por un ser humano, sujeto de derechos.

c.- Aquí el Juez únicamente interviene cuando existan conflictos jurídicos o vulneración de la ley penal, existe acusación, derecho a la defensa y derecho

¹⁰PACHECO DE KOLLE Sandra, Derecho de la Niñez y Adolescencia, Editorial Alexander, Cochabamba-Bolivia, 2004. Pág. 22-25



a un debido proceso con todas las garantías legales, su actuación está limitada al interés superior del niño, únicamente puede privar al niño de su libertad ambulatoria como última ratio, como excepción, cuando se haya infringido en forma reiterada y grave la ley penal y por el término más breve posible. El Juez sólo se avoca a conocer problemas de orden jurídico. El Juez está obligado a escuchar al niño y tener en cuenta su opinión, atendiendo su particular condición etarea.

d.- Mediante políticas públicas y de protección especial, el Estado se convierte en promotor del bienestar del niño.

e.- Por motivos de pobreza, jamás se podrá separar al niño de sus padres, por lo mismo el Estado asume un deber solidario, fomentando programas de salud, vivienda y educación para la gente de escasos recursos económicos.

1.3.1.1.-El Principio del Interés Superior del Niño.-

Artículo 3 inciso 1 de la Convención internacional sobre los derechos del niño: “En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se entenderá será el interés superior del niño”.

Art. IX del Título Preliminar del Código de los Niños y Adolescentes peruano: “En toda medida concerniente al niño y al adolescente que adopte el Estado a través de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, del Ministerio Público, los Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales y sus demás instituciones, así como en la acción de la sociedad, se considerará el Principio del Interés Superior del Niño y del Adolescente y el respeto a sus derechos”.

Son múltiples las interpretaciones que se ha brindado a este principio, algunos autores piensan que la Convención no debió recoger este principio,



porque al ser un principio directriz, abriría las puertas para una desmesurada discrecionalidad de la autoridad obligada a aplicarlo, lo cual podría traer consigo arbitrariedades.

Consideramos dicho razonamiento incorrecto. Hagamos algo de historia, en un principio hablar de derechos del niño era una paradoja, únicamente se reconocían los derechos del pater familia, de los padres; los niños no tenían protección social, ni jurídica, tan cierto es esto, que la pequeña Mary Ellen, tuvo que ser protegida de los abusos de sus progenitores por la sociedad protectora de animales. La preocupación por los menores, dio paso a la segunda etapa, donde ubicamos a doctrinas como la situación irregular, sin que la misma significará una afirmación de los derechos del niño, sino más bien una exclusiva potestad tutelar del estado, donde tal cual padre, podía ejercer directamente la tutela del niño e impartirle reglas de reeducación cuando la situación lo ameritaba, sin embargo, debemos reconocer que en esta segunda etapa el interés por los derechos del niño dejó el ámbito privado, convirtiéndose en público. La tercera y más importante etapa se da mediante la evolución de los instrumentos internacionales que trataron los derechos del niño, siendo el pico más alto de la misma, la Convención internacional de 1989, pues los intereses de los niños se transforman en auténticos derechos, el Interés Superior del Niño surge en toda su dimensión como un principio rector y de observancia obligatoria que garantice el cumplimiento y la realización de dichos derechos, protegiendo al menor de la actuación de sus padres y de la sociedad misma; este principio se convierte en una auténtica garantía que ha ido de la mano conjuntamente con la evolución de los derechos del niño, he allí que radica su primordial y esencial importancia.

Miguel Cillero Bruñol decía refiriéndose a los principios, que la teoría supone que ellos se imponen a las autoridades, esto significa que son obligatorios especialmente para las autoridades públicas. En consecuencia nada más lejano de lo que aquí llamamos principio del interés superior del



niño, para inspirar las decisiones de las autoridades. En concordancia con las ideas de este jurista, entendemos que la Convención recogió este principio no para abrir las puertas a una desmesurada discrecionalidad por parte de la autoridad, sino todo lo contrario, el fin de este principio, es justamente limitar la discrecionalidad de la autoridad, en consecuencia, el interés superior del niño constituye un principio que obliga a las autoridades públicas y privadas y a los particulares a estimarlo como una consideración especial para el ejercicio de sus atribuciones.

Concluyendo esta parte, debemos recalcar que el interés superior del niño descansa sobre dos bases sólidas, por un lado es una garantía del cumplimiento y consecución de los derechos del niño y por otro lado, es un principio y como tal, es obligatorio para toda clase de autoridad, constituyéndose en una auténtica limitación al poder de discrecionalidad de la misma.¹¹

1.4.- Primer Periodo en la Evolución de la Legislación Boliviana

En este primer periodo se pretende realizar una revisión del desarrollo legislativo del "Derecho del Menor" en nuestro país, haciendo un análisis del avance de las normas jurídicas de la legislación nacional, referente a las personas menores de edad.

En ese marco vemos que inicialmente se dictan una serie de decretos y resoluciones dirigidas a la infancia; sin embargo, las leyes referidas a este sector de la población, en un primer momento, se van produciendo como hechos aislados e identificados con procesos sociales, económicos, y culturales determinados, motivadas por la evidente influencia de Congresos e Instrumentos de orden Internacional, que han incidido en nuestra normativa

¹¹PACHECO DE KOLLE Sandra, Derecho de la Niñez y Adolescencia, Editorial Alexander, Cochabamba-Bolivia, 2004. Pág. 38-41



interna, pero no de una manera sistemática y coherente respecto a una real atención y protección de la niñez y adolescencia .

Antes de que se promulgue el primer Código del Menor, eran los Códigos de Materia Penal y Civil los que regulaban algunos aspectos dirigidos a los menores. En ningún momento la figura central o bien jurídico a tutelar era el niño. Recién a partir de 1966 empieza a configurarse un sistema denominado Derecho de Menores, cuando se promulga por primera vez un cuerpo legal específico que establece un nuevo rol protector del Estado y una tendencia jurídica "tutelar" en atención a que el menor es visto como objeto necesitado de medidas de asistencia y protección.

El denominado Derecho de Menores sustrae a los niños y jóvenes del Derecho Penal; y la protección referida a los que se encuentran en conflicto con la ley, va unida a una dimensión correccional, represiva y de control social.

Es así que esta primera ley establece un sistema de protección para los denominados "menores en situación irregular", aspecto que se mantiene con mayor rigidez en este primer cuerpo legal.

Este primer periodo se destacó por la inexistencia de legislación especial, y por la ejecución de directrices muy vagas y transitorias respecto a los niños y adolescentes. Las normas específicas que tratan sobre la situación legal de los menores constituyen una excepción dentro del sistema de adultos.

En materia criminal, el Código Penal Boliviano promulgado en 1834¹², legisla con relación a este segmento de la población, en su capítulo referido a las circunstancias que destruyen el delito o culpa, exime a sus autores, cómplices, auxiliares o encubridores de toda responsabilidad penal o satisfactoria si se cometió el delito o culpa dentro de los 10 primeros años de

¹² SILES Hernán, en imprenta Litografía y encuadernaciones Barcelona, en el año de 1910 En Santiago Chile pp. 91 y 120.



edad. En el acápite que prevé las circunstancias que agravan o disminuyen las culpas o delitos, establece que constituyen circunstancias atenuantes, que el delincuente sea menor de 18 años.

El art. 42 del citado cuerpo legal establece: "Si se declarare que el mayor de 16 años y menor de 17 obro sin discernimiento y malicia, no se le impondrá pena alguna y se le entregara a sus padres, tutores o curadores para que le corrijan y cuiden de él; pero si estos no pudieran hacerlo, o no merecieran confianza, y la edad adulta del menor y la gravedad del caso requiera otra medida al juicio prudente del juez, podrá este, ponerlo en una casa de corrección por el tiempo que crea conveniente, con tal que nunca pase de la fecha en que cumpla los 20 años de edad. Si se declarare que ha obrado con discernimiento y malicia, se lo castigara con la cuarta parte a la mitad de la pena señalada al delito, según lo que se prescribe en el art. 64.

El citado artículo estipula que los menores de veintiún años, en ningún caso serán condenados a presidio ni a obras públicas. El tiempo respectivo para estas penas se sufrirá en reclusión. Asimismo, prevé que el menor de 21 años jamás será condenado a infamia.

El Código de Procedimiento Penal que entro en vigencia recién el año 1973¹³, deja sin efecto el concepto del "discernimiento" y considera "imputado" a efectos de la acción penal, a toda persona física, mayor de dieciséis años, a la que racional o presuntivamente y hasta que recaiga resolución final en el proceso iniciado en su contra, se le atribuya la comisión de un delito.

Las disposiciones legales orientadas de manera más específica al mundo de la infancia y que abarcan aspectos sociales, laborales y familiares, surgen recién a partir de 1930. En realidad, nacen a la vida jurídica como consecuencia de la depresión que se presenta en el país, particularmente

¹³ Decreto Ley N°10426, art. 60



durante la Guerra del Chaco, y tenían como objeto el control de este segmento de la población que ha devenido por las circunstancias indicadas, en huérfano, abandonado o trabajador. Las medidas que se dictaron proporcionaban albergue y alimentación a los niños desamparados, supliéndose de esta manera, las políticas sociales inexistentes en el país, debido a la crisis económica y social por la que atravesaba.

"La política social tenía carácter compensatorio y asistencialista y consistía en la entrega de servicios en situación de emergencia. A este objeto se emitían disposiciones coyunturales y el gasto de este servicio era cubierto con donaciones y desembolsos eventuales. La naturaleza conceptual de la protección estatal se caracterizaba por un marcado sentido discriminatorio en lo referente a la clase social, situación económica y origen racial.¹⁴

A continuación se cita algunas de las disposiciones de este periodo, que han tenido mayor relevancia:

- Mediante D.S. pronunciado el 2 de febrero de 1929¹⁵, se declara como "Día del Niño" el 6 de enero y con carácter de feriado oficial.

Se establece que en esa fecha se darán a conocer los resultados de concursos de robustez y belleza infantil, convocados con anterioridad a la misma en toda la República y que será el Supremo gobierno quien otorgue los premios a los ganadores.

- El D.S. del 21 de septiembre de 1929¹⁶ reglamenta el trabajo de las mujeres y niños en las fábricas y empresas industriales en merito a que la Dirección General de Sanidad Pública, solicita se dicten medidas destinadas

¹⁴ PEÑALOZA María Isabel (1996), Políticas de la Infancia y Adolescencia, respeta Nuestros Derechos en subsecretaría de asuntos Generacionales La Paz P. 107

¹⁵ MALDONADO Abrahán (1957), Legislación Social Boliviana, Imprenta Nacional P. 106.

¹⁶ Anuario Administrativo de 1929 compilado por Leonardo Montero, litografía e Imprenta Unidas, La Paz Bolivia P. 993



a precautelar la salud de las mujeres y niñez contratados, debido a que frecuentemente son motivo de abusos.

Entre sus artículos estipula que el trabajo de menores de diez años no puede ser admitido, igualmente el de los mayores de diez años que estén comprendidos en la Ley de Instrucción Primaria obligatoria y no la hayan completado, a no ser que las labores que realicen estos, sean indispensables para la subsistencia de ellos, de sus padres o de sus hermanos. Prohíbe expresamente la contratación de menores de dieciséis años en trabajos nocturnos, como su desempeño de mozos o muchachos en las cantinas despachando bebidas.

La Dirección General de Sanidad es la institución facultada para ordenar en cualquier momento el examen médico de los menores ocupados en industrias o el comercio y el retiro de aquellos cuya salud y desarrollo normal resulten perjudicados por la clase de trabajos que hagan. En los establecimientos donde trabajen mujeres se permitirá que las madres puedan amamantar a sus hijos durante 15 minutos cada dos horas, sin que este tiempo sea computado en las horas destinadas al descanso.

La Dirección de referencia era la entidad competente para supervigilar el cumplimiento del decreto e imponer las penalidades en las infracciones incurridas.

- El D.S. de 6 de marzo de 1937¹⁷ dispone que el Patronato Nacional de Huérfanos de guerra, dependa directamente del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, quedando a cargo la súper vigilancia sanitaria al Departamento Nacional de Higiene y Salubridad. Un nuevo Decreto Ley del 14 de octubre de 1938 dicta disposiciones que modifican aspectos de orden

¹⁷Anuario Administrativo de 1940 Edición Oficial, Tomo I. La Paz Bolivia P. 252.



administrativo de dicha entidad de atención a menores abandonados o en situación de desamparo.

- Mediante D.S. de 4 de agosto de 1940¹⁸ queda prohibido a los empresarios de minas emplear a mujeres y menores de 18 años en trabajos que deban cumplirse en galerías subterráneas, molino de minerales, hornos de calcinación y labores de sacadura yensacadora de barrilla. Dicho Decreto es dictado en atención a la ausencia de un Reglamento que señale las labores que deban reputarse insalubre y peligrosas en la industria minera para el trabajo de mujeres y menores.
- Se dicta un nuevo Reglamento General del Patronato Nacional de Menores y Huérfanos de Guerra mediante el D.S. de 30 de enero de 1940.
- La R.S. del 31 de marzo de 1944¹⁹ establece la Jornada de trabajo para menores y mujeres:

"Todos los empleadores que ocupen mujeres y menores en sus establecimientos comerciales, se hallan obligados a cumplir con la Jornada de 40 horas semanales diurnas"y las horas excedentes a este límite deberán ser remuneradas conel recargo de cien por ciento, por tratarse de trabajo extraordinario.

- Empieza a tener vigencia la idea de un Estado Benefactor preocupado por las condiciones de vida de los más vulnerables, entre ellos los niños y surge así el auge de la nueva corriente de las políticas distribucionistas y estado asistencial que se caracteriza, por su preocupación por los más desvalidos y abandonados. Aquí, vemos el resultado de las manifestaciones operadas a nivel mundial que inciden en la mejora de condiciones de la infancia en Bolivia, especialmente con la Revolución Nacional de 1952, pues

¹⁸Anuario Administrativo de 1940 Edición Oficial, Tomo III. La Paz Bolivia P. 202.

¹⁹Anuario Administrativo de 1940 Edición Oficial, Tomo I. La Paz Bolivia P. 403.



con ella nacen a la vida jurídica una serie de disposiciones legales referidas a la nacionalización de las minas, a la Reforma Educativa y Seguridad Social, que establecen servicios de salud y educación para los niños con residencia en los Centros Mineros, la expansión del sistema educativo al área rural y la inclusión en los beneficios de seguridad social de los hijos de los trabajadores.

- Mediante la R.M. de 19 de mayo de 1954²⁰, se normaliza el servicio doméstico de menores debido a la gran cantidad de niños y adolescentes que prestaban este servicio en condiciones de pongueaje y sin salario alguno.
- Se promulgan los Derechos del Niño en el Gobierno de Víctor Paz Estensoro mediante D.S. No. 04017 del 12 de abril de 1955, instituyéndose dicha fecha como nuevo Día del Niño Boliviano.

Mediante esta disposición, Bolivia aborda el tema de la infancia de manera progresista, y se adelanta al decálogo de los Derechos del Niño que fuera promulgada por las Naciones Unidas en 1959. Sin embargo respondiendo a la doctrina imperante de la Situación Irregular crea la Sección Tutelar y Policial de Menores para que ejecute los actos que sean necesarios para la asistencia de los niños y la supe vigilancia de los derechos que se le reconocen y solucione los casos de abandono material y peligro moral²¹.

- El D.S. de 21 de marzo de 1960²² crea el Consejo Boliviano del Menor.
- La Ley del 15 de enero de 1962, en base a la reforma constitucional de 1945 introduce como nueva figura del ordenamiento jurídico nacional la Investigación de la Paternidad, constituyendo el precedente para su posterior regulación en el Código de Familia de 1972.

²⁰Anuario Administrativo de 1940 P. 522.

²¹ MALDONADO Abraham P. 144.

²² BLUSKE de Ayala Gloria (1975) Derecho de menores, Doctrina y legislación Boliviana, Junta Nacional de Desarrollo La Paz Bolivia P. 25.



1.5.-Segundo Periodo en la Evolución de la Legislación Boliviana (Primer Código del Menor de 1966)

La Declaración de los Derechos del Niño de 1959 y las recomendaciones de los Congresos Panamericanos del Niño, dan lugar a que Bolivia, por la vía de codificación en forma metódica y sistemática promulgue el primer Código Boliviano.

En los antecedentes del citado compilado legal tenemos que el 12 de abril de 1966 se crea una comisión presidida por la Sra. Elsa Omiste de Ovando para revisar las disposiciones legales vigentes en materia de menores y para el estudio y elaboración del Primer Código del Menor y su Procedimiento Especial.

Dicho cuerpo de leyes fue promulgado por el Poder Ejecutivo mediante D.S. No.07760 de 1ro de agosto de 1966 indicándose que en cumplimiento del art. 136 de la Constitución Política del Estado, a partir de la fecha se pone en ejecución el Código del Menor, en sus II Libros, XXVI Capítulos y 229 arts., y el Procedimiento Especial de Tribunales Tutelares de Menores y sus Servicios Técnicos con el Libro III, en sus VII Capítulos y 110 Artículos del que consta , para que se tenga como Ley de la Republica.

La Dra. Gloria Blusque de Ayala, indica que el citado cuerpo legal introduce los principios que trae consigo el nuevo Derecho de Menores de la época:

a) Justicia parcial y tutelar: Se trata de un derecho que protege y no sanciona, pues no concibe a un juez que dirima un litigio, sino a una Justicia que se pone al lado del menor en estado de abandono moral o material. Se trata de un fuero jurídico privativo y como dice Castillo Ríos no ha sido creado "para disculpar o condenar la conducta de los niños o jóvenes. Este cometido le es ajeno. Nace más bien como una nueva actitud basada en la inmadurez



física, mental y emocional de los menores, y destinado a protegerlos jurídicamente. Se trata, en el fondo, de cautelar un bien cuyo valor se estima en término de futuro²³.

b) Justicia especializada: El derecho tutelar, aspira a una Justicia individualizada, propiciando primero el estudio integral del menor, y después su correspondiente tratamiento. En el intervendrán diversos especialistas como ser el pedagogo, el psicólogo, el médico, el trabajador social, etc., que de hecho, se convierten en auxiliares indispensables de los organismos jurisdiccionales de la minoridad.

c) Inimputabilidad e irresponsabilidad penal del menor los menores salen de las ciencias criminales, pues no puede estar sometido a las leyes que regulan las relaciones de los adultos en merito a que las desconoce y no las comprende. La ley moral y la sociedad no tiene para él, significado alguno, por lo tanto no es posible hablar de delincuencia infantil o juvenil desde el punto de vista de la infracción de la ley y la violación de la moral. Los menores son sujetos de tutela, puede que desarrollen conductas peligrosas, pero por encima de cualquier otra consideración, ellos son los que se hallan en peligro y deben ser protegidos²⁴.

Siguiendo los postulados de la Doctrina de la situación irregular, el proceso de menores utiliza las nuevas expresiones jurídicas referentes a "**MEDIDA DE PROTECCIÓN**", "clínica de conducta", "reformatorio", "menores en estado de abandono", "menores en peligro moral", "menores con trastorno de conducta". El nuevo sistema pretendía asumir la protección de todos los menores que se encontraran en alguna situación de riesgo. Es así que no se divide su tratamiento ni el procedimiento para ambos, creando una confusión

²³ CASTILLO Ríos Carlos (1968) Derecho de Menores, Lima Perú P. 42.

²⁴ BLUSKE de Ayala Gloria (1975) Derecho de menores, Doctrina y legislación Boliviana, Junta Nacional de Desarrollo La Paz Bolivia P. 39.



entre aquellos que contravenían la ley, y los que se encontraban en circunstancias especialmente difíciles.

Al respecto, en otra parte de su obra, la Dra. Gloria Blusque de Ayala sostiene que el proceso de menores surge como un instrumento adjetivo y operativo destinado a realizar en concreto la voluntad del Estado, encaminada a proteger a la minoridad en situación de riesgo. Los Tribunales son organismos administrativos, declarativos de derecho que no admiten litigios entre el menor y la sociedad, por lo que no resuelven controversias, sino, enuncian y aplican un derecho esencialmente proteccional, de ahí que señala entre sus características que: 1) En el proceso especial de menores no están en juego la libertad de los menores ni el derecho de sus padres, **sino el interés superior de la colectividad**. 2) El proceso de menores no requiere la presencia del Ministerio Público, ni de las partes interesadas, ni de los abogados, "salvo que se obtenga licencia expresa y previa del Tribunal Tutelar como lo expresara el Código de referencia. 3) El proceso de menores tampoco requiere la presencia de testigos y es ajeno a las solemnidades de los procesos ordinarios. 4) Rechaza el habeas corpus porque la permanencia de un menor en un centro de observación, por el tiempo que se estime conveniente, no significa privación de libertad ni detención indebida, significa por el contrario, protección, apoyo o estudio.

Con estas características nacen los Tribunales Tutelares del Menor en el primer Código Boliviano con un sentido eminentemente tutelar, educativo y resocializador, dotados de jurisdicción y competencia para resolver los problemas civiles (acciones sobre patria potestad, tutela, guarda), penales (con medidas de protecciones enmendativas y no sancionadoras ni represivas) y sociales, vinculados con el menor trabajador.

El D.S. de 22 de septiembre de 1971 No. 09922 crea la Junta Nacional de Desarrollo Social y a través del Decreto Reglamentario No. 10642 del 15



de diciembre de 1972 y la Resolución Administrativa de 10 de abril de 1974, se modifica la estructura y las atribuciones de los organismos técnico administrativos encargados de la problemática infantil establecidos en el primer Código, asignándose la responsabilidad ejecutiva a la Primera Dama de la Nación. La institución competente creada para ejecutar las políticas de protección dirigidas a la niñez, recibe el nombre de Consejo Nacional del Menor, CONAME. Al igual que los otros organismos públicos destinados a la infancia, adoleció de una serie de dificultades, especialmente presupuestarias y de vinculación con las instituciones privadas.

Bolivia promulga nuevos Códigos en materia Penal y de Familia, por lo que el Gobierno considera que debe dictarse en el plazo más breve un nuevo Código del Menor y encomienda la redacción de otro texto legal sobre la minoridad. Es así que **el 30 de mayo de 1975 se dicta el Segundo Código del Menor mediante Decreto Ley No. 12538**, abrogándose el Código antes indicado. Esta nueva normativa, no hace otra cosa que judicializar con mayor rigidez los problemas sociales de la niñez boliviana, pues sus disposiciones represivas y discriminatorias delinear una política nacional caracterizada por la protección y amparo paternalista. Los niños abandonados, marginados, los que no asistían a escuela o para sobrevivir debían mendigar, como los, trabajadores que sufrían los efectos de la crisis, continúan siendo llamados "menores de conducta irregular".

Se aprecia que esta ley es heredera de la tradición legislativa que se venía aplicando y las normas que establece estaban destinadas a resolver situaciones sociales conflictivas, pues no hace otra cosa que intentar suplir las políticas sociales inexistentes. Aquí vemos como se repite el esfuerzo clásico de judicialización de los problemas sociales.



Con esta legislación, se continúa utilizando la figura del "menor en situación irregular", perfilándose las características propias de la Doctrina del mismo nombre.

Entre sus características tenemos que se trata de una legislación también especial referida a todos los problemas de la infancia. Regula la administración judicial y administrativa del Estado en los aspectos sustantivos, y procesales.

Sus normas no estaban orientadas al universo de la infancia, sino a la niñez carenciada y sujeta a control social, pues la población, objetivo de esta ley, estaba constituida por los menores de conducta irregular, (niños abandonados, marginados escolares, niñez de la calle, mendigos, trabajadores prematuros, es decir al "mundo de los menores"

La Junta Nacional de Acción Social -JUNAS- constituyo el soporte institucional encargado de aplicar la nueva normativa, implementando políticas de atención y protección al Menor, a través de la Dirección Nacional del Menor, Órgano técnico operativo y jurisdiccional.

La competencia de los Tribunales Tutelares de Menores, se encuentra determinada por el art. 143, y faculta a sus miembros, conocer de toda violación o infracción de los derechos y deberes fundamentales de los menores, cometidas por estos o por los mayores, a conocer las faltas y contravenciones cometidas por menores o por mayores en perjuicio de menores, a acordar las medidas de terapia, enmienda, protección integral a menores de dieciséis años de edad, a disponer la internación de un menor de edad en establecimientos de asistencia y protección de menores, y a otorgar la tenencia y guarda de menores a personas que no ejercen la autoridad paterna Como vemos, sus atribuciones eran amplísimas y abarcaban desde materias relativas a Derecho de Familia, hasta las vinculadas a infracciones y medidas de tipo penal .



Los arts. 113 a 118, permiten a los Tribunales a intervenir en los casos de menores inimputables o de conducta irregular. Así, se establece que "todo menor que incurra en infracciones, contravenciones o faltas, será considerado en "situación irregular", y se hará pasible a un "tratamiento" previo examen bio-psico-pedagogico".

Se determina que incurren en faltas y contravenciones, los menores de dieciséis años que no asistan a establecimientos educativos, los que concurren a salas de juego, a locales de expendio de bebidas alcohólicas, los que se dediquen a la mendicidad, desobediencia, irrespetuosidad o faltamiento a los padres, maestros, tutores, guardadores, autoridades o personas mayores, los que integran o promueven agrupaciones políticas partidarias, forman parte de manifestaciones o asambleas callejeras y los que alteren la paz y el orden público.

Asimismo, se considera "vagabundo" al menor que en más de tres oportunidades comprobadas se encuentra fuera de su domicilio sin causa justificada, pasadas las veinticuatro horas. Es "mal entretenido" el menor que a cualquier hora del día o de la noche se encuentra en salas de billar, casas de juego, azar o invite y, más aun, se establece que el menor que sea encontrado practicando la mendicidad ostensible o velada, solo o con mayores, será considerado "vago" y "mal entretenido", debiendo sometérselo a "tratamiento" por el Tribunal Tutelar.

El Código de referencia contemplaba una serie de normas procesales, entre ellas que el Tribunal iniciara el "estudio de un caso", de oficio, ha pedido de la Dirección Regional del Menor, o por aviso e informe de cualquier particular. Cuando se trate de un menor de conducta irregular aguda, el Tribunal procederá a ordenar su internación inmediata en un Centro de Observación y Diagnostico para que se efectúen los estudios bio-sico-pedagogicos del menor otorgándose un plaza hasta de treinta días.



Elevados los informes de referencia, el Presidente, señalaba día y hora para audiencia, haciendo citar al contraventor de las normas del Código y la misma se llevaba a cabo en forma reservada, sin asistencia de abogado o defensor y sin ninguna formalidad de proceso.

En caso de que el Tribunal consideraba necesario, expedía citaciones para la comparecencia de los padres, maestros, autoridades o personas cuyos informes considere necesarios.

Una vez recibidos los informes técnicos, el Tribunal debía acordar las medidas necesarias y en el término de 15 días se dictaba la resolución que ameritaba la situación.

Imperativamente se prohíbe a todos los funcionarios del Tribunal Tutelar, comunicar las fuentes de información, el análisis crítico que se hubiese efectuado, así como los motivos de la investigación, debiendo una vez concluido el proceso, archivarse obrados.

No se estableció un régimen de recursos, sin embargo se dispuso en el art. 157 que " El carácter tutelar del Tribunal, lo faculta para obrar con absoluta libertad de criterio, apreciando racionalmente los elementos informativos acumulados en el expediente, ya sean estos provenientes de los organismos técnicos o de investigaciones efectuadas por el propio Tribunal Tutelar de Menores. Por lo tanto, las medidas que se adopten, serán susceptibles de revisión por el propio Tribunal, ya sea de oficio, o a pedido del Director del Hogar, Director Regional y del padre o guardador, pero únicamente cuando hayan transcurrido treinta días desde que se pronunció el acuerdo por el Tribunal".

De una descripción de esta normativa, a grandes rasgos, está claro que el entorno político social en el que se implementa el segundo Código, responde a las particularidades de la década del 70, época que esta marcada por el



autoritarismo y la reducción del gasto público en el área social, y el discurso político de la Doctrina de la Seguridad del gobierno de facto, la ausencia de democracia, la violencia política y escasa o ninguna conciencia por la vigencia y respeto de los derechos humanos, es un aspecto que se hace extensivo a los niños que se encontraban particularmente en circunstancias especialmente difíciles, operándose de este modo un trato discriminatorio a los desposeídos, a quienes en su concepción se debía brindar "protección y asistencia" para "combatir" el atraso y la desintegración.

Tenemos así, que esta legislación lo único que ha hecho, es distinguir el mundo de la infancia en niños y menores, discriminando a los denominados irregulares, bajo el concepto de antisociales o disociales. Asimismo, ha establecido mecanismos de control absolutos y, discrecionales por parte del Estado, tanto desde el punto de vista de la aplicación de políticas sociales y la organización del soporte institucional orientado a la infancia, que adolecía de ciertas carencias, como desde el punto de vista de la institucionalización operada por los órganos de impartir justicia, los denominados "Tribunales Tutelares"²⁵.

1.6.- Tercer Periodo en la Evolución de la Legislación Boliviana

(Segundo Código del Menor de 1992)

El desarrollo del Derecho del Menor en nuestro país, se da en forma paralela a la lucha de recuperación de la forma democrática de convivencia social, coincidiendo con el nuevo cambio de paradigma de tipo jurídico cultural, fundado en la concepción del niño como ciudadano pasible de protección integral, y la creación de la nueva Doctrina jurídica, destinada a reconocer el derecho de los niños a su desarrollo integral y a la especial protección del

²⁵ DAVALOS Guillermo (1996), Análisis y Socialización del Código del Menor, DNI La Paz – Bolivia, Coordinadora de Organismos Pro Niño La Paz P. 14.



Estado que nace de la incorporación de la Convención Intencional de los Derechos del Niño.

Su ratificación origina el deber y la necesidad de concordar su contenido con los textos legales referentes a la materia, debido a que entraba en franca contradicción con lo preceptuado en los mismos. De manera sucinta, se hace un resumen del último y actual periodo:

1.6.1.- Código Niño, Niña Adolescente de 1999 basando sus principios en una protección integral a los niños y adolescentes

Bolivia, firma el 8 de marzo de 1989 la Convención Internacional de los Derechos del Niño y el Congreso Nacional, la ratifica el 14 de mayo del mismo año, mediante la Ley No. 1152. Entra en vigencia el 2 de septiembre de 1990, constituyendo a partir de ese día Ley de la República y fuente para el ordenamiento jurídico actual.

Es así, que la necesidad de una modificación sustancial a la legislación de menores toma cuerpo en el país y en forma congruente con la política de modernidad iniciada en todos los ámbitos del Estado, en diciembre de 1992 se promulga el tercer Código del Menor, normativa inspirada en la Convención Internacional de los Derechos del Niño, que recoge en buena parte los principales expresados en esta convención.

Sin embargo, en este Código perduran algunos resabios de la legislación anterior como ser, la utilización del término "menor", no se consideran las etapas evolutivas de la persona en el proceso de desarrollo al no hacerse ninguna diferenciación entre niños y adolescentes, y si bien se crean los juzgados especializados, se mantienen paralelamente los Tribunales Tutelares, con competencia respecto a los menores infractores, es decir, una instancia administrativa y no jurisdiccional continuaba siendo la institución que



llevaba adelante el proceso infraccional en el marco de los principios de la situación irregular.

Finalmente, como resultado de toda la evolución de los derechos del niño en nuestro país, en octubre de mil novecientos noventa y nueve años se sanciona el actual Código del Niño, Niña y Adolescente introduciéndose importantes novedades y mejoras en materia de prevención, atención, y protección como, un nuevo tratamiento a las infracciones juveniles a la ley penal. Sin perder su carácter sancionador, fortalece el rol del Juez de la Niñez y Adolescencia y los elementos educativos, la prevención primaria de la delincuencia y marginación, estableciendo políticas públicas en las que el protagonismo del Estado y la sociedad civil en la asignación de recursos necesarios y en el cumplimiento de las metas propuestas tienen especial preponderancia.

La nueva Ley, le concede al niño el status de ciudadano en desarrollo, al profundizar sus derechos fundamentales y proponer mecanismos de control y exigibilidad de los mismos. El Código del Niño, Niña y Adolescente que entra en vigencia en Bolivia en junio del 2000, consta de 319 artículos que se encuentran divididos en tres Libros, que a su vez se subdividen en Títulos, estos en Capítulos y en Secciones. Los tres grandes temas que abarca son:

- Libro Primero: Esta referido a los Derechos y Deberes Fundamentales, en el, se consagran los derechos y libertades fundamentales de los niños, niñas y adolescentes y establecen mecanismos que aseguran su aplicación y cumplimiento.
- Libro Segundo: Legisla la Prevención, Atención y Protección, estableciendo el régimen de prevención, protección y atención que el Estado garantiza a la infancia para asegurar su desarrollo integral, orientando las políticas nacionales relacionadas con los mismos.



- Libro Tercero: Norma la Protección Jurídica, La Responsabilidad, la Jurisdicción y los Procedimientos.

Se trata de un cuerpo legal que se acoge a la Doctrina de la Protección Integral y reconoce los derechos de los niños, niñas y adolescentes comprendidos entre 0 y 18 años, regulando normas para todo el universo de la infancia y adolescencia.

Es una ley destinada a la no discriminación y a la reafirmación del reconocimiento de los niños como personas humanas, por ello podemos decir que es un Código de garantías, pues establece los derechos mínimos aceptables de una gran mayoría de la población: los niños, las niñas y los adolescentes, situándolos en la categoría de sujetos de derecho. Al respecto, en su artículo 5, establece que este segmento de la población "...como

sujetos de derecho, gozan de todos los derechos fundamentales y garantías constitucionales inherentes a toda persona, sin perjuicio de la protección integral que instituye este Código. Además, determina que, es obligación del Estado asegurarles por ley o por otros medios todas las oportunidades y facilidades tanto a mujeres como a varones, con el fin de garantizarles su desarrollo integral en condiciones de igualdad y equidad", a tal efecto, exige que las normas del mismo deben interpretarse velando por el **interés superior del niño, niña y adolescente** de acuerdo a la Constitución Política del Estado, las Convenciones, Tratados Internacionales vigentes y las leyes de la Republica".

Conforme sostiene la Dra. Sonia Soto, especialista en la materia, "la nueva normatividad desecha las medidas de corte asistencial - represivo e instituye políticas globales y generales de atención, mediante las cuales el Estado y la sociedad deben garantizar un desarrollo integral a toda la población objetivo, desde su concepción hasta los dieciocho años de edad y



en los casos expresamente señalados por ley a personas entre los dieciocho y veintiún años".

Es una legislación progresista y programática, pues fija los mínimos legales de tratamiento a la niñez y adolescencia. Es progresista, porque a partir de los mínimos contenidos se debe seguir avanzando y es programática, porque establece para las autoridades con competencia en la materia, las acciones a seguir para garantizar que los derechos previstos se efectivicen.

CAPÍTULO II

CARACTERÍSTICAS DEL DEPENDIENTE DEL ALCOHOL Y LAS HERRAMIENTAS UTILIZADAS PARA DETERMINAR SU GRAVEDAD Y SU REPERCUSIÓN Y EL DAÑO QUE OCASIONA EN LA FAMILIA

2.1.-INTRODUCCIÓN.

El consumo de alcohol está profundamente arraigado en muchas sociedades, por lo tanto la consecuencia primaria de este hecho, es decir el alcoholismo, viene a ser un problema fundamental a nivel mundial y nacional.

En los últimos años se han debilitado una serie de limitaciones impuestas a la producción, el comercio y el consumo de alcohol, debido al aumento de la oferta de bebidas alcohólicas y al mayor acceso a ellas, lo que ha inducido cambios en los hábitos de consumo en todo el planeta.

Al respecto, según el informe sobre la salud en el mundo propiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2002, menciona que el



alcohol es el principal factor de riesgo en los países en desarrollo con baja mortalidad. Este hecho permite afirmar que el alcohol es un problema que ha cobrado proporciones alarmantes, hasta hacer de su consumo uno de los más importantes riesgos sanitarios en todo el mundo.²⁶

Frente a esta problemática la Organización Mundial de la Salud OMS está empezando a trabajar en varios frentes con el objetivo de abordar todos los aspectos del consumo de alcohol y los problemas sanitarios que de él se derivan.

Según el estudio del Epidemiologic Catchment Área (E.C.A.) es el trastorno mental que tiene una mayor prevalencia de vida (13,5%), en la población de los Estados Unidos de América.

El alcoholismo, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico, o un comportamiento aprendido e inadaptado. El alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente, y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja en sí. Los primeros síntomas incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye poderosamente en la elección por parte del enfermo de sus amistades o actividades.

El alcohol se está considerando cada vez más como una droga que modifica el estado de ánimo, y menos como una parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

²⁶ Ghodse H, Khan I. Psychoactive drugs: improving prescribing practices. Organización Mundial de la Salud 1988.



A pesar de que el alcoholismo afecta mayormente a los adultos, su consumo en los adolescentes es cada vez más preocupante.

Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) catalogó la enfermedad alcohólica, dentro del epígrafe 303 del glosario de enfermedades, entre las no transmisibles, sustituyendo el término alcoholismo por el de síndrome de dependencia del alcohol, en la novena revisión de la clasificación internacional de enfermedades, definiéndolo como:

Un estado de cambio en el comportamiento de un individuo, que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente socio-cultural, a pesar de las dolorosas consecuencias directas que puede sufrir como enfermedades físicas, rechazo por parte de la familia, perjuicios económicos, y sanciones penales. Un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente, sobre su forma de beber, existe la urgencia de ingerir alcohol y se pone de manifiesto una importancia fundamental del alcohol, en que el planteamiento de las ocasiones de beber, puede tener preferencia sobre el resto de sus actividades además de estos cambios, se observa un estado de alteración psicobiológica, con signos y síntomas a la privación del alcohol. Ingestión de bebidas alcohólicas para lograr su alivio y aumento de la tolerancia.

En la mayoría de las culturas el alcohol es el depresor del sistema nervioso central utilizado con más frecuencia y el responsable de una morbilidad y una mortalidad considerables.

En algún momento de la vida cerca del 90 % de los adultos en Estados Unidos han tenido alguna experiencia con el alcohol, y un número importante (60 % de varones y 30 % de mujeres) han tenido uno o más acontecimientos adversos relacionados con él (p. ej., conducir después de haber bebido en exceso, bajas laborales o escolares debidas a resacas). Por fortuna, a partir de estas



experiencias la mayoría de los sujetos aprenden a moderar la bebida y a no desarrollar dependencia o abuso por alcohol.

Esta sección contiene descripciones específicas de los trastornos relacionados con el alcohol. En el texto que se refiere de un modo genérico al consumo de sustancias ya se han descrito y especificado los criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias y el abuso de sustancias y aquí se hará referencia a la dependencia y el abuso de alcohol, para los que no hay criterios diagnósticos adicionales. La descripción y los criterios diagnósticos específicos para la intoxicación alcohólica y la abstinencia alcohólica se expondrán después. Los trastornos inducidos por el alcohol (además de la intoxicación y abstinencia alcohólicas) se describen en las secciones del manual del DSM-IV que trata sobre los trastornos con los que comparten fenomenología (p. ej., el trastorno del estado de ánimo inducido por el alcohol está incluido en la sección «Trastornos del estado de ánimo»). Se enumeran en la continuación los trastornos por consumo de alcohol y los trastornos inducidos por el alcohol.

2.1.1.-Trastornos por el consumo de alcohol.

- F10.2x Dependencia del alcohol [303.90]
- F10.1 Abuso de alcohol [305.00]
- Trastornos inducidos por el alcohol
- F10.00 Intoxicación por alcohol [303.00]
- F10.3 Abstinencia de alcohol [291.8]

Especificar si: Con alteraciones perceptivas

- F10.03 Delirium por intoxicación por alcohol [291.0]
- F10.4 Delirium por abstinencia de alcohol [291.0]
- F10.73 Demencia persistente inducida por el alcohol [291.2]
- F10.6 Trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol [291.1]



- F10.51 Trastorno psicótico inducido por el alcohol, con ideas delirantes [291.5]

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia

- F10.52 Trastorno psicótico inducido por el alcohol, con alucinaciones [291.3]
- F10.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por el alcohol [291.8]

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia

- F10.8 Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol [291.8]

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia

- F10.8 Trastorno sexual inducido por el alcohol [291.8]

Especificar si: De inicio durante la intoxicación

- F10.8 Trastorno del sueño inducido por el alcohol [291.8]

Especificar si: De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia

- F10.9 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado [291.9]
- F10.2x Dependencia del alcohol [303.90]²⁷

La descripción y los criterios para la dependencia de sustancias dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. La abstinencia de alcohol (v. pág. 203) se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas

²⁷MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV MASSON S.A. 1995 P. 32-35



después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumoprolongado. Debido a que la abstinencia de alcohol puede ser desagradable e intensa, los sujetoscon dependencia del alcohol pueden continuar consumiendo alcohol, a pesar de las consecuenciasadversas, para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Una relativa minoría de sujetos con dependenciadel alcohol nunca experimentan síntomas relevantes de abstinencia y sólo cerca del 5 %de los sujetos con dependencia los experimentan siempre (p. ej., delirium, crisis comiciales de granmal). Una vez presente el patrón de uso compulsivo, los sujetos con dependencia pueden dedicarmucho tiempo al consumo de bebidas alcohólicas. Estos sujetos continúan con frecuencia el consumo de alcohol a pesar de la demostración de las consecuencias adversas físicas o psicológicas(p. ej., depresión, pérdidas de memoria, enfermedades hepáticas u otras secuelas).

Pueden aplicarse las siguientes especificaciones al diagnóstico de dependencia del alcohol o Remisión total temprana/remisión parcial temprana0 Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida

La actividad escolar y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos dela bebida o de la intoxicación. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas (conduciendo, manejan domáquinas en estado de embriaguez). Beber alcohol puede causar problemas legales (p. ej.,detenciones por intoxicación o conducir bajo los efectos del alcohol). Por último, los sujetos conabuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonalesque ello les acarrea (p. ej., discusiones violentas con la mujer mientras está intoxicado,abuso de los niños). Cuando estos problemas se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinenciao comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, debe considerarse el diagnósticode dependencia alcohólica más que el de abuso de alcohol.



F10.00 Intoxicación por alcohol [303.00]

La característica esencial de la intoxicación alcohólica es la presencia de un cambio psicológico o comportamental desadaptativo clínicamente significativo (p. ej., comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después (Criterios A y B). Estos cambios se acompañan de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma (Criterio C). Los síntomas no son debidos a enfermedad médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D). El cuadro clínico es similar al que se observa durante la intoxicación por benzodiazepinas o sedantes. La falta de coordinación puede interferir la capacidad de conducir hasta el punto de provocar accidentes. La demostración de que el sujeto ha bebido se puede conseguir por el olor de su aliento, por la historia obtenida a través de la información del propio sujeto u otro acompañante e incluso, si es necesario, practicando análisis de orina y de sangre.

Trastornos relacionados con sustancias

F10.3 Abstinencia de alcohol [291.8]

La característica esencial de la abstinencia alcohólica es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después de interrumpir o reducir el uso prolongado de grandes cantidades de alcohol (Criterios A y B). El síndrome de abstinencia incluye dos o más de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o pulsaciones por encima de 100); aumento del temblor distal de las manos; insomnio; náuseas o vómitos; alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones; agitación psicomotora; ansiedad, y crisis epilépticas. Cuando se observen alucinaciones o ilusiones, el clínico puede especificar con alteraciones perceptivas.



Los síntomas pueden provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social y de otras áreas importantes de la actividad del sujeto (Criterio C). Los síntomas no han de deberse a enfermedad médica ni ser explicados mejor por otro trastorno mental (p. ej., abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, o trastorno de ansiedad generalizada) (Criterio D).

Los síntomas se alivian con frecuencia tras la administración de alcohol u otros depresores del sistema nervioso central. Los síntomas de abstinencia empiezan cuando las concentraciones de alcohol en la sangre disminuyen bruscamente (p. ej., entre 4 y 12 horas) después de haber interrumpido o reducido la bebida. Sin embargo, los síntomas de abstinencia pueden aparecer tras largos períodos de tiempo (p. ej., unos días). Debido a la vida media corta del alcohol, los síntomas de abstinencia alcanzan su mayor intensidad durante el segundo día de abstinencia y mejoran de forma marcada al cuarto o quinto días. Sin embargo, a los síntomas de abstinencia pueden seguir síntomas de ansiedad, insomnio y disfunción autonómica en distintos grados de intensidad durante períodos de 3 a 6 meses.²⁸

Criterios para el diagnóstico de F10.00 Intoxicación por alcohol

A. Ingestión reciente de alcohol.

B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.

²⁸MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV MASSON S.A. 1995 P. 198



C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:

- Lenguaje farfullante
- Incoordinación
- Marcha inestable
- Nistagmo
- Deterioro de la atención o de la memoria
- Estupor o coma

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Menos del 5 % de los sujetos presenta síntomas de abstinencia más graves (p.ej., hiperactividad autonómica intensa, temblores y delirium por abstinencia de alcohol).

Las crisis comiciales de gran mal aparecen en menos del 3 % de los sujetos. El delirium por abstinencia de alcohol incluye alteraciones cognoscitivas y de la conciencia, y también alucinaciones visuales, táctiles o auditivas («delirium tremens»). Cuando aparece el delirium por abstinencia es probable que exista una enfermedad médica asociada (p. ej., insuficiencia renal, neumonía, hemorragia digestiva, secuelas de traumatismos craneales, hipoglucemia, alteraciones del equilibrio electrolítico o estado postoperatorio).

Especificaciones

Puede aplicarse la siguiente especificación para el diagnóstico de abstinencia de alcohol:

Con alteraciones perceptivas. Esta especificación debe anotarse cuando las alucinaciones con juicio de realidad intacto o las ilusiones auditivas, visuales o táctiles aparecen en ausencia de delirium. Juicio de realidad intacto



significa que el sujeto sabe que las alucinaciones son inducidas por la sustancia y no representan la realidad externa. Cuando las alucinaciones aparecen en ausencia de un juicio de realidad intacto, debe considerarse un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias, con alucinaciones.

Criterios para el diagnóstico de F10.3 Abstinencia de alcohol[291.8]

A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:

- hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
- temblor distal de las manos
- insomnio
- náuseas o vómitos
- alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
- agitación psicomotora
- ansiedad

(8) crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)

C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.²⁹

Especificar si:

²⁹MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV MASSON S.A. 1995 P.201



- Con alteraciones perceptivas
- Otros trastornos inducidos por alcohol

Los siguientes trastornos inducidos por alcohol se describen en las secciones del manual que tratan sobre los trastornos con los que comparten fenomenología: delirium por intoxicación por alcohol delirium por abstinencia de alcohol, demencia persistente inducida por alcohol, trastorno amnésico persistente inducido por alcohol trastorno psicótico inducido por alcohol trastorno del estado de ánimo inducido

por alcohol trastorno de ansiedad inducido por alcohol (pág. 451), trastorno sexual inducido por alcohol , trastorno del sueño inducido por alcohol

Estos trastornos se diagnostican en lugar de intoxicación por o abstinencia de alcohol sólo cuando los síntomas exceden de los que se asocian habitualmente a los síndromes de intoxicación o abstinencia y cuando son de la suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. Información adicional sobre los trastornos relacionados con el alcohol.

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. La dependencia del alcohol y el abuso de alcohol se asocian con frecuencia a la dependencia y el abuso de otras sustancias p. ej., Cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, y nicotina). El alcohol puede usarse para aliviar los efectos secundarios de estas sustancias o para sustituirlas en caso de no disponer de ellas. Los síntomas de depresión, ansiedad e insomnio acompañan frecuentemente y a veces preceden la dependencia del alcohol. La intoxicación por alcohol se asocia en ocasiones con amnesia para acontecimientos sucedidos durante la intoxicación (lagunas o blackouts).



Este fenómeno puede estar relacionado con la presencia de niveles altos de alcoholemia y quizá con la rapidez con que se alcanzan dichos niveles.

Los trastornos relacionados con el alcohol se asocian a un aumento significativo del riesgo de accidentes, violencia y suicidio. Se estima que aproximadamente la mitad de las muertes por accidentes de tráfico se deben a que el conductor o el peatón están bebidos. La intoxicación alcohólica grave, especialmente en sujetos con trastorno antisocial de la personalidad, se asocia con la ejecución de actos criminales. Por ejemplo, más de la mitad de todos los asesinatos y sus víctimas se cree que presentaban intoxicación por alcohol en el momento del asesinato. La intoxicación alcohólica grave contribuye también a la desinhibición y a los sentimientos de tristeza e irritabilidad que contribuyen a los intentos de suicidio y a los suicidios consumados. Los trastornos relacionados con el alcohol contribuyen al absentismo laboral, a los accidentes laborales y a la disminución de la productividad. El abuso y la dependencia del alcohol, junto con el abuso y la dependencia de otras sustancias, presentan una alta prevalencia entre los sujetos sin hogar (homeless) en Estados Unidos. Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia pueden asociarse también a la dependencia alcohólica. Aunque el comportamiento antisocial y el trastorno antisocial de la personalidad suelen asociarse a trastornos relacionados con el alcohol, es más frecuente que se asocien a trastornos relacionados con sustancias ilegales (p. ej., cocaína, heroína o anfetaminas) que, con frecuencia, dan lugar a actos criminales hallazgos de laboratorio. Un indicador sensible del consumo abundante y prolongado de alcohol es la elevación (> 30 U) de la gammaglutamiltranspeptidasa (GGT). Esta prueba puede ser la única anómala de todas las pruebas de laboratorio. Por lo menos el 70 % de los sujetos con elevación de la GGT bebe de manera abundante y persistente. El volumen corpuscular medio (VCM) puede estar elevado en sujetos que beben de forma abundante a causa de deficiencias de algunas vitaminas B, así como por los



efectos tóxicos del alcohol sobre la eritropoyesis. Aunque el VCMse utiliza para ayudar a identificar a los bebedores que consumen alcohol en abundancia, es un mal método para controlar la abstinencia debido a la larga vida media de los hematíes. Las pruebas defunción hepática (p. ej., la transaminasa glutamicooxalacética [SGOT] y las fosfatasas alcalinas) pueden revelar lesión hepática a consecuencia del consumo abundante de alcohol. Cabe observar elevaciones de los lípidos en la sangre (p. ej., triglicéridos y colesterol) como consecuencia de la disminución de la glucogénesis asociada al consumo abundante de alcohol. Unos niveles altos de ácidos grasos en la sangre contribuyen también al desarrollo de hígado graso. Niveles altos dentro de los valores normales de ácido úrico, sin ser específicos, pueden aparecer en grandes consumidores de alcohol. La prueba más válida para medir el consumo de alcohol es la concentración de alcohol en la sangre, que puede usarse para estimar la tolerancia al alcohol. Se considera que un sujeto con una concentración de etanol de 100 mg/dl que no muestra signos de intoxicación ha adquirido un cierto grado de tolerancia al alcohol. Cuando la concentración de etanol alcanza los 200 mg/dl muchos sujetos sin tolerancia presentan una intoxicación grave.³⁰

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. La ingestión repetida de dosis altas de alcohol puede afectar casi todos los órganos, especialmente, el tubo digestivo, el sistema cardiovascular y el sistema nervioso central y periférico. Los efectos gastrointestinales incluyen gastritis y úlceras de estómago o duodeno, y cerca del 15 % de los grandes consumidores de alcohol presentan cirrosis hepática y pancreatitis. También se observa un aumento de la proporción de cáncer de esófago, estómago y de otras partes del tubo digestivo.

³⁰MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV MASSON S.A. 1995 P.204



La hipertensión moderada es una de las enfermedades asociadas con más frecuencia. Menos frecuentesson la miocardiopatía y otras miopatías, aunque aparecen en mayor proporción entre losbebedores de grandes cantidades de alcohol. Estos factores, junto con acusados aumentos de losniveles de triglicéridos y lipoproteínas de baja densidad (colesterol) contribuyen a un mayor riesgo de cardiopatía. La neuropatía periférica se demuestra por debilidad muscular, parestesias ydisminución de la sensibilidad periférica. Los efectos más persistentes del sistema nervioso centralincluyen déficit cognoscitivos, deterioro grave de la memoria y cambios degenerativos en elcerebelo. Estos efectos están relacionados con la deficiencia de vitaminas (en especial déficit devitamina B, incluyendo el de tiamina). El efecto más devastador del sistema nervioso central esel trastorno amnésico persistente, que es relativamente poco frecuente (síndrome deWernicke-Korsakoff), en el que está gravemente deteriorada la capacidad para procesar nuevosdatos en la memoria.

Muchos de los síntomas y hallazgos físicos asociados con los trastornos relacionados con elalcohol son consecuencia de enfermedades ya mencionadas antes. Como ejemplos cabe mencionarla dispepsia, las náuseas y la hinchazón que acompañan a la gastritis y a la hepatomegalia; lasalteraciones hepáticas se acompañan de varices esofágicas y hemorroides. Otros signos físicos sontemplor, marcha inestable, insomnio y disfunción de la erección. Los sujetos con dependencia alcohólicacrónica pueden presentar una disminución del tamaño testicular y signos de feminizacióna causa de la disminución de los niveles de testosterona. El consumo de alcohol abundante y repetidodurante el embarazo puede asociarse a abortos espontáneos y síndrome alcohólico fetal. Lossujetos con historia de epilepsia o graves traumatismos craneales tienen más probabilidad de presentarcrisis comiciales. La abstinencia de alcohol se asocia a náuseas, vómitos, gastritis, hematemesis, sequedad de boca, abotargamiento facial y edema periférico. La



intoxicación por alcohol puede dar lugar a caídas y accidentes que pueden provocar fracturas, hematomas subdurales y otras secuelas de traumatismos craneales. La intoxicación alcohólica repetida y grave puede suprimir los mecanismos inmunológicos y predisponer a infecciones y al aumento de riesgo de cáncer.

Por último, no reconocer la abstinencia alcohólica en sujetos en los que no se ha valorado la dependencia alcohólica conlleva el riesgo de un mayor coste y un tiempo de hospitalización más prolongado.³¹

2.1.2.-Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.

Las tradiciones culturales que fomentan el consumo del alcohol en la familia, en la religión y en la vida social, especialmente durante la infancia, afectan tanto los patrones de consumo de alcohol, como la probabilidad de que se presenten problemas relacionados con él. Los patrones de consumo de alcohol en diferentes países se caracterizan por las acusadas diferencias en la cantidad y frecuencia de su consumo. En muchas culturas asiáticas la prevalencia global de los trastornos relacionados con el alcohol es relativamente baja; en cambio, la proporción varones a mujeres es alta. Estos hallazgos parecen estar relacionados con la ausencia, en casi el 50 % de los japoneses, chinos y coreanos, de la aldehído-deshidrogenasa responsable del metabolismo del alcohol a través del acetaldehído. Cuando estos sujetos consumen alcohol experimentan rubefacción facial y palpitations, lo que disminuye la probabilidad de un consumo excesivo. En Estados Unidos los blancos y los afroamericanos presentan la misma proporción de abuso y dependencia; los latinos presentan proporciones más altas, siendo la prevalencia menor entre las mujeres latinas que entre las mujeres de otros

³¹MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV MASSON S.A. 1995 P.206



grupos étnicos. Aunque es difícil separar causa y efecto, el bajo niveleducacional, la falta de empleo y un bajo status socioeconómico se asocian con trastornos relacionados con el alcohol. Los años de escolaridad no son importantes en la determinación del riesgo de problemas alcohólicos, pero sí lo es el hecho de que la escolaridad no se culmine (p. ej., quienes abandonan la escuela presentan una mayor proporción de trastornos relacionados con el alcohol).

Entre los adolescentes, el trastorno disocial y el comportamiento antisocial reiterativa coexisten con frecuencia con el abuso o dependencia alcohólica y con otros trastornos relacionados con sustancias. Los cambios físicos de la vejez producen un aumento de la susceptibilidad cerebral a los efectos depresores del alcohol, disminuyen el metabolismo hepático de algunas sustancias, entre las que se incluye el alcohol, y reducen el porcentaje de agua en el organismo. Estos cambios pueden provocar que la gente mayor presente intoxicaciones más graves y, por consiguiente, problemas con menores niveles de consumo. En los ancianos, los problemas relacionados con el alcohol tienen mayor probabilidad de asociarse con otras complicaciones médicas.³²

El abuso y la dependencia del alcohol son más frecuentes en varones que en mujeres, en una proporción 5:1. Sin embargo, esta proporción varía en función de la edad. Las mujeres tienden a empezar más tarde el consumo abundante de alcohol en comparación con los varones y, por tanto, también presentan más tarde los trastornos relacionados con el alcohol. Una vez establecido el abuso o dependencia alcohólica en las mujeres, progresa con mayor rapidez, y en la edad media de la vida éstas pueden tener los mismos problemas y en la misma proporción que los varones (problemas de salud, consecuencias laborales o interpersonales). Con la misma cantidad de alcohol

³²MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV MASSON S.A. 1995 P.209



ingerida/kg de peso las mujeres tienden a presentar concentraciones de alcohol en la sangre más altas que los varones debido al menor porcentaje de agua en su organismo, al mayor porcentaje de ácidos grasos y al hecho de que tienden a metabolizar el alcohol más lentamente (debido, en parte, a los menores niveles de alcohol deshidrogenasa en la mucosa del estómago). A causa de estos niveles más altos de alcohol su salud corre un mayor riesgo que la de los varones (sobre todo en lo que concierne a problemas hepáticos) cuando el consumo de alcohol es abundante.

2.1.3.-Prevalencia.

La dependencia y el abuso de alcohol forman parte de los trastornos mentales de mayor prevalencia en la población general. Un estudio comunitario llevado a cabo en Estados Unidos entre 1980 y 1985, en el que se usaron los criterios diagnósticos del DSM-III, encontró que cerca del 8 % de la población adulta presentaba dependencia alcohólica y cerca del 5 % abusaba del alcohol en algún momento de su vida. Aproximadamente el 6 % presentaba dependencia o abuso de alcohol durante el año anterior. A partir de datos prospectivos, pudo estimarse que durante el período de 1 año cerca del 7,5 % de la población tenía síntomas que cumplían los criterios diagnósticos para los trastornos relacionados con el alcohol. Un estudio sobre población adulta no institucionalizada (entre 15 y 54 años) realizado entre 1990-1991, en el que se usaron los criterios diagnósticos del DSM-III-R, reveló que alrededor del 14 % de la muestra presentaba dependencia alcohólica en algún momento de la vida, y que en el 7 % aproximadamente esta dependencia estaba presente en el último año.

Es probable que el primer episodio de intoxicación alcohólica aparezca en la juventud, con una edad de inicio de la dependencia alcohólica entre los 20 y los 30 años. La gran mayoría de quienes desarrollan trastornos relacionados con el alcohol lo hacen a partir de los 30 años. La



primerademostración de abstinencia no aparece probablemente hasta que se han desarrollado muchos otros aspectos de la dependencia alcohólica. El abuso y la dependencia del alcohol presentan un curso variable que se caracteriza frecuentemente por períodos de remisión y de recaídas. La decisión de interrumpir la bebida, a menudo como respuesta a una situación de crisis, es seguida con toda probabilidad por semanas o meses de abstinencia. Sin embargo, una vez reanudado el consumo de alcohol reaparecen de nuevo rápidamente los problemas graves. El clínico tiene a menudo la impresión errónea de que la dependencia y el abuso de alcohol son trastornos no tratables, basado en el hecho de que quienes se someten a tratamiento tienen historias típicas de problemas relacionados con el alcohol de años de duración. Sin embargo, los casos más graves son sólo una pequeña proporción de los sujetos con dependencia o abuso de alcohol, y el sujeto típico con un trastorno relacionado con el alcohol tiene un pronóstico mucho más prometedor. Los estudios de seguimiento de los sujetos con una actividad más normalizada muestran una proporción de 1 año de abstinencia en más del 65 % de los casos sometidos a tratamiento. Algunos sujetos (quizá el 20 % o más) con dependencia del alcohol consiguen un tiempo prolongado de sobriedad incluso sin tratamiento. Durante las intoxicaciones alcohólicas moderadas se observan diferentes síntomas en los distintos episodios de intoxicación. Durante el período precoz, cuando los niveles de alcohol en la sangre van subiendo, los síntomas suelen consistir en charlatanería, sensación de bienestar, alegría, brillantez y un estado de ánimo expansivo. Más tarde, cuando disminuyen los niveles de alcohol en la sangre, el sujeto se deprime progresivamente, se retrae y presenta deterioro cognoscitivo. A niveles muy altos de alcohol en la sangre (p. ej., 200-300 mg/dl) un sujeto sin tolerancia es probable que se duerma y entre en un primer estado de anestesia. Niveles todavía mayores (p. ej., 300-400 mg/dl) pueden provocar inhibición de la respiración, bradicardia e incluso muerte en sujetos sin tolerancia.



La duración de la intoxicación depende de la cantidad de alcohol consumida en un período de tiempo determinado. En general, el organismo es capaz de metabolizar aproximadamente una bebida por hora, puesto que el nivel de alcoholemia suele disminuir en una proporción de 15-20 mg/dl/hora. Los signos y síntomas de la intoxicación probablemente son más intensos cuando los niveles de alcoholemia van aumentando que cuando van disminuyendo. patrón familiar con frecuencia, la dependencia alcohólica presenta un patrón familiar y por lo menos se han detectado indicios de algunos factores genéticos. El riesgo para la dependencia alcohólica es tres a cuatro veces mayor en los familiares de primer grado de los sujetos con dependencia alcohólica.

El riesgo es más alto si hay un mayor número de familiares afectados, si las relaciones genéticas con el paciente bebedor son muy próximas y si sus problemas relacionados con el alcohol son muy graves. Muchos estudios han encontrado un riesgo significativamente mayor para la dependencia alcohólica en gemelos monocigotos que en gemelos dicigotos. Los estudios sobre adopción han revelado un riesgo tres a cuatro veces superior para la dependencia alcohólica en los hijos de sujetos con dependencia del alcohol cuando estos niños eran adoptados al nacer y educados por padres sin este trastorno. Sin embargo, los factores genéticos sólo explican una parte del riesgo para la dependencia alcohólica, ya que una parte significativa depende de factores ambientales e interpersonales que incluyen las actitudes culturales acerca de la bebida y los bebedores, la disponibilidad de acceso al alcohol (incluyendo su precio), las expectativas de los efectos del alcohol sobre el estado de ánimo y el comportamiento, las experiencias personales adquiridas por el alcohol y el estrés.³³

³³MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV MASSON S.A. 1995 P.231



Diagnóstico Diferencial

Para una exposición general del diagnóstico diferencial de los trastornos relacionados con sustancias. Los trastornos inducidos por alcohol se caracterizan por síntomas (p. ej., estado de ánimo deprimido) que se parecen a los de los trastornos mentales primarios (p. ej., trastorno depresivo mayor versus trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol, con síntomas depresivos, de inicio durante la intoxicación). Véase la página 199 para una exposición de este diagnóstico diferencial.

La incoordinación y el deterioro de la capacidad de juicio que se asocian a la intoxicación alcohólica pueden parecerse a los síntomas de algunas enfermedades médicas (p. ej., acidosis diabética, ataxia cerebelosa y otras enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple). De forma parecida, los síntomas de la abstinencia de alcohol recuerdan también los de algunas enfermedades médicas (p. ej., hipoglucemia y diabetes cetoacidótica). El temblor esencial, un trastorno frecuentemente familiar, puede sugerir el temblor asociado a la abstinencia alcohólica.³⁴

La intoxicación alcohólica (excepto por el aliento) se parece a la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La presencia de alcohol en la respiración no excluye por sí misma las intoxicaciones por otras sustancias, ya que no es raro el consumo de múltiples sustancias de forma concurrente. Aunque en algún momento de la vida es probable que la intoxicación forme parte de la historia de muchos sujetos que beben alcohol, cuando este fenómeno aparece con regularidad o causa deterioro, es importante considerar la posibilidad de un diagnóstico de dependencia o abuso de alcohol. La abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos produce un síndrome muy parecido al de la abstinencia alcohólica.

³⁴ Organización Panamericana de la Salud “ Manual de Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud “Washington, D.C.: OPS, © 2010 ISBN: 978-92-75-33113-2 P. 245



La intoxicación por alcohol y la dependencia del alcohol se distinguen de otros trastornos inducidos por el alcohol (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por el alcohol, de inicio durante la abstinencia), porque los síntomas de estos últimos trastornos exceden de los que se asocian habitualmente a la intoxicación por alcohol o a la abstinencia de alcohol y, además, son lo suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente. En el DSM-III-R fue incluida la intoxicación idiosincrásica por alcohol, definida como un cambio de comportamiento acusado, habitualmente con agresividad, que sigue a la ingesta de cantidades relativamente pequeñas de alcohol, pero, debido a las escasas referencias bibliográficas para validar esta alteración, no se ha incluido como diagnóstico separado en el DSM-IV. Este cuadro clínico debe diagnosticarse como intoxicación por alcohol o trastorno relacionado con el alcohol no especificado.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV son prácticamente iguales, excepto por el siguiente hecho: los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 utilizados para la intoxicación por consumo de alcohol también incluyen síntomas como enrojecimiento facial e inyección conjuntival, y los empleados para el síndrome de abstinencia al alcohol requieren la presencia de 3 síntomas de una lista de 10, que incluye dolores de cabeza y refiere taquicardia y sudoración como dos síntomas separados.

F10.9 Trastorno relacionado con el alcohol no especificado [291.9]

Los trastornos relacionados con el alcohol no especificado constituyen una categoría de trastornos asociados al consumo del alcohol que no pueden clasificarse como dependencia del alcohol, abuso de alcohol, intoxicación por alcohol, abstinencia de alcohol, delirium por intoxicación por alcohol, demencia persistente inducida por alcohol, trastorno amnésico persistente inducido por alcohol, trastorno psicótico inducido por alcohol, trastorno del



estado de ánimo inducido por alcohol, trastorno de ansiedad inducido por alcohol, disfunción sexual inducida por alcohol o trastorno del sueño inducido por alcohol.

2.1.4.- ¿El Alcoholismo es una Enfermedad?

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal que se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol. Es producida por la ingestión excesiva de alcohol etílico, bien en forma de bebidas alcohólicas o como constituyente de otras sustancias. El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos.

Es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. La química del alcohol afecta casi todo tipo de célula en el cuerpo, incluyendo las que se encuentran en el sistema nervioso central. El alcohol domina su pensamiento, emociones y acciones.

Una vez que el alcoholismo se ha apoderado de un individuo, no puede decirse que la víctima esté cometiendo una falta moral. En ese estado, el alcohólico no puede valerse de su fuerza de voluntad, porque ya ha perdido la facultad de decidir si usa el alcohol o si se abstiene de él.

2.1.5.- ¿Qué es un alcohólico?

Es una persona que sufre una enfermedad, el alcoholismo. Esta persona no puede mantener su forma de beber bajo control, aunque le haga daño a su salud, a su empleo, a su mente y familia.³⁵

³⁵ Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: OPS, © 2008. La edición en español fue editada y adaptada por Maristela Monteiro ISBN 978 92 75 32856 9 P. 6-



El alcohólico se caracteriza por depender del alcohol, tanto física como psíquicamente, y la incapacidad de detenerse o abstenerse. La falta de la bebida provoca síntomas de abstinencia.

Al principio el alcohólico puede aparentar una alta tolerancia al alcohol, consumiendo más y mostrando menos efectos nocivos que la población normal.

2.2.-CLASIFICACION.

El Doctor Jellinek³ clasifica al alcoholismo en cinco grupos o categorías que con la clasificación que establece, en su tipología; el Profesor Francisco Alonso Fernández, han servido como patrón para sentar el diagnóstico de los individuos que observan esta patología y que se detallan a continuación.

Cuadro # 1

Tabla sobre el alcoholismo de Jellinek

Alfa	Beta	Gamma	Delta	Épsilon
Síntomas psicológicos , utiliza el alcohol como medicina ante los problemas. No presenta síndrome de abstinencia. Mantiene la capacidad de control y de abstenerse	Ha desarrollado una importante tolerancia, aun a costa de complicaciones orgánicas. Raramente se emborracha y también es raro el síndrome de abstinencia. Es el "bebedor social".	Mayor tolerancia. Incapacidad de abstinencia, pudiendo presentar síndrome de abstinencia y pérdida de control. Frecuentes embriagueces y trastornos con patología psiquiátrica.	Tolerancia desarrollada y metabolismo adaptado. Incapacidad de abstinencia. No presenta pérdida de control. Frecuente en la cultura mediterránea . Es el bebedor empedernido	"intermitentes" "dipsómanos". Largas temporadas sin beber, cuando empiezan lo hacen compulsivamente por una temporada. Se tienen miedo.



		Alcoholomano . Frecuente en el mundo anglosajón		
--	--	--	--	--

Fuente: Jellinek, Elvin Merton (1944) Tabla sobre el Alcoholismo. Recuperado el 28 de noviembre de 2009³⁶.

Para Jellinek, sólo los alcoholismos gamma y delta constituyen claramente una enfermedad alcohólica. El alcoholismo alfa no es una enfermedad en sí, sino el síntoma de un trastorno subyacente. El beta es puramente el efecto de la bebida excesiva, que se suele ingerir sin existir dependencia física o psicológica para el alcohólico.

Alonso Fernández⁴ distingue dos etapas:

Primera etapa: manifestada por distintos tipos de existencias (formas de vivenciar) alcohólicas. Existencia estructurada entorno a los efectos del alcohol, los individuos lo perciben de formas diferentes:

Bebedor excesivo regular.

Alcoholomano.

Bebedor enfermo psíquico.

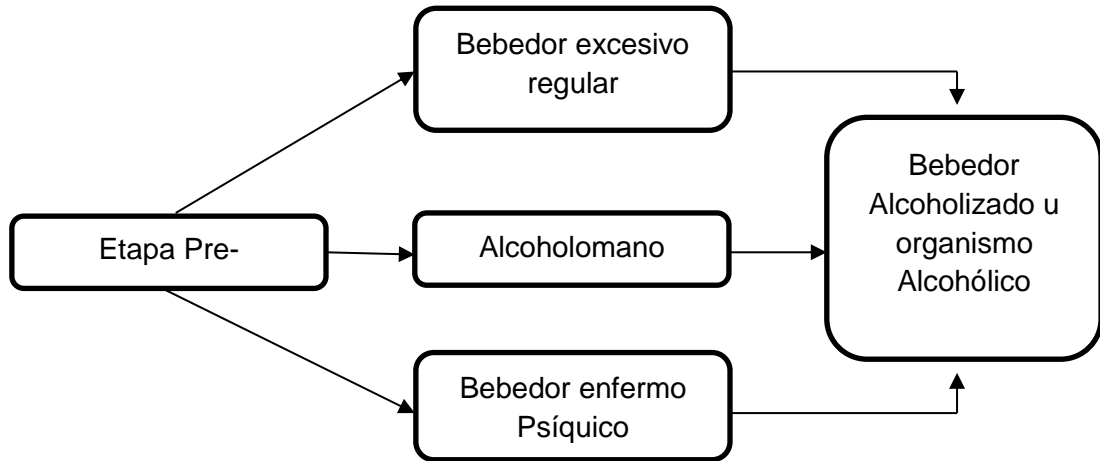
Segunda etapa: Bebedor alcoholizado u organismo alcohólico

³⁶ [Http://www.geomundos.com/salud/alcoholismo/tabla-de-jellinek_doc_18978.html](http://www.geomundos.com/salud/alcoholismo/tabla-de-jellinek_doc_18978.html).



Cuadro # 2

Etapas del alcoholismo según Dr. Alonso Fernández



Fuente: Fernández. Alonso (1944) Tabla sobre el Alcoholismo. Recuperado el 28 de noviembre de 2009³⁷

Cuadro # 3

Clasificación que hace Alonso Fernández

	MOTIVACION	VIVENCIAS	MODO DE BEBER	CONEXIÓN CON EL ALCOHOL
PRIMERA ETAPÀ (EXISTENCIAS)				
BEBEDOR EXCESIVO	SOCIOCULTURAL	Mundanas y sociales	Regular y cotidiano	Abuso
REGULAR		Sociales	Cotidiano	
ALCOHOLOMANO	PSICOLÓGICO	Evasión de la realidad	Irregular (Embriagueces)	Dependencia Psicológica

³⁷http://www.geomundos.com/salud/acoholismo/tabla-de-jellinek_doc_18978.html



BEBEDOR ENFERMO PSIQUICO	PSICOPATOLÓGICA	Neutralización de síntomas de problemas psíquicos subyacentes	Regular o Irregular	Abuso o dependencia Psicológica
SEGUNDA ETAPA				
BEBEDOR ALCOHOLIZADO	Necesidad física de alcohol etílico	Degradación de la personalidad	Continuo	Dependencia física o biológica

Fuente: Fernández. Alonso (1944) Tabla sobre el Alcoholismo. Recuperado el 28 de noviembre de 2009 ³⁸

2.2.1.- CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO.

Las características de las personas que sufren este problema generalmente presentan cambios en la personalidad su modo de actuar la irritabilidad y demás factores que iremos describiendo a continuación:

Una característica como la de beber mucho más de lo habitual para conseguir zumbaban o para sentirse relajado.

Poder beber más que los demás sin emborracharse estos son signos de tolerancia, que puede ser una señal de alerta temprana del alcoholismo la tolerancia significa que, con el tiempo, usted necesita más y más alcohol para sentir los mismos efectos.

Otra característica es beber un trago para calmar los temblores por la mañana, beber para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia es un signo de

³⁸http://www.geomundos.com/salud/alcoholismo/tabla-de-jellinek_doc_18978.html



alcoholismo y una enorme bandera roja. Cuando se bebe en exceso, el cuerpo se acostumbra al alcohol y experimenta síntomas de abstinencia si se lo quitan. Estos incluyen:

- Ansiedad o nerviosismo
- Temblores o estremecimientos
- Transpiración
- Náuseas y vómitos
- Insomnio
- Depresión
- Irritabilidad
- Fatiga
- Pérdida del apetito
- Dolor de cabeza

En casos severos, la abstinencia del alcohol también puede implicar alucinaciones, confusión, convulsiones, fiebre y agitación. Estos síntomas pueden ser peligrosos.

- Pérdida del control sobre el consumo de alcohol. A menudo se bebe más alcohol de lo que quería, más tiempo de lo previsto, o diciéndose a sí mismo a pesar de que no lo haría.
- Que desea dejar de beber, pero no se puede. Se tiene un deseo persistente de reducir o dejar su consumo de alcohol, pero sus esfuerzos para dejar de beber no han tenido éxito.
- Renunciar a otras actividades a causa del alcohol. Usted está gastando menos tiempo en actividades que solían ser importantes para la persona con dicho problema (pasar tiempo con familia y amigos, ir al gimnasio, siguiendo sus aficiones), debido a su consumo de alcohol.
- El alcohol ocupa gran parte energía y concentración. Pasar mucho tiempo bebiendo, pensando en ello, o se recuperan de sus



efectos. Que tienen pocos o ningún interés o participaciones sociales que no giran en torno a la bebida.

- Bebe a pesar de saber que está causando problemas. Por ejemplo, reconocer que su consumo de alcohol es perjudicial el matrimonio, por lo que su depresión empeora o causa problemas de salud, pero continúa con el consumo de bebidas alcohólicas de todos modos.

La negación es uno de los mayores obstáculos para obtener ayuda para el abuso del alcohol y el alcoholismo. El deseo de beber es tan fuerte que la mente encuentra muchas formas de racionalizar potable, aun cuando las consecuencias son obvias. Porque impide mirar con honestidad el comportamiento de la persona, y sus efectos negativos, la negación también exacerba los problemas relacionados con el alcohol en el trabajo, las finanzas y las relaciones.

- Drásticamente se subestima la cantidad que se bebe.
- Minimizar las consecuencias negativas del consumo de alcohol
- Quejándose de que familiares y amigos están exagerando el problema
- Culpar a la bebida o problemas relacionados con la bebida a los demás

El desarrollo en la vida laboral o familiar desde culpar a un "jefe injusto" para los problemas en el trabajo o una "esposa que regaña 'o problemas conyugales, en lugar de ver cómo la forma de beber está contribuyendo al problema. Mientras que hace hincapié en el trabajo, la relación y financiera pasa a todos, un patrón general de deterioro y de culpar a los demás.

La racionalización de hábitos de bebida, la mentira acerca de los mismos, o la negación a discutir el tema, se debe tomare un momento para



considerar por qué está tan a la defensiva, realmente creer que no se tiene un problema, no debe haber razón

2.3.-HERRAMIENTAS PARA EL DIAGNOSTICO PSICOLOGICO DE LAS PERSONAS CON EL PROBLEMA DEL ALCOHOLISMO.

Las características propias del alcoholismo hacen que alrededor del paciente alcohólico se mueva un equipo de profesionales interrelacionados entresi conformado por un médico internista, psiquiatra, psicólogo, asistente social.

El médico puede diagnosticar lesiones orgánicas de posible origen alcohólico, tales como gastritis, polineuritis, afecciones hepáticas y otras,

El psiquiatra puede acercarse a un diagnóstico de alcoholismo en situaciones de “delirium tremens” u otras encefalopatías tales como laepilepsia alcohólica, las alucinaciones auditivas y otras, si bien suponen un avanzado estado de enfermedad.

La asistente social, por su parte, tiene los datos empíricos para sospechar con fundamento la existencia de alcoholismo:

Deterioro de la relación familiar; pérdida de status en el trabajo, con absentismo más o menos justificado; relaciones sociales perturbadas, con pérdida de amistades y/o quejas del vecindario por conducta poco apropiada.

Aparte de las lesiones orgánicas -que corresponden, por otra parte, a una fase muy avanzada del proceso-, son los trastornos de conducta los que hacen del alcohólico ante todo un enfermo psíquico. Y es al psicólogo a quien compete, desde esta perspectiva, hacer un diagnóstico. El psicólogo tiene a su disposición los instrumentos para llevar a cabo dicho diagnóstico, no solo en la fase crucial sino también en la prodrómica según términos de Jellinek la



fase prodrómica implica dependencia psíquica del alcohol; la fase crucial, más avanzada, incluye también la dependencia física, con síntomas de privación si se suspende la ingesta.

Descubrir, para poder tratarlo adecuadamente, al alcohólico/a que aparece en un centro sanitario, ingresado a veces a través de una urgencia por accidente, ataque de epilepsia u otra causa no forzosamente relacionada con el alcohol, o confirmar un diagnóstico que a través del contacto con otros profesionales de la salud se ofrece como probable, es tarea del psicólogo y fruto de una correcta interrelación entre aquellos.

Por supuesto que el conocimiento de las pautas de bebida del individuo que se va a explorar, en ocasiones, dato suficiente para este diagnóstico, aunque quedaría por discriminar el nivel de gravedad. Pero se da la circunstancia de que el enfermo alcohólico oculta por sistema la cantidad de bebida que ingiere, la cual es desconocida en su totalidad también por sus familiares. Además, el grupo familiar, acomplexado por la connotación peyorativa que comporta socialmente hacer uso excesivo del alcohol, tampoco dirá la verdad. Este círculo vicioso de falsedades es más rígido y cerrado cuando la persona afectada es una mujer.³⁹

Un diagnóstico psicológico del alcoholismo para su mayor corrección debe tener en cuenta los siguientes pasos:

1. Entrevista clínica.
2. Estudio de la psicomotilidad.
3. Ítems de Jellinek.
4. Estudio de personalidad.
5. Test de inteligencia.

³⁹AI ONSO FERNANDEZ: as pruebas psicológicas en el diagnóstico del alcoholismo-*Revista de Psicología General y Aplicada*, 1968, Vol. XXIII, tomo 1, pp. 269-270.



2.3.1.-La entrevista clínica.

Es la primera y más importante fuente de datos para el psicólogo. Una historia clínica bien estructurada puede suministrar los datos significativos necesarios y suficientes para proseguir con una exploración psicológica objetiva, encaminada a la consecución de un diagnóstico en firme. Para ello deberá explorar cuatro áreas: individual, familiar, laboral y social.

2.3.1.1.-En el área individual.

Los primeros datos los proporciona el propio sujeto con su sola presencia. La obesidad si es una mujer, o el estómago de barrila si se trata de un hombre, son frecuentes en cierto periodo del proceso alcohólico; pero también pueden ser la anemia y el estado pelagroso de la piel por carencia vitamínica. En cuanto a la conducta, es probable que el individuo presente cierta agitación y nerviosismo. Si ha ido a la consulta sin beber, es posible que se observe temblor en las manos. En este momento, por supuesto, el psicólogo todavía no sabe si se encuentra ante un enfermo alcohólico y, en caso afirmativo, si el sujeto se halla en la fase prodrómica o en la crucial.

A través del dialogo hay que obtener datos acerca de la salud del entrevistado. Las dolencias hepáticas, las Úlceras gástricas, las miocarditis y polineuritis deben alertar al profesional. Los vómitos y náuseas matinales son típicos en estos enfermos. La anorexia y el insomnio serán tenidos en cuenta. Otro factor importante es el sexual. El alcohólico es siempre un individuo con problemas sexuales que a menudo lo niega, además, se niega a reconocer como propios y atribuye a su pareja si es un hombre- dando lugar a la conocida celotipia alcohólica. En la mujer se observa, al contrario, una mayor disponibilidad sexual, salvo cuando ya se ha vencido la fase de tolerancia al alcohol y éste la mantiene amodorrada o en estado no deseable. En la mujer hay que interesarse también por posibles trastornos menstruales, cuyos



síntomas especialmente los del síndrome premenstrual- la iniciaron a veces erróneamente en la ingesta de bebidas de fuerte graduación.

Por último, será necesario averiguar si ha habido accidentes caseros, de coche o laborales así como su frecuencia. El enfermo alcohólico, debido a su pérdida de reflejos a causa del tóxico, es fácilmente víctima de tales accidentes, los cuales nadie suele relacionar con el alcohol mientras el individuo es capaz de controlar su conducta y no da muestras de desorganización.

2.3.1.2.-En el área Familiar.

La conducta del individuo en el seno de la familia es significativa en cuanto es el medio en el que se desenvuelve con menos inhibiciones. Las personas que conviven con él o ella pueden, en función de dicha convivencia, captar cambios de estado de ánimo y de carácter, así como rasgos menores de la conducta, más difíciles de detectar desde el exterior. No siempre los familiares saben lo que realmente bebe el enfermo aparte de que con cantidades idénticas unos individuos se alcoholizan y otros no porque buena parte de la ingesta lo hace a escondidas, pero si conocen actitudes: irritabilidad extemporánea; salidas de casa injustificadas para ir a beber para las cuales provoca una pelea previa; incapacidad para soportar los ruidos; descontento general.

En la mujer aparece un evidente abandono de los trabajos caseros que es fuente de disputas graves. Las relaciones familiares aparecen deterioradas en mayor o menor grado según la fase de alcoholización en que se encuentra el sujeto.⁴⁰

2.3.1.3.-En el área laboral.

⁴⁰AI ONSO FERNANDEZ: as pruebas psicológicas en el diagnóstico del alcoholismo-*Revista de Psicología General y Aplicada*, 1968, Vol. XXIII, tomo 1, pp. 272-273



Los datos relacionados con el trabajo son difíciles de obtener si el individuo no ha sido enviado al centro asistencial por la propia empresa, a causa de su desajuste. Es de esperar que las relaciones humanas con los compañeros/as de trabajo no sean satisfactorias, aunque el sujeto hace responsables a los demás de que esto sea así.

El rasgo típico del enfermo alcohólico en su conducta laboral es el absentismo. Los accidentes, a los que nos hemos referido en el primer apartado son a veces la excusa para aquél.

2.3.1.4.-En el área Social.

El enfermo alcohólico va cerrándose progresivamente en sí mismo y en su problema. Su relación patológica con el alcohol le impide la comunicación con los demás. Hay que observar como significativos el aislamiento, la pérdida de amigos y/o la sustitución de los antiguos por otros que le facilitan las posibilidades de beber sin experimentar sentimientos de culpa, bien porque sean bebedores excesivos, o bien porque saquen provecho de algún modo de su ingesta. Si a través de la entrevista clínica, que incluye también a los familiares que conviven con el sujeto que se explora, se han obtenido los datos suficientes para afirmar que estamos ante un caso de alcoholismo, pasaremos algunas o todas las pruebas que a continuación se relacionan.⁴¹

2.3.2.-Estudio de la psicomotilidad.

No es la psicomotilidad de un modo general sino la coordinación visomotora la que queda selectivamente alterada en el estado incipiente del alcoholismo, como lo demostraron Binois y Lefetz (1962). De ahí que sea necesario elegir un test visomotor.

⁴¹AI ONSO FERNANDEZ: as pruebas psicológicas en el diagnóstico del alcoholismo-*Revista de Psicología General y Aplicada*, 1968, Vol. XXIII, tomo 1, pp. 274-276



Los autores mencionados encontraron que el test de punteado de Lahys revelaba, mejor que otras pruebas viso motoras, resultados afectados por el alcoholismo. El test de punteado, de Lahy consiste en puntear por medio de un estilete el mayor número posible de círculos que aparecen por una ventana. La prueba de expresión gráfica de Resten (1956), que consiste en el trazado de una serie de líneas paralelas, se muestra también muy sensible para detectar trastornos psicomotores de origen alcohólico. (2)

El test viso motor de Bender es una prueba psicométrica que reúne las condiciones para detectar el alcoholismo, aunque éste sea incipiente.

No solamente siguiendo la técnica de Pascal y Suttell (1951) que discrimina entre sano, y enfermo sino en cuanto a su cualidad de coordinación viso motora. Tanto la dificultad del punteado, como las paralelas y también la presión del lápiz sobre el papel y el hecho de copiar de un modelo, que según señala Alonso Fernández (1968) son variables altamente discriminativas, se encuentran de alguna manera presentes en el test de Bender y pueden detectar la presencia del alcoholismo en un sujeto que todavía no presenta signos externos de su trastorno.

J. E. Bell (1964) tiene una Tabla de Indicadores Patognómicos basados en el test de Bender por la que se detectan las siguientes psicosis alcohólicas: encefalopatías alcohólicas graves; estados alucinatorios crónicos; estados contusionales.⁴²

Los Ítems de Jellinek. Cuestionario de Jellinek (1960) que investiga las pautas de bebida y forma de beber. Se pasa al propio paciente y al familiar o persona allegada más próxima a éste.

⁴²BELL, J. E.: *Técnicas proyectivas*, B. Aires, Paidós, 1964 P. 45-48



Si la entrevista y el test viso motor no bastan para descartar el diagnóstico de alcoholismo, se procederá a investigar las pautas de bebida del sujeto y cómo vive éste su relación con el alcohol.

El cuestionario se pasa al propio interesado y a un familiar para poder cotejar las respuestas de uno y otro, porque también el grado de desviación con respecto a la sinceridad es un dato a tener en cuenta.

A través de su cuestionario que consta de 43 ítems, algunos subdivididos en dos o más preguntas Jellinek distingue una primera fase de dependencia psíquica o alcoholomanía, que él denomina prodrómica en la que el sujeto hace la tolerancia al alcohol pero se inhibe de beber ante personas que puedan emitir un juicio crítico respecto a la cantidad, y una segunda fase, la crucial, en la que ya se producen evidentes fallos de memoria amnesia lagunas sin necesidad de que el individuo esté ebrio y trastornos de la conducta en general, de carácter grave.

2.3.2.1.-Personalidad.

La personalidad del alcohólico/a ha sido ampliamente estudiada con objeto de descubrir una probable personalidad pre alcohólica que pudiera actuar como un preventivo de la intoxicación, de los cuales se pudo encontrar unos rasgos básicos comunes a todos los afectados por esta dolencia: gran labilidad emocional, escasa resistencia a la frustración, inmadurez e infantilismo

El sujeto que ya depende del tóxico en mayor o menor medida presenta, no obstante, trastornos de personalidad detectables a través de pruebas psicológicas, sean cuestionarios de personalidad o pruebas proyectivas. El resultado de las mismas es un dato a añadir a la exploración que venimos efectuando.



2.3.2.2.-Cuestionarios.

El cuestionario Multifásico Minnesota de la Personalidad es el Único con que ha dado resultados positivos según Brown (1950), Button (1956), Hampton (1951), Hewitt (1943) y Manson (1948).⁴³

Un perfil alcohólico se caracteriza por un alto puntaje en la respectiva escala cuatro, Chotlos y Deiter encontraron también este perfil en el Hospital de Veteranos del Ejército, en Topenka, Kansas.

La desviación psicopática detectada por el M.M.P.I. incluye en efecto muchos de los rasgos propios de los alcohólicos: agresividad, rebeldía frente a las normas sociales y conducta tipificada generalmente como asocial. Hombres y mujeres estudiados por Guthrie (1952), con un puntaje alto en la escala 4, resultaron generalmente alcohólicos.

2.3.3.-Técnicas Projectivas: Gráficos. El test proyectivo gráfico H.T.P. (casa, árbol, persona), y el animal, de Levy,

Este test puede suministrar datos que apoyen un diagnóstico de alcoholismo, pero sin que basten por si solos para confirmarlo. Los resultados que se obtienen en estas pruebas son de interés. Algunas de las ventajas de los proyectivos gráficos son:

1. Fáciles de realizar.
2. El paciente se expresa a un nivel más primitivo que cuando ejecuta un test de inteligencia, contesta un cuestionario o interpreta las láminas del Rorschach.

⁴³MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV MASSON S.A. 1995 P.82-85



3. Es un test motor, aunque menos válido que los visos motores porque no copia un modelo.

4. Permite observar el grado de desorganización y desintegración del sujeto.⁴⁴

Según Hammer: Se ha comprobado que uno de los grupos sintomáticos que se manifiestan con más claridad en los dibujos que en las técnicas proyectivas, es el de los alcohólicos.⁴⁵ A título informativo se dice que es frecuente que los alcohólicos sitúen sus dibujos en la parte superior de la hoja de papel, y carezcan de base. Esto respondería en parte a su estado de flotación. Otra característica que se repite en el dibujo de la persona es la de dibujar únicamente la cabeza. Realmente es ahí, en la cabeza, donde está afectado el alcohólico.

2.3.4.- Inteligencia.

Se trata aquí precisamente de hallar el grado de deterioro intelectual que sufre el sujeto. El test más apropiado es la Escala Wechsler para Adultos (WAIS). Esta prueba se reserva para el final porque para que se desprenda de la misma un grado de deterioro el individuo debe encontrarse en una fase avanzada del alcoholismo.⁴⁶ El WAIS no resulta discriminativo para Datos para el diagnóstico psicológico del alcoholismo la fase prodrómica. A pesar de todo es útil y conveniente su empleo en la medida en que aporta un dato objetivo más al diagnóstico, y también porque sirve para distinguir entre deterioro o no deterioro Zimmerman, Woo-Sam y Glasser indican cómo se obtiene el cociente de deterioro dividiendo la suma de los resultados de los subtest que (no se mantienen), por la de los que se mantienen y las correcciones que

⁴⁴BELL. E.: *Técnicas proyectivas*, B. Aires, Paidós, 1964 P. 91-95

⁴⁵ HUMMER, Test proyectivos gráficos, B. Aires, Paidós, 1976. P.45

⁴⁶ AL ONSO FERNANDEZ Las pruebas psicológicas en el diagnóstico del alcoholismo entrevista de Psicología General y Aplicada, 1968, Vol. XXIII, tomo 1, pp. 280-282.



otros autores han llevado a cabo, ninguna de las cuales resulto satisfactoria para Wechler, como así lo señaló en 1958.

Alonso Fernández (1968) obtiene el índice de deterioro bruto con la siguiente fórmula:

Subtests que se mantienen- Subtests que no se mantienen *
100Subtests que se mantienen. El índice de deterioro patológico se obtiene restando del (índice de deterioro bruto el de deterioro fisiológico, cuyos valores, expresados en tantos por ciento, varían según edades.

El índice de deterioro, por sí mismo, no da todavía una referencia clara de que el mismo se deba a una afección de alcoholismo, aunque así habremos de sospecharlo si las pruebas anteriores han ido confirmando la hipótesis de diagnóstico. Un diagnóstico diferencial en este sentido, sin embargo, lo da el subtest de cubos de Kosh. Según Alonso Fernández (1968), (La peculiaridad más acusada de la deterioración alcohólica en el marco de las comunes variaciones de los distintos subtest consiste en la frecuencia con que se observa en el subtest mosaico o cubos de Kosh una nota de desviación negativa mucho más acentuada que la que aparece en equivalentes deterioros orgánicos de otras.

El WAIS tiene además subtests de los que no se mantienen a cuya ejecución requiere aquellas facultades que hemos visto que el alcohólico ve disminuir o pierde por efecto de la ingesta, como por ejemplo la memoria (memoria inmediata de dígitos) y la coordinación viso motora.

2.4.-CONSECUENCIAS EN EL ENTORNO FAMILIAR.



El alcoholismo de los padres también tiene efectos graves en los niños normales de los alcohólicos. Muchos de estos niños tienen síntomas comunes, tales como baja autoestima, soledad, culpa, sentimientos de impotencia, miedo al abandono y la depresión crónica (Berger, 1993). Los hijos de alcohólicos (COA) se sienten responsables de los problemas del alcohol y pueden pensar que han creado el problema. COA menudo experimentan altos niveles de tensión y estrés. Los niños pequeños de los alcohólicos pueden tener pesadillas frecuentes, orinarse en la cama y llorando. Asimismo, no puede tener amigos y pueden tener miedo de ir a la escuela. Los niños mayores de alcohólicos pueden mostrar síntomas depresivos como el perfeccionismo obsesivo, el acaparamiento, manteniéndose por sí mismos, o ser demasiado consciente de sí mismo. Los estudios han demostrado que debido a que los hijos de alcohólicos sienten que son diferentes de otras personas, desarrollan una baja autoestima, en el que se parecen mucho a sus padres alcohólicos. Además, los niños adolescentes de alcohólicos pueden desarrollar fobias.

COA más a menudo tienen problemas en la escuela. El ambiente de estrés en el hogar les impide estudiar. Su rendimiento escolar también puede verse afectada por la incapacidad de expresarse. A menudo, los COA tienen dificultades para establecer relaciones con los maestros y compañeros de clase. COA tienden más a menudo tener que repetir el año académico y con mayor frecuencia abandonan la escuela.

Un estudio de Estados Unidos del gobierno ", la exposición al alcoholismo en la familia", muestra que el 30 por ciento de las mujeres jóvenes que no terminaron la escuela secundaria había crecido en familias con padres alcohólicos (Berger, 1993, p.75). La misma encuesta muestra que sólo el 20 por ciento de los jóvenes de familias de alcohólicos fue a la universidad. Algunos COA tiene problemas de conducta tales como mentir, robar, pelear, y el ausentismo escolar. Estos niños viven en ambientes familiares muy



inestables. nunca saben qué esperar de un padre alcohólico. Debido a que son incapaces de predecir el estado de ánimo de sus padres, no saben cómo comportarse. Al igual que los cónyuges no alcohólicas, COA piensan que pueden detener su padre alcohólico de la bebida de licor escondido, o por complacer a los padres con buenas calificaciones en la escuela. Se puede andar de puntillas alrededor de la casa mientras el padre alcohólico duerme, con la esperanza de no despertar a la persona ebria hasta que haya pasado suficiente tiempo para que el padre alcohólico a "estar sobrio". Los hijos de alcohólicos se sienten culpables por no salvar a sus padres de los efectos del alcohol.

Los hijos de alcohólicos son personas que han sido despojados de su infancia". Los hijos de alcohólicos, si no se trata de niños, llevar a sus problemas en su vida posterior.

Los hijos adultos de alcohólicos (hijos de padres alcohólicos) a menudo no se relacionan con sus problemas a haber crecido en una familia con un padre alcohólico. Muchos de ellos tienen problemas de depresión, agresión o comportamiento impulsivo. Algunos estudios han demostrado que los hijos de padres alcohólicos tienen problemas con abuso de diferentes sustancias psicoactivas, y la dificultad para establecer relaciones sanas con los demás. A menudo son los fracasos como los propios padres, a menudo toman malas decisiones de carrera, y casi todos los hijos de padres alcohólicos tienen una imagen negativa de sí (Berger, 1993, p.67). Los hijos adultos de alcohólicos suelen tener sentimientos de inutilidad y el fracaso. También pueden tener problemas con las responsabilidades familiares porque su padre alcohólico fue irresponsable y no se les proporcionan las necesidades de los niños es fundamental.

Hijos de padres alcohólicos tienen muchos problemas con la intimidad, ya que su experiencia les ha enseñado a no confiar en otras personas.



También se puede pensar que si se ama a alguien, esta persona les hará daño en el futuro, lo mismo que su padre alcohólico lo hizo. Desafortunadamente, la investigación ha demostrado que muchos hijos de padres alcohólicos a menudo se encuentran íntimamente involucrados con alguien que es alcohólico, o de alguna manera abusiva (Wekesser, 1994, p.143). Hijos de padres alcohólicos tienen cuatro veces más probabilidades que los hijos de los no alcohólicos de desarrollar el alcoholismo. Los factores genéticos juegan un papel importante en el desarrollo de alcoholismo. Otro factor es la incapacidad para lidiar con el estrés de una manera saludable. Joseph A. Califano, ex Secretario de Salud y Servicios Humanos, señaló algunos otros datos sobre hijos de padres alcohólicos. Él dice, "los hijos de alcohólicos ver a los médicos con mayor frecuencia que aquellos criados en hogares sin alcohol. Además, tienen tasas más altas de tales trastornos psicológicos o mentales como la ansiedad, la depresión y la introversión "(Berger, p.69). Berger también afirma que las hijas de alcohólicos tienden a tener más problemas de reproducción y ver a sus ginecólogos y obstetras con más frecuencia. Además, tienen tasas más altas de un trastorno de la alimentación - bulimia.

El alcoholismo también tiene efectos negativos sobre la esposa de un alcohólico. El cónyuge puede tener sentimientos de odio, la autocompasión, la evitación de contactos sociales, pueden sufrir agotamiento y hayan quedado física o mentalmente enfermo (Berger, 1993). Muy a menudo, el cónyuge tiene que realizar las funciones de ambos padres. Responsabilidades familiares, cambio de dos padres de uno de los padres. Como resultado, los padres no alcohólicos pueden ser inconsistentes, exigente y, a menudo descuidan a los niños. Teniendo dificultades financieras es otro de los temas que las familias de los alcohólicos tienen que tratar. La familia puede tener que renunciar a ciertos privilegios debido a la gran cantidad de dinero gastado en alcohol y falta de trabajo posible. Una encuesta, "La exposición al alcoholismo en la



familia", realizado en 1988 sugiere que el alcoholismo es un factor importante de la eyaculación viudedad (Berger, 1993, p.13). El alcoholismo también es una de las principales razones para el divorcio.

Hoy en día, los expertos que estudian las familias alcohólicas sabemos que los problemas familiares y conyugales suelen comenzar por el alcoholismo, pero también se enteró de que los cónyuges e hijos puede contribuir a la costumbre del bebedor y empeorar la situación. Algunas de las familias permite beber en exceso a seguir en lugar de lidiar con serios problemas familiares, y mantener la costumbre de ir a cambio de mantener la familia unida. La negación es un problema esencial para los alcohólicos y sus familiares. Miembros de la familia usan la negación para racionalizar la dependencia del bebedor de alcohol. En un principio, la negación es comprensible debido a que cada familia le encanta y quiere proteger a sus miembros, pero llega un momento en que la negación afecta negativamente a los miembros de la familia. Cuando los miembros de la familia negar lo evidente y se niegan a buscar ayuda, su comportamiento puede provocar múltiples problemas emocionales en los hijos de la familia.⁴⁷

Los miembros de las familias de alcohólicos con frecuencia se convierten co-dependiente. "La co-dependencia es una adicción inconsciente a un comportamiento anormal de otra persona" (Wekesser, 1994, p. 168). La mayoría de los alcohólicos tienen períodos en los que dejar de beber por un corto tiempo y aparentemente va bien, lo que la persona co-dependiente para creer que el problema puede ser resuelto. A menudo las personas que no saben muy bien que el alcohólico no sospechan ningún problema. Los miembros de la familia del alcohólico co-dependiente hacer todo lo posible

⁴⁷SAU SánchezVictoria datos para el diagnostico psicológico del alcoholismo , Departamento de Psicología Evolutiva y Diferencial Universidad de Barcelona, Colaboradora del Dispensario de Alcoholismo Hospital Clínico de Barcelona P.13-15



para ocultar el problema, preservar el prestigio de la familia y proyectar la imagen de una "familia perfecta".

El cónyuge y los niños pueden evitar hacer amigos y llevar a otros a casa, con el fin de ocultar los problemas causados por el alcoholismo. Miembros co-dependientes a menudo se olvidan de sus propias necesidades y deseos. Ellos dedican su vida a tratar de controlar o curar el bebedor. Sin saberlo, los miembros de la familia co-dependiente suele convertirse en "facilitadores". Un facilitador es "una persona que sin saberlo le ayuda al alcohólico que al negar el problema con la bebida existe y ayudar al alcohólico a salir de los problemas causados por la bebida" (Silverstein, 1990, p.65). El facilitador va a limpiar el vómito alcohólico y excusas a su jefe, maestro, o con amigos. El facilitador se encuentra para el alcohólico, y por lo tanto permite que el alcohólico siga bebiendo.

Si bien los programas de tratamiento del alcoholismo, como la gente de Alcohólicos Anónimos ayuda a la dependencia del alcohol para dejar de beber y mejorar sus estilos de vida, la familia y terapia de pareja y de varios grupos de autoayuda a las familias alcohólicas para mejorar su propio bienestar. Las familias de los alcohólicos necesitan tratamiento tanto como los alcohólicos. Los consejeros matrimoniales y familiares pueden ayudar con las tensiones creadas en el alcohólico está en casa. Los consejeros escolares pueden proporcionar información y apoyo a los adolescentes que tienen problemas familiares a causa de alcoholismo de los padres. Terapeutas en hospitales y centros de salud mental y estatal de los programas de alcohol proporcionan información y servicios para los problemas relacionados con el alcohol. Según Silverstein (1990), Al-Anon y Alateen son dos de las organizaciones de mayor éxito ayudando a las familias de los alcohólicos. Al-Anon está diseñado principalmente para ayudar a las esposas de los alcohólicos, mientras que Alateen está diseñado para ayudar a los niños de los alcohólicos. La filosofía de ambas organizaciones se basa en Doce de Alcohólicos Anónimos del

Por un mejor de Derecho en favor de Niños y Adolescentes



Programa de Recuperación de Paso. El objetivo principal de estas organizaciones es ayudar a los miembros de la familia entiendan que ellos no son responsables de problemas con la bebida de un alcohólico y que la recuperación de los familiares no depende de la recuperación del alcohólico.



CAPÍTULO III

MEDIDAS DE PROTECCIÓN VIGENTES EN LA LEY 2026 EN FAVOR DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.

3.1.-MEDIDAS DE PROTECCIÓN INTERPUESTAS POR LA DEFENSORIA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.

Las medidas de protección son consideradas mecanismos legales que buscan proteger la integridad física, emocional y psicológica de niños y adolescentes, estas proceden con respecto a la vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes y obedecen a tres factores: Por omisión de la sociedad o del estado, por omisión de los padres o responsables y por la conducta de la persona sujeto de protección, estas medidas de protección social pueden ser aplicadas por el juez de Partido de la Niñez y Adolescencia y de manera más limitada las defensorías de la niñez y adolescencia en su gran parte a solo la orientación y apoyo, derivación de programas de ayuda a centros médicos, brindar una atención interdisciplinaria todo en pos a lograr y asegurar el interés superior de niños y adolescentes

Estas medidas son aplicadas por las Defensorías dentro las atribuciones conferidas que le otorga la ley 2026

3.1.1.-Art.208 (Aplicación de Medida por defensorías de la niñez y Adolescencia).

- 1- Orientación, apoyo y acompañamiento temporales;
- 2- Derivación a programas de ayuda a la familia, al niño, niña o adolescente
- 3- Inscripción y asistencia obligatoria del niño, niña o adolescente en establecimientos oficiales de enseñanza
- 4- Derivación a la atención médica, psicológica o psiquiátrica en régimen hospitalario o ambulatorio



5- Derivación a programas de ayuda, orientación o tratamiento para casos de dependencia al alcohol y/o otras drogas.⁴⁸

Todas ellas son medidas de protección que pueden aplicar las defensorías de la Niñez y Adolescencia con respecto al apoyo, orientación y acompañamiento las defensorías de la ciudad de La Paz realizan una orientación integral en las áreas de Psicología, Trabajo Social y Asesoramiento Legal cada una de estas áreas realiza como equipo el respectivo seguimiento de un niño u adolescente en cada área brindando, así un apoyo, orientación y seguimiento de una denuncia interpuesta ante la defensoría al momento de que la defensoría asume conocimiento de una vulneración de derechos de niños o adolescentes el área de trabajo social se encarga de recabar los mayores datos de la denuncia ya sean desde números de teléfonos direcciones de las víctimas y agresores y se señala día y hora de visita social en el cual la profesional se encarga de ver las condiciones de habitabilidad de la víctima e indagar en la zona con vecinos o personas cercanas al entorno de la víctima y encontrar mayores elementos que nos lleven a una verdad histórica de los hechos denunciados y se llega a citar a los agresores para que se aproximen ante la defensoría y se pueda llegar a un compromiso de no volver a agredir o vulnerar derechos de niños y adolescente la defensoría trata de mediar estos hechos y en lo posible de conciliarlos si este fuere el caso, ya que existen ciertas acciones en las que prepondera la improcedencia de la conciliación ya sean por la comisión de delitos o temas relacionados con maltrato o suspensión, pérdida de autoridad de los progenitores los cuales no son conciliables ya que son hechos que afectan gravemente el desarrollo integral de niños y adolescentes paralelamente el área de psicología realiza una evaluación y valoración del estado anímico y psicológico y en casos más difíciles la contención de las víctimas siendo estos niños o adolescentes el profesional a cargo de esta área realiza un informe de la gravedad o estado

⁴⁸ Código Niño, Niña y Adolescente Ley N° 2026.



actual en el aspecto psicológico sobre los niños u adolescentes y las respectivas recomendaciones para que se pueda restablecer la integridad física psicológica y emocional del niño u adolescente con todas estas valoraciones de ambas áreas el área legal decide en equipo conjuntamente con las dos áreas descritas anteriormente la determinaciones legales y la posición ante el juez de partido de niñez y adolescencia sobre la situación de un niño u adolescente desde realizar una denuncia solicitar la aplicación de una medida de protección social que en su gran mayoría suelen ser de acogimientos en centros transitorios y proseguir con las investigaciones pertinentes para restablecer los derechos vulnerados de los niños y adolescentes.

3.2.-MEDIDAS DE PROTECCION SOCIAL INTERPUESTA POR EL JUEZ DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.

2.2.1.-Artículo 210 (APLICACIÓN DE MEDIDA POR EL JUEZ DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA).-

- 1.** Ordenar por tiempo determinado, la salida del agresor del domicilio familiar, pudiendo derivarlo a un centro de atención psicológica;
- 2.** Prohibir el tránsito del agresor por los lugares que transita la víctima;
- 3.** Entrega del niño, niña y adolescente a los padres o responsables, previa suscripción de compromiso de asumir su responsabilidad y disponer la orientación técnica y seguimiento respectivo;
- 4.** Colocación en hogar sustituto;
- 5.** En caso en que el agresor fuera funcionario de una institución pública o privada disponer que se envíen los antecedentes a la respectiva institución para que se tomen las medidas administrativas correspondientes;
- 6.** En caso de maltrato las medidas dispuestas por la Ley 1674, en todo lo que no se oponga al presente Código. Si el maltrato fuera un acto reincidente o revistiera gravedad que ponga en riesgo la integridad física y mental del niño niña o adolescente, se remitirá los obrados a la jurisdicción penal;



7. Acogimiento en centros de atención.

“En cuanto al acogimiento es una medida de carácter provisional y excepcional viable únicamente en casos extremos y como transición a la colocación en un hogar sustituto u otra medida adecuada. Esta medida no implica privación de libertad además”⁴⁹, las facultades que este mismo cuerpo normativo otorga al Juez para aplicar medidas de protección social son muchas más en relación a la Defensoría y de mayor efectividad en la protección de los derechos de los niños, además puede aplicar cualquier medida de protección que las dispuestas para la Defensoría de la Niñez y Adolescente, el Juez tiene atribuciones para determinar la salida del agresor del domicilio familiar, derivarlo a un centro de apoyo psicológico, prohibir el tránsito del agresor por donde transita la víctima, entregar al sujeto de protección a sus padres, colocarlo en familia sustituya, acoger al niño en algún centro de atención etc.; sin embargo, consideramos que esa efectividad y aplicabilidad están exentos los numerales 5 y 6 del Art. 210 de la ley 2026 que dispone que en caso de que el agresor fuera funcionario de una institución pública o privada, el Juez puede disponer que se envíen antecedentes a la respectiva institución para que se tomen las medidas administrativas correspondientes.

3.3.- PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN MEDIDA DE PROTECCIÓN SOCIAL QUE PERMITA QUE PROGENITORES CON PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO SEAN REMITIDOS O TRATADOS A CENTROS ESPECIALIZADOS PARA SU REABILITACION”.

Tras poder tener una breve relación de cada una de las medidas de protección tanto aquellas que están facultadas a las defensorías como también

⁴⁹ Código Niño, Niña y Adolescente Ley N° 2026



aquellas que el Juez de partido de Niñez y Adolescencia puede aplicar todo en favor de los sujetos protegidos por la Ley N°2026 consideramos y debemos señalar en forma textual y clara la implementación de una nueva medida que de alguna manera promueva un futuro bienestar de niños y adolescentes y se evite poner en riesgo la integridad de niños y adolescentes por ello el objetivo de esta investigación se remonta a poder promover una medida de protección social que creemos que deba ser instruida por el juez competente en este caso el juez de niñez ya adolescencia e implementar un octavo numeral en el art 210 de la ley N° 2026 y que a la letra dice:

Art. 210 (Aplicación de medida por el juez de la niñez y adolescencia).-

Además de las establecidas en los numerales del 1 al 5 del artículo 208, el Juez de la Niñez y Adolescencia de acuerdo con el caso y en los términos previstos por esta ley puede aplicar las siguientes medidas:

Numeral 8

“El juez podrá ordenar por los programas especializados en el tema la realización de la prueba correspondiente si el progenitor o progenitores denotan problemas con el alcohol y en virtud a los resultados el juezdispondrá su rehabilitación ya sea desde un tratamiento ambulatorio hasta su internación si así lo amerita,dichas medidas se aplicaran tomando en cuenta las recomendaciones de la institución encargada de dicha evaluación“.

Se debe tomar muy en cuenta que dicha medida no debe ser tomada como una privación de libertad ya que la misma busca ante todo un bienestar para niños y adolescente que si bien en casos de progenitores de los cuales asumen muchas responsabilidades al momento de concebir un niño y traerlo a la vida y de esa manera efectivizar tanto sus derechos como sus deberes se debe cultivar en nuestro país un sentido de amplia responsabilidad ya que si no se cuenta con ello las próximas generaciones que en un futuro conformaran las venidera sociedad en nuestro país será la más perjudicada ya que tendremos una sociedad conformada por estos niños que fueron



víctimas de maltrato ya sea física psicológica o por omisión desvirtuando una noción de familia y dejando de lado muchos valores que hacen fuerte a un país en su desarrollo dichos padres más que una obligación de asistir a su rehabilitación ya que los expertos en temas de alcoholismo y su rehabilitación hacen referencia de que la voluntad del paciente es muy importante para una mejor rehabilitación de este mal, deberán ver más allá de su privación de libertad o ya sea la obligación de asistir a dichos programas que es un esfuerzo que hacen por sus hijos y por su sociedad y si no lo lograren esta seguramente se constituirá en una más de las pruebas para un futuro proceso ya sea de suspensión y en casos más severos la pérdida de autoridad del o los progenitores ya que debemos precautelarnos por un interés superior del niño y adolescente ya sea sobre la sociedad o las personas mismas ante todo es velar lo mejor para un niño o adolescente ya que creemos que es mejor que un niño permanezca en un centro de acogimiento los cuales deberán mejorar sus programas para tener futuros ciudadanos brillantes y capaces de salir adelante ya que por razones que ellos no pidieron y por la irresponsabilidad de progenitores en asumir su cuidado están en dichos centros de acogimiento creemos que es mejor ello, a ser víctimas en toda su infancia y adolescencia y ser expuestos a riesgos innecesarios de violencia y todas las formas de maltrato descritas con anterioridad.

En cuanto a los centros de rehabilitación que tendrían la dura tarea de realizar dichas evaluaciones y rehabilitaciones ya que hasta la fecha no existe entidad alguna de manera formal que realice estas atenciones para lo cual el gobierno de turno deberá implementar dichos centros especializados su conformación y modo de trabajo deberá ser objeto de estudio en otra investigación ya que amerita dicho estudio, por su complejidad y ser utilizada también como un complemento o viceversa a esta investigación afirmando a la vez que esta investigación es viable ya que es suficiente poner como ejemplo dentro nuestra realidad nacional una institución que se encarga y coadyuva con la FELCC y el Ministerio Público la lucha contra el crimen; el



instituto de Investigaciones forenses (I.D.I.F) que realiza una labor destacada en la lucha contra el crimen creo que ese sería un modelo a seguir y proyectar una institución similar pero especializada en la atención, valoración y rehabilitación de alcohólicos.

4.-CONCLUSIONES.

A la culminación de la presente monografía debo manifestar que dicho estudio me llevo a dar las siguientes conclusiones:

- Que el alcoholismo es un mal y vicio que afecta en gran medida en casos de progenitores a la familia desencadenando violencia intrafamiliar maltrato a cada uno de los integrantes de la misma causando cambios y trastornos en la personalidad de los integrantes de la familia.
- Que muchos factores que dan lugar a este vicio son el poco empleo la educación volviéndose costumbre asistir a un acontecimiento beber hasta no poder o no recordar lo sucedido o asistir frecuentemente a lugares donde se expidan bebidas alcohólicas y lo más peligroso, volverlo un habito y pasar hacer dependiente del alcohol y no darse cuenta que uno está sumido en este vicio y tal vez no aceptar dicha situación y haciendo daño a todo su entorno familiar.
- Que la violencia se aprende a raíz de verlo de forma cotidiana y asumirlo como normaly adquirir esa personalidad ya que desde muy niños pasando por la adolescencia se vio algo frecuente a un principio con temor pero pasan los años y vivir en constante violencia asumiendo dicha personalidad como algo normal.
- La especialidad en la materia no se dio hasta fecha por el estado Boliviano como tal, ya que instituciones en su gran mayoría evangelistas o que profesan alguna religión se hacen cargo de dichas problemáticas pero de



manera dispersa la cual debería centralizarse y convertirse en una más de las prioridades del estado tomando en cuenta que la base de un estado son las sociedades y lo más pequeño como una célula de un organismo son las familias.

➤ Que debemos prevenir estos males y vicios y todo ello será prevenido en una mejora en la educación e inculcación de valores conocer tus derechos y deberes denunciando la vulneración de derechos creando así fortalezas en nuestra sociedad y a consecuencia de lo mencionado un venidero futuro para las próximas generaciones.

5.-RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.

Promover la educación y conocimiento de derechos que tienen los niños y adolescentes y guiar su futuro a grandes emprendimientos y hacerles comprender que el estudio los ayuda a salir adelante en el transcurso de la vida ya que con seguridad estos son futuros padres que inculcaran los mismos valores a sus descendientes.

Promover instituciones especializadas en cuanto a la problemática del alcoholismo que puedan determinar cuando una persona es alcohólica y debe ser tratada y a la vez trabajar en dicha rehabilitación debe convertirse en una prioridad del estado y la sociedad como tal ya que su éxito también será preponderante para que el progenitor o progenitores vuelvan a conformar una familia fortalecida y dispuesta a enfrentar los desafíos de la vida y buscando el bienestar y éxito de su descendencia.



BIBLIOGRAFIA

- **Anuario Administrativo** de 1929 compilado por Leonardo Montero, litografía e Imprenta Unidas, La Paz Bolivia.
- **Anuario Administrativo** de 1940 Edición Oficial, Tomo I. La Paz Bolivia.
- **Anuario Administrativo** de 1940 Edición Oficial, Tomo III. La Paz Bolivia.
- **ARGUELLO**, Luis Rodolfo, Manual de derecho Romano- Editorial Astrea de Alfredo Buenos Aires 2004.
- **BOLETIN DEL INSTITUTO INTERAMERICANO DE NIÑO**, Los derechos del niño, Uruguay, 1961.
- **BLUSKE** de Ayala Gloria (1975) Derecho de menores, Doctrina y legislación Boliviana, Junta Nacional de Desarrollo La Paz-Bolivia.
- **CABANELLAS DE TORREZ**, Guillermo Diccionario enciclopédico del Derecho usual.
- **CASTILLO** Ríos Carlos (1968) Derecho de Menores, Lima Perú.
- **CODIGO DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE** (Ley N° 2026).
- **CILLERO B. Miguel**, El interés superior del niño en el marco de la Convención en Revista ESMESC (1998), Santa Catarina-Brasil.
- **CILLERO B. Miguel**, Infancia autonomía y derechos. Una cuestión de derechos. WWW.iin.org.
- **CHUNGA LA MONJA**. Fermín, (2003) Derecho de Menores, 5ta edición, ed. Grijley Lima Perú.
- **DANIEL Hugo D^a Antonio (1994)** Derecho de Menores Editorial Astrea, Buenos Aires.
- **DAVALOS** Guillermo (1996), Análisis y Socialización del Código del Menor, DNI La Paz –Bolivia, Coordinadora de Organismos Pro Niño La Paz.
- **DECRETO LEY N°10426**, art. 60.



- **DOMIC Jorge (1997)**, Las huellas de la violencia Editado por Terre de Hommes, UNICEF-BOLIVIA.
- **DONNELL Daniel (1990)**, La convención sobre los Derechos del Niño Estructura y Contenido en la infancia N° 230 Boletín INN-OEA.
- **GARATE Martin (1994)** Convención Internacional y Legislación de Menores, Memorias del Segundo Foro Latinoamericano permanente por la infancia UNICEF, Cochabamba – Bolivia.
- **GARCIA Méndez Emilio**, Derecho de la Infancia y Adolescencia en América, Edición Fórum Pacis, Colombia, 1994.
- **GHODSEH, Khan I.** Psychoactive drugs: improving prescribing practices. Organización Mundial de la Salud 1988.
- **GROSSMAN Mesterman (1992)** Maltrato al Menor, Editorial Universidad Buenos Aires.
- **LOPEZ A.M. Y OTROS**, Derecho de Familia, Ed Tirant to Blanch 1997 Valencia.
- **MALDONADO Abrahán (1957)**, Legislación Social Boliviana, Imprenta Nacional.
- **MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV MASSON S.A.** 1995.
- **MEMORIA DEL XI CONGRESO PANAMERICANO DEL NIÑO**, Colombia Bogotá, 1960.
- **NOROÑA Carmen Rosa (1996)** La reinserción familiar en mi Derecho a vivir en una Familia, Graficas San Pablo, Quito Ecuador.
- **Organización Panamericana de la Salud** “Manual de Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud “Washington, D.C.: OPS, © 2010 ISBN: 978-92-75-33113-2.
- **PACHECO DE KOLLE Sandra**, Derecho de la Niñez y Adolescencia, editorial Alexander, Cochabamba-Bolivia, 2004.



- **PAZ Espinoza Félix C**, Derecho de la Niñez y adolescencia y Derechos Humanos, Editorial de Servicios Gráficos Illimani, La Paz Bolivia 2005.
- **PEÑALOZA María Isabel** (1996), Políticas de la Infancia y Adolescencia, respeta Nuestros Derechos en subsecretaria de asuntos Generacionales La Paz.
- **SAJON Rafael** (1995) Derecho de Menores, Abeledo Perrot, Buenos Aires ,
- **SAU Sánchez, Victoria**, Departamento de Psicología Evolutiva y Diferencial Universidad de Barcelona Colaboradora del Dispensario de Alcoholismo Hospital Clínico de Barcelona.
- **SILES Hernán**, en imprenta Litografía y encuadernaciones Barcelona, en el año de 1910 En Santiago Chile.
- **SOLIZ** Saavedra Rogers Ramiro y **ROJAS** Aramayo Manuel Pablo, Código del Niño, Niña y Adolescente Comentado y Concordado (Propuestas de Reformas hacia un estado Plurinacional), Primera Edición 2011, La Paz – Bolivia.
- **TIFFER Sotomayor Carlos** (1996) Ley de Justicia Penal Juvenil, Editorial San José Costa Rica.
- **VARGAS Mario A**, Los derechos de los Niños y Niñas Revista Nullum Crimen.