

BIOPATOLOGÍA DE LA EDAD ESCOLAR
Maestro de Educación Especial (tercer curso)

DOCUMENTOS PARA CLASE

Deprivación socioambiental: Maltrato infantil

Profa. Dra. María José Martínez Segura

Departamento de Métodos de Investigación
y Diagnóstico en Educación

Facultad de Educación

Universidad de Murcia

Biopatología de la deprivación socioambiental: Maltrato infantil.

ÍNDICE

	Página
1. Malos tratos a la infancia.	3
1.1. Concepto de maltrato infantil.	3
1.2. Tipologías de maltrato infantil.	4
2. Etiología del maltrato infantil: Modelos explicativos.	6
2.1. Modelo psiquiátrico psicológico.	6
2.2. Modelo sociológico.	8
2.3. Modelo centrado en el niño.	9
2.4. Modelo de interacción social.	9
3. Consecuencias del maltrato infantil.	12
3.1. Consecuencias a corto plazo.	13
3.2. Consecuencias a largo plazo.	14
4. Situaciones frecuentes de maltrato a la infancia.	14
4.1. Malos tratos de tipo físico.	15
4.2. Malos tratos infantiles por intoxicación.	18
4.3. Formas raras y graves de maltrato infantil.	19
4.4. Malos tratos emocionales o psicológicos.	21
4.5. Maltrato pasivo: omisión, negligencia y abandono.	22
4.6. Síndrome de Münchhausen por poderes.	23
5. Abuso sexual infantil.	24
5.1. Definición, incidencia y características del abuso sexual infantil.	24
5.2. Causas del abuso sexual infantil.	26
5.3. Consecuencias del abuso sexual infantil.	27
5.4. Prevención del abuso sexual infantil.	28
6. Abuso y negligencia fetal y connatal.	30
7. La adicción paterno/materna y el maltrato infantil.	32
7.1. Hijos de padres alcohólicos.	33
7.2. Hijos de padres adictos a la heroína.	35
8. Maltrato institucional.	30
8.1. Factores que pueden favorecer el maltrato institucional.	37
9. Prevención del maltrato infantil.	..39
9.1. Objetivos y estrategias preventivas relacionados con el control de factores de riesgo.	40
9.2. Objetivos y estrategias preventivas relacionados con el desarrollo de factores de resistencia y protección.	41
10. Referencias bibliográficas.	42

Biopatología de la deprivación socioambiental: Maltrato infantil.

1. Malos tratos a la infancia.

El concepto de maltrato infantil aparece muy recientemente en el ámbito del estudio de los problemas psicosociales y no ha sido objeto de tratamiento en el contexto internacional hasta después de 1970. Siendo un tema de tan reciente interés, es frecuente encontrar distorsiones en la forma en que es percibido por la sociedad en general.

El hecho de centrarnos en el estudio de los malos tratos en la edad infantil conlleva como objetivo encontrar la mejor manera de corregir situaciones individuales, familiares y sociales que lo potencian. Pero antes de comenzar a estudiar este tema es necesario partir de la definición de lo que consideramos como maltrato, esto resulta difícil ya que son muchos los aspectos que podrían incluirse dentro de un posible concepto. Por todo ello a lo largo de este apartado vamos a tratar de recoger diferentes ideas que nos ayuden a definir este concepto y, al mismo tiempo, reunir diferentes vertientes de la misma problemática diferenciando distintos tipos de situaciones que entrañan maltrato.

1.1. Concepto de maltrato infantil.

Como punto de partida debemos tener en cuenta que para definir una situación de maltrato hemos de fundamentarnos en las consecuencias para el niño, es decir, en los daños producidos, en las necesidades no atendidas, y no tanto en la presencia o ausencia de determinadas conductas.

Existen dificultades para establecer una definición única y válida de lo que es el maltrato infantil, pero debemos tener en cuenta unos criterios que nos pueden ayudar a realizar dicha definición:

- I. *La perspectiva evolutiva.* Un mismo comportamiento parental puede ser dañino para un niño en un determinado momento evolutivo (por ejemplo, dejar solo a un niño de tres meses) y no serlo tanto en otro periodo (por ejemplo, castigar a un niño de diez años dejándolo solo un cierto tiempo). Por ello la conceptualización de una acción o una omisión como maltratante o negligente y su nivel de gravedad se deben establecer en función de la edad del niño.
- II. *Presencia de factores de vulnerabilidad del niño.* Un mismo comportamiento puede no ser dañino para un niño sano, mientras

que en otro niño (con enfermedades crónicas severas, retraso físico o psíquico, etc.) puede ser considerado como maltratante.

- III. *Existencia de daño real o daño potencial.* En determinadas ocasiones no existe un daño real inmediato como consecuencia de una actuación de maltrato, pero dicho daño puede ser potencial y manifestarse después de cierto tiempo.

De acuerdo con lo anterior, y teniendo en cuenta la descripción del maltrato infantil del Centro Internacional de la Infancia de París, podemos definir el maltrato a la infancia como:

“Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.”

La definición de maltrato que proponemos incluye tanto lo que se hace (acción), como lo que se deja de hacer (omisión), o se realiza de forma inadecuada (negligencia), ocasionando al niño no solamente daño físico, psicológico-emocional y social, sino que considerándole persona-objeto de derecho incluye sus derechos y su bienestar, y cuyos autores pueden ser las personas (familiares o no) y las instituciones-administraciones (maltrato institucional).

1.2. Tipologías de maltrato infantil.

El maltrato no es un hecho, un acontecimiento aislado, sino un proceso que viene determinado por la interacción de varios factores: sociales, familiares, del propio niño, etc., no siempre determinados cuantitativa ni cualitativamente. Por ello, establecer una tipología o clasificación de maltrato infantil presenta ciertos problemas.

Ante los maltrato no es tan importante el conocimiento etiológico específico como el reconocer la existencia de una multicausalidad (contextos maltratantes), por lo que su clasificación sólo implica determinar el problema más relevante que afecta al niño y que determina su detección.

En general, podemos clasificar el maltrato en tres grupos:

- *Prenatales.* Incluirían aquellas circunstancias de la vida de la madre, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influyan negativa o patológicamente en el embarazo y que tengan repercusiones para el feto.

- *Postnatales.* Son circunstancias durante la vida del niño que constituyan riesgo o perjuicio para el mismo, según la definición de maltrato infantil.
- *Institucionales.* Se producen cuando los autores son las instituciones o la propia sociedad a través de legislaciones, programas o la actuación de profesionales al amparo de la institución.

Una vez que establecemos una clasificación sobre los maltrato en la infancia, vamos a determinar dentro de estos grupos los distintos tipos de maltrato que podemos encontrar y las conductas que de ellos se derivan:

Tipologías de Maltrato Infantil	
PRENATALES	<i>Gestaciones Rechazadas.</i> Sin seguimiento médico, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal...
	<i>Hábitos tóxicos e hijos de padres toxicómanos.</i> Madres alcohólicas (síndrome alcohólico fetal), toxicómanas (síndrome de abstinencia neonatal), fumadoras...
	<i>Enfermedades de transmisión.</i> SIDA, Hepatitis B...
POSTNATALES	<i>Acción-físicos.</i> Lesiones cutáneas (escoriaciones, equimosis, heridas, hematomas, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, zarandeos, asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones y síndrome de Münchausen por poderes.
	<i>Omisión-negligencia.</i> No escolarización, desatención, abandono... Retraso crecimiento no orgánico. "Niños de la calle".
	<i>Emocional.</i> Rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, corromper, privación afectiva, abuso pedagógico...
	<i>Abuso sexual.</i> Violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, estimulación sexual...
	<i>Explotación laboral</i> Mendicidad, trabajo profesional, venta ambulante...
INSTITUCIONALES	Servicios sociales.
	Servicios sanitarios.
	Servicios escolares.
	Policiales-judiciales.
	Medios de comunicación social.
	Asociaciones.
El maltrato institucional tiene características específicas: puede existir contacto directo con el niño o no, presenta sintomatología propia, está causado por organismos y puede producirse en todos los campos de atención a la infancia (educación, servicios sociales, sanitarios, policía, justicia, medios de comunicación social, asociaciones, etc.).	

2. Etiología del maltrato infantil: Modelos explicativos.

El maltrato infantil exige la búsqueda de un cuerpo sólido de conocimientos acerca de sus causas y modo de desarrollo, que posibilite el acercamiento a las vertientes preventiva, diagnóstica y terapéutica

Para tratar de encontrar las causas que originan el maltrato en la infancia se trato de explicar, en un principio, en base a supuestas alteraciones psicopatológicas en los padres. Más tarde se defendieron hipótesis que daban importancia a los aspectos socioeconómicos. La evidencia de que ninguna de las variables de tipo sociológico o psicológico eran, por si mismas, ni necesarias ni suficientes para explicar el origen de los maltrato infantil, hizo que surgieran modelos etiológicos de tipo psicosocial y sociointeraccional en los que se trata de integrar los modelos psiquiátricos y psicológicos con los aspectos sociales, culturales y ambientales.

En resumen, podemos afirmar que la producción del maltrato infantil se ha ido considerando desde distintos modelos teóricos que sucesivamente se han ido desplazando y complementando:

- 1) Modelo psiquiátrico-psicológico.
- 2) Modelo sociológico.
- 3) Modelo centrado en el niño.
- 4) Modelos de interacción social.

2.1. Modelo psiquiátrico-psicológico.

Este modelo considera como factor prioritario explicativo las características psicológicas o los rasgos psicopatológicos de los perpetradores, proponiendo como método terapéutico la modificación de los factores emocionales presentes.

Estudios empíricos realizados sobre la responsabilidad de los padres en el abuso infantil se han centrado en cinco áreas de investigación entre las que se incluyen las siguientes:

- ◆ *Personalidad.* Ciertas variables de personalidad en los padres pueden desempeñar un papel importante en los maltrato a los hijos. Los padres abusivos tienen dificultades para controlar sus impulsos, muestran una escasa capacidad de empatía, suelen presentar estados depresivos o de ansiedad, son hiperactivos ante estímulos relacionados con el niño y manifiestan una intencionalidad negativa a la conducta del niño.
- ◆ *Alcoholismo y drogadicción.* Se ha encontrado una fuerte relación entre el consumo de drogas y el abuso infantil.

- ◆ *Transmisión intergeneracional del abuso.* El haber sido víctima de abuso infantil durante un tiempo prolongado puede guardar relación con la posibilidad de que el individuo llegue a convertirse en un padre abusivo. La conducta agresiva se aprende en la infancia y posteriormente se expresa durante el ejercicio de la paternidad. Aunque no siempre vaya a ocurrir esto, ya que se puede romper el ciclo de maltrato cuando se recibe cariño o apoyo emocional por parte de personas significativas.
- ◆ *Cognición social.* Las expectativas irrealistas de los padres al esperar de sus hijos conductas maduras absolutamente inapropiadas para su edad pueden desencadenar en causa de abuso infantil.
- ◆ *Estilo interactivo y prácticas de crianza.* En las familias negligentes se producen más interacciones padre-niño negativas y menos positivas, tienden a portarse insensibles y retraídos, ejerciendo rara vez la disciplina y cuando lo hacen recurren a gritos. Los padres abusivos también apoyan menos a sus hijos y les dirigen menos conductas positivas y utilizan estrategias punitivas como medio de control, por ello suele ser frecuente la utilización del castigo físico con independencia del tipo de conducta inadecuada del niño.

De acuerdo con este modelo, en la siguiente tabla, tratamos de reunir algunas de las características de personalidad propias del padre abusador:

Personalidad característica del padre abusador				
<i>Pobre desarrollo emocional</i>	<i>Baja autoestima</i>	<i>Aislamiento emocional</i>	<i>Soledad depresiva</i>	<i>Bajo control de la agresividad</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Inmadurez. - Dependencia. - Necesidad de afecto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Baja/pobre autoestima. - Escasa autoconfianza. - Sensación de incompetencia. - Hipersensible. - Pobre autoidentidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aislado. - Rechaza relaciones humanas. - Falta de empatía. - Falta de afecto. - Desconfiado. - Dificultad matrimonial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deprimido. - Sentimientos depresivos crónicos. - Apático. - Triste, infeliz. - Temor a estar solo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Agresión probablemente controlada. - Hostil. - Agresividad y hostilidad perversa. - Patrón de agresión y violencia.

2.2. Modelo sociológico.

El modelo sociológico dirige la etiología del maltrato a las actitudes socioculturales: el modelo de sociedad que legitima la violencia como modo idóneo de control interpersonal y las familias en situaciones de estrés (enfermedad, alcohol, droga, desempleo, dificultades socioeconómicas, hacinamientos problemas matrimoniales, problemas legales, etc.) constituyen los principales motivos explicativos desde el punto de vista sociológico al fenómeno del maltrato. Desde esta perspectiva, los padres son considerados víctimas de las fuerzas sociales.

Los estudios empíricos realizados sobre los factores sociales responsables de los maltrato se han centrado en cuatro áreas sociales y demográficas: el estrés familiar, el aislamiento social de los miembros de la familia, la aceptación social de la violencia como medio de resolver los problemas interpersonales y la organización social de la comunidad. A continuación pasamos a describirlas:

- ◆ *El estrés familiar.* Entre los factores sociológicos que provocan el estrés familiar podemos señalar: la desventaja socioeconómica, la falta de uno de los padres y el número de hijos.
- ◆ *Aislamiento social de la familia.* Constituye un factor clave en el abuso infantil, ya que este empobrecimiento social puede fortalecer la predisposición de una familia a la violencia. Es preciso tener en cuenta que el apoyo social es fundamental en la prevención de los maltrato, prestando ayuda para el cuidado del niño, facilitando el acceso a los recursos en momentos de crisis y permitiendo que observadores externos controlen lo que sucede en la familia.
- ◆ *Aceptación social de la violencia.* El maltrato correctivo o moderado no es visto como práctica negativa en la sociedad. Difícilmente se podrá eliminar el maltrato si los padres educan a sus hijos en una sociedad violenta, en la que el castigo corporal es considerado una técnica de crianza y la propia paternidad es concebida en términos de propiedad.
- ◆ *Organización social de la comunidad y abuso infantil.* Las áreas que presentan una mayor tasa de maltrato infantil suelen ser aquellas en las que se entremezclan las condiciones de pobreza, desempleo, hogares monoparentales a cargo de la mujer, segregación racial, viviendas desocupadas y pérdidas de población. El maltrato infantil es una manifestación de la organización social de la comunidad y que su presencia se relaciona con algunas de las mismas condiciones macro sociales que están también en el origen de otros problemas urbanos.

2.3. Modelo centrado en el niño.

Los modelos basados en el niño consideran que la víctima presenta determinadas características que hacen que resulte aversiva para sus padres y la coloca en situación de riesgo de abuso o de abandono. Las variables de riesgo relacionadas con el niño se pueden agrupar en tres áreas: edad, estado de salud y conducta del niño.

- ◆ *Edad del niño.* Los niños de menor edad parecen tener un riesgo mayor de sufrir maltrato físico. El hecho de que los niños más pequeños tengan más dificultad para regular sus emociones también puede incrementar la posibilidad de que se utilice la violencia contra ellos.
- ◆ *Estado físico del niño.* La discapacidad desempeña un papel real en el maltrato. Por lo que respecta al estado de salud física general, la mala salud del niño puede constituir un factor de riesgo de abuso infantil, debido al estrés añadido que puede representar en las relaciones padres/niño.
- ◆ *Conducta del niño.* Los niños que presentan conductas disruptivas suelen provocar con su propio comportamiento reacciones de maltrato en sus progenitores.

2.4. Modelos de interacción social.

A través de la explicación de los modelos anteriores hemos podido apreciar que el maltrato infantil no es un fenómeno simple, sino un problema de extremada complejidad, que requiere un enfoque multidimensional. Por ello, para poder llegar a entender los procesos de maltrato infantil hay que tener en cuenta las variables de los padres, del niño y de la situación, en una interacción dinámica.

Ni todos los padres maltratadores padecen problemas psiquiátricos, ni todas las familias socialmente desfavorecidas y en situación de estrés maltratan a sus hijos. Todo ello ha motivado el surgimiento de los modelos sociointeraccionales, los cuales toman en consideración los diferentes niveles: ecológicos, familiares, ambientales, sociales e individuales del propio niño, interviniendo como factores interrelacionados e interactuando entre ellos. Esta perspectiva interactiva o transaccional hace posible concebir el fenómeno del maltrato como la expresión de una disfunción en el sistema padres-niño-ambiente.

Desde esta perspectiva podemos encontrar *tendencias ecológicas* que consideran la realidad familiar, la realidad social y económica y la cultura, organizadas como un todo articulado de manera dinámica. De este modo, el maltrato infantil se puede considerar determinado por múltiples factores que se agrupan en cuatro *niveles ecológicos*:

- 1) *Desarrollo ontogénico*. Representa la herencia que los padres traen consigo a la situación familiar y al rol paternal.
- 2) *Microsistema familiar*. Incluye las características del niño, de los padres, el ajuste marital y la compensación familiar.
- 3) *Exosistema*. Representa las estructuras sociales que rodean al microsistema familiar.
- 4) *Macrosistema*. Se refiere al conjunto de valores y creencias culturales acerca de la paternidad, los niños, derechos de padres sobre hijos, etc.

De acuerdo con esta perspectiva ecológica podemos, en la siguiente tabla se resumen algunos de los principales factores de riesgo que pueden ocasionar maltrato:

Factores de riesgo (o potenciadores del maltrato infantil)			
<i>Desarrollo ontogénico</i> (Padres)	<i>Microsistema</i> (Familia)	<i>Exosistema</i> (Comunidad)	<i>Macrosistema</i> (Cultura)
<ul style="list-style-type: none"> - Historia de maltrato. - Historia de desatención severa. - Rechazo emocional, falta de afecto en la infancia. - Carencia de experiencia en el cuidado del niño. - Ignorancia de las características evolutivas. - Historia de desarmonía y ruptura familiar. - Bajo C.I. - Pobres habilidades interpersonales. - Falta de capacidad para comprender a otros (empatía). - Poca tolerancia al estrés. - Estrategias inadecuadas para resolver problemas. - Problemas psicológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Interacción paterno-filial: <ul style="list-style-type: none"> - Desadaptada. - Ciclo ascendente de conflicto y agresión. - Técnicas de disciplina coercitivas. Reacciones conyugales: <ul style="list-style-type: none"> - Estrés permanente. - Violencia y agresión. - Progenitor único. Características del niño: <ul style="list-style-type: none"> - Prematuro. - Bajo peso al nacer. - Poco responsivo. - Apático. - Problemas de conducta. - Temperamento difícil. - Hiperactivo. - Hándicaps físicos. - Tamaño familiar. - Hijos no deseados. 	<ul style="list-style-type: none"> Trabajo: <ul style="list-style-type: none"> - Desempleo. - falta de dinero. - Pérdida de rol. - Pérdida de autoestima y poder. - Estrés conyugal. - Insatisfacción laboral. - Tensión en el trabajo. Vecindario y comunidad: <ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento social. - Falta de apoyo social. Clase social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Crisis económica. - Alta movilidad social. - Aprobación cultural del uso de la violencia. - Aceptación cultural del castigo físico en la educación de los niños. - Actitud hacia la infancia, la mujer, la paternidad, la maternidad.

Desde otra *tendencia transaccional* en la que se sigue manteniendo la naturaleza multicausal del maltrato, además se incluyen factores potenciadores del abuso infantil y factores compensadores. Mientras que los *factores potenciadores*, que se pueden hacer coincidir con los de riesgo, aumentan la posibilidad del maltrato, los *factores compensadores* actúan como amortiguadores, Ambos tipos de factores pueden ser transitorios o permanentes.

Los maltratos tendrían lugar cuando los factores potenciadores sobrepasaran o anularan la influencia de los compensadores. En la siguiente tabla vamos a seleccionar algunos de los factores que pueden ejercer una función de compensación que evite el maltrato en la infancia:

Factores Compensadores			
Desarrollo ontogénico (Padres)	Microsistema (Familia)	Exosistema (Comunidad)	Macrosistema (Cultura)
<ul style="list-style-type: none"> - C.I. elevado. - Reconocimiento de las experiencias de maltrato en la infancia. - Historia de relaciones positivas con un progenitor. - Habilidades y talentos especiales. - Habilidades interpersonales adecuadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hijos físicamente sanos. - Apoyo del cónyuge o pareja. - Seguridad económica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyos sociales efectivos. - Escasos sucesos vitales estresantes. - Afiliación religiosa fuerte y de apoyo. - Experiencias escolares positivas y buenas relaciones con los iguales. - Intervenciones terapéuticas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asunción sociocultural del niño como sujeto de derechos. - Divulgaciones de Derechos del Niño reconocidos por las Naciones Unidas. - Prosperidad económica. - Normas culturales opuestas al uso de la violencia.

En el equilibrio que se establece entre los factores de riesgo, o potenciadores del maltrato, y los factores compensadores, puede incidir otro grupo de factores que intervengan negativamente descompensando dicho equilibrio y llevando a situaciones inminentes de maltrato. Nos estamos refiriendo a los *factores precipitantes* que en cualquier momento actúan como detonantes de una situación de maltrato. A continuación enumeramos algunos de estos factores precipitantes:

Factores Precipitantes			
<i>Desarrollo ontogénico</i> (Padres)	<i>Microsistema</i> (Familia)	<i>Exosistema</i> (Comunidad)	<i>Macrosistema</i> (Cultura)
- Sucesos de las diferentes etapas de la vida. - Interpretaciones que se realizan de los hechos. Estrés subjetivamente percibido.	Sucesos estresantes en la familia: - Separación-divorcio. - Toxicomanía-alcoholismo. - Trastornos mentales graves. Niños: - Llanto persistente. - Problemas de alimentación. - No control del esfínter. - Rabietas. - Problemas de conducta.	- Pérdida de apoyo social. - Emigración, cambio de domicilio. - Falta de equipamientos sociales y educativos. - Medios de comunicación social, televisión, con sus programaciones y manejo informativo.	- No promoción del sentido de responsabilidad compartida en el cuidado de los niños. - Políticas sociales de mala calidad de atención a la infancia. - Aumento de desigualdades sociales.

Para finalizar podemos concluir con el convencimiento de que el maltrato no es un fenómeno simple, sino un problema de extremada complejidad, que requiere un enfoque multidimensional.

Solamente si vemos al maltrato desde un contexto *ecológico-interaccional*, en el cual van a intervenir factores individuales, familiares, ambientales y sociales, que conocemos como factores de riesgo, teniendo a su vez en cuenta los factores de compensación y precipitantes, llegaremos a una concepción sobre el origen de los maltrato en la edad infantil.

3. Consecuencias del maltrato infantil.

El precisar las consecuencias del maltrato puede entrañar cierta dificultad debido a la etiología multicausal de los mismos, pero en términos generales se pueden predecir ciertas consecuencias:

- El *desarrollo* de la persona que ha sido sometida a maltrato puede resultar *patológico* dándose una falta de integración entre las competencias cognitiva, social y emocional que permiten a las personas adaptarse a un determinado estadio.
- Suelen presentar un *apego inseguro* que va a predecir una serie de trastornos en distintas tareas y competencias: en las capacidades para

interactuar con los adultos, al explorar el mundo de los objetos y en el desarrollo del juego simbólico y en las capacidades cognitivas de resolución de problemas.

- La tendencia de los niños maltratados a presentar un *comportamiento agresivo* debido al modelado que realizan de esa conducta en el hogar.
- Presentan *dificultades en el procesamiento de la información*, lo que genera una mayor inexactitud de las interpretaciones que realiza el niño y cuanto más sesgadas sean estas interpretaciones mayor será el distanciamiento del niño de la vida escolar y de la vida social.

Una vez determinadas, en rasgos generales, los principales tipos de consecuencias que pueden aparecer derivadas de los maltrato, vamos a determinar cuáles de estas conductas son detectables a corto plazo y cuáles a largo plazo.

3.1. Consecuencias a corto plazo.

Los niños que han recibido algún tipo de maltrato suelen presentar a corto plazo un funcionamiento anómalo en las áreas socioemocional, conductual, cognitiva y social. De este modo, entre los trastornos más frecuente podemos señalar los siguientes:

- a. *Trastornos en el desarrollo de las relaciones de apego y del afecto.* Se ha detectado que existe cierta relación entre la insensibilidad de los cuidadores y el desarrollo de un apego inseguro. A su vez, estos niños con apego inseguro tienen una mayor probabilidad de presentar déficit en áreas importantes como el lenguaje y la interacción social. En cuanto a manifestaciones relacionadas con el afecto, se ha detectado que los niños maltratados tienden a niveles bajos de autoestima que les lleva a atribuir los sucesos positivos a factores externos, mientras que los negativos pensaban que se debían a ellos. Estas percepciones pueden desembocar con frecuencia en depresión.
- b. *Problemas de conducta.* Muchos de los niños maltratados adoptan patrones de conducta caracterizados por la agresión, déficit en habilidades sociales y aislamiento social (escasa interacción con sus iguales). En general son más agresivos y antisociales a la vez que presentan mayor número de manifestaciones de miedo y retraimiento.
- c. *Desarrollo cognitivo lenguaje y rendimiento académico.* En general presentan un retraso en el desarrollo cognitivo y en el rendimiento académico. Esto se manifiesta en déficit en el área de lenguaje (la comunicación, el habla pobre de contenido y escasa madurez lingüística).

- d. *Cognición social*. Estos niños tienen una percepción negativa sobre su propia competencia en diferentes áreas académicas. También presentan un rendimiento inferior tanto en la expresión como en el reconocimiento de las emociones. Y al conceptualizar las relaciones entre iguales o con los adultos lo hacen en términos de compartir o pelear (relación entre iguales), y obediencia/premio o desobediencia/castigo (relación niño-adulto).

3.2. Consecuencias a largo plazo.

Una de las secuelas a largo plazo del abuso infantil es la *conducta criminal violenta*. Por otra parte, cuando tratamos de buscar una relación entre el maltrato físico recibido durante la infancia y el abuso cometido con los propios hijos, observamos que no siempre se da esa transmisión intergeneracional. La perpetración o no de abuso infantil puede estar moderada por las características de los maltrato sufridos, las relaciones sociales de la víctima, aspectos emocionales y cognitivos y por factores de estrés experimentados por la víctima en el momento actual.

Otra consecuencia, relacionada con los maltrato durante la infancia, puede ser el *alcoholismo* o la *drogadicción* en la etapa adulta. Aunque la aparición de estas conductas se pueden encontrar mediatizadas por las cogniciones y sentimientos relativos al abuso infantil sufrido.

El maltrato infantil también se ha relacionado con las *conductas autolesivas y suicidas durante la adolescencia*.

También es frecuente que los jóvenes víctimas de maltrato físicos y aquellos que viven en hogares con un elevado nivel de conflictos tienden a presentar más *problemas emocionales*, como ansiedad o depresión.

Por último, los adolescentes que fueron víctimas de maltrato y abusos durante la infancia, presentan una *menor capacidad intelectual y un rendimiento académico más bajo* que los no maltratados.

4. Situaciones frecuentes de maltrato en la infancia.

Como ya hemos señalado con anterioridad, el maltrato es un fenómeno multicausal y enormemente complejo. Existe un continuo entre el buen trato y el mal trato, y podemos considerar maltratantes diferentes situaciones en las que por acción u omisión no se satisfacen las necesidades básicas de los niños. A continuación vamos a describir algunos ejemplos de situaciones típicas en las que se está incurriendo en maltrato a la infancia.

4.1. Malos tratos de tipo físico.

Comenzaremos recordando que entendemos por maltrato de tipo físico, para pasar después a describir algunos casos concretos. Así definimos los maltrato de tipo físico como cualquier acto intencionado o no accidental que realizan los padres o cuidadores del niño y que le produce a éste daño físico o enfermedad o que le coloca en grave riesgo de padecerlo. A continuación comentamos algunas características de distintos tipos de maltrato físicos:

- A. En piel y mucosas.** Las lesiones de la piel y mucosas provocadas representan la forma más frecuente de maltrato físico, y pueden ser producto de: 1) golpes o lanzamientos contra objetos duros, lo que produce hematomas, fracturas y roturas de tejidos; 2) quemaduras; 3) arrancamiento de dientes, pabellón auricular, ala y tabique nasal, cabello, uñas; 4) lesiones por mordisco, en general, de extremidades, pabellones auriculares; 5) heridas por arma blanca, objetos punzantes y cortantes, heridas por armas de fuego; 6) otras: marcas, úlceras, lesiones de pañal...

Las zonas corporales más frecuentemente lesionadas, aunque varían con la edad y la raza, son las tradicionales del castigo: glúteos, nalgas y caderas, antebrazos, hombros y muslos, espalda, cuero cabelludo, manos y pies, oídos, genitales, nariz y boca. Hay que tener en cuenta que los hematomas accidentales, no provocados, suelen aparecer en zonas prominentes del cuerpo, que actúan de choque, tales como barbilla, codos, rodillas y espinillas. Las lesiones cutáneas bilaterales casi siempre son provocadas; también aquellas incompatibles con el desarrollo motor del niño, por ejemplo hematomas o fracturas óseas en lactantes menores de un año.

La forma de la lesión cutánea puede ser muy diversa y dependerá del objeto agresor y de la intensidad de la fuerza productora de la lesión. El color de las lesiones de la piel es de pendiente de su antigüedad y de la profundidad del tejido lesionado

- B. Quemaduras.** La quemadura es una forma frecuente de maltrato que representa aproximadamente uno de cada diez casos de maltrato físico detectado. De aquellas que son provocadas la escaldadura por inmersión es la forma más habitual.

Dependiendo de la profundidad, las quemaduras se clasifican en tres grupos: de primer grado (afectan a la epidermis y la sensibilidad de la zona afectada se mantiene normal), de segundo grado (afecta a la dermis en su capa superficial y profunda, encontrándose la

sensibilidad de la zona disminuida), de tercer grado (afectan a la subdermis y la zona lesionada está ausente de sensibilidad). De cara a la recuperación funcional del área afectada y psicológica del niño es importante también su localización, siendo la cara, manos, pies y genitales las de peor recuperación funcional.

Las quemaduras provocadas pueden estar producidas por el contacto de un líquido caliente con la piel (*escaldadura*) o de un sólido (*quemadura seca*). Las primeras son más frecuentes (70%) y es la escaldadura por inmersión la más típica de maltrato. Son quemaduras delimitadas, de bordes nítidos, frecuentemente simétricas, de profundidad uniforme, que afectan preferentemente a las zonas tradicionales de castigo, glúteos, manos y pies, y adoptan forma de quemadura en guante, calcetín o quemaduras en casquete de glúteos al ser sentado en agua caliente. La profundidad de las quemaduras por escaldadura depende de dos variables: temperatura del líquido caliente y duración del contacto.

Las quemaduras por contacto con objetos incandescentes son menos frecuentes que las anteriores (30%), pero en ocasiones muy sencillas de identificar como provocadas al quedar impresa sobre la piel la huella del objeto agresor. Estos pueden ser muy diversos (planchas, calentadores, utensilios de cocina, cigarrillos...) y sus huellas permiten descifrar fácilmente su forma. Las quemaduras por contacto pueden ser casuales cuando la superficie quemada es la no cubierta por las ropas, los bordes de la lesión no son nítidos y la quemadura no es profunda. Las quemaduras por cigarrillos, redondas, son siempre provocadas, especialmente cuando son múltiples y redondeadas.

- C. Fracturas y lesiones óseas.** Las fracturas múltiples inexplicadas con distintos grados de consolidación pueden ser un indicador claro de presencia de maltrato. Las localizaciones más frecuentes de las fracturas son las extremidades (fémur, tibia, húmero). Las fracturas orofaciales pueden incluir lesiones en el hueso mandibular, maxilar o las piezas dentarias. También podemos encontrar fracturas en el cráneo, la pelvis y ciertos lugares de la columna vertebral.

Por otra parte, la inflamación de los tejidos blandos puede llegar a ser el primer signo que muestre una fractura subyacente de un hueso largo.

- D. Traumatismos craneoencefálicos.** La caída desde cierta altura puede ser una causa frecuente de traumatismo craneoencefálico. En este tipo de traumatismos existen dos formas de lesiones provocadas: el

traumatismo craneal con manifestación externa (fracturas de los huesos del cráneo o depresiones de los mismos) y las lesiones intracraneales producidas por la sacudida o por impacto. La sacudida consiste en el desplazamiento brusco del tronco hacia delante y atrás, lo que provoca movimientos de latigazo de aceleración y desaceleración de la cabeza, con rotura de las venas cerebrales que hacen de puente entre la duramadre y el cerebro; esto conduce a hemorragias retinianas o hematomas subaracnoideos sin signos externos craneofaciales de traumatismo. En algunos casos también nos puede hacer sospechar la presencia de maltrato la existencia de alopecia por tracción provocada por el arrancamiento forzado del pelo.

El traumatismo puede provocar en el cráneo y en su interior diferentes tipos de lesiones que determinan la gravedad y los síntomas.

Se denomina *convulsión cerebral* a la pérdida transitoria de conciencia con amnesia (respondiendo a una exploración clínica y radiológica normal), se recupera pronto el nivel de conciencia y el paciente no vuelve a presentar síntomas, excepto cefalea o vómitos.

Contusión cerebral se produce como resultado del traumatismo craneal directo o movimiento en latigazo y produce un daño en las estructuras intracraneales.

Fractura de cráneo puede ser variada: única o múltiple, lineal y presentar depresiones.

Hematoma subdural consiste en una acumulación de sangre venosa situada entre la duramadre y la corteza cerebral, se asocia a fractura en los huesos del cráneo. Cuando se da en niños pequeños (menores de 3 años) y va acompañado de hemorragias retinianas es un signo claro de maltrato.

Hematoma epidural es un acumulo de sangre situada entre el hueso y la duramadre.

Hemorragia parenquimatosa que puede producir diferentes manifestaciones neurológicas dependiendo de su localización y extensión.

Edema cerebral consiste en una hinchazón del cerebro que puede ser generalizada y difusa, con posible compresión de los ventrículos.

Coma persistente cuando no se vuelve a recuperar el estado de conciencia después de un fuerte traumatismo y se quedan en estado vegetativo.

- E. Lesiones viscerales.** Las lesiones viscerales son consecuencias de traumatismos torácicos y abdominales. Los *traumatismos torácicos* producidos por maltrato en los niños son lesiones poco frecuentes que pasan muchas veces inadvertidas por la ausencia de lesiones externas y que van acompañadas de un alto índice de mortalidad. El mecanismo de producción más habitual suele ser ocasionado por una comprensión anteroposterior del tórax cuando el niño es agarrado, comprimido o zarandeado. Las lesiones torácicas más frecuentes secundarias a un traumatismo torácico infantil son la contusión pulmonar, seguida de fracturas costales y neumotórax.

Fracturas costales son las lesiones torácicas más frecuentes producidas por maltrato infantil y suelen ir asociadas con lesiones severas del parénquima pulmonar, producidas por una comprensión violenta anteroposterior del tórax.

Contusión pulmonar se debe a lesiones del parénquima pulmonar que ocasionan acumulación de líquido y sangre en el interior de los alvéolos, produciéndose edema, hemorragia y broncoespasmo.

Neumotórax se produce como consecuencia de golpes con objetos romos, que ocasionan la rotura de una costilla que lesiona el parénquima pulmonar, produciendo la ruptura de los alvéolos o de una porción de la estructura de los bronquios.

Los *traumatismos abdominales* constituyen un 3% dentro de los diferentes lesiones presentadas por los niños maltratados. Las agresiones se producen habitualmente con objetos romos, puñetazos, patadas y caídas por empujones. En cuanto a la localización de las lesiones la parte media del abdomen es la más vulnerable para los golpes directos que comprimen las vísceras anatómicamente fijadas contra la columna vertebral, produciendo lesiones en el duodeno, mesenterio y páncreas. Las lesiones de hígado, bazo y riñón son más frecuentes que las de los órganos epigástricos.

4.2. Malos tratos infantiles por intoxicación.

Cuando nos referimos al concepto de intoxicación como forma de maltrato infantil, se trata de toda acción intencionada, o de aquella situación de negligencia manifiesta por parte de los padres o cuidadores, que cause daño físico, psíquico o

moral, o que ponga en peligro la salud del niño, como consecuencia de la ingestión de compuestos o sustancias químicas por el menor.

Para realizar un estudio de las intoxicaciones no accidentales, debemos de tener en cuenta los siguientes tipos:

- I. **Intoxicación intraútero.** Consiste en la ingestión por la mujer embarazada de sustancias tóxicas para el feto. Los efectos derivados pueden ser múltiples, dependiendo de la sustancia, de la cantidad y de la fase del embarazo en que ha sido ingerida. Estos abarcan desde el conocido síndrome de abstinencia en los hijos de toxicómanas, hasta malformaciones severas de diferente grado.
- II. **Intoxicación a través de la lactancia.** La mayoría de drogas y sustancias de abuso, junto a los medicamentos relacionados con el sistema nervioso central, son eliminados a través de la leche materna. En los casos en que la madre consuma este tipo de sustancias y esté dando de mamar al hijo, el lactante estará recibiendo el tóxico junto a su alimento. Los efectos dependerán del tipo de droga, pudiendo provocar desde una leve sedación producida por las benzodiazepinas, hasta la muerte descrita en algunos casos de intoxicación por cocaína.
- III. **Intoxicación pasiva.** En este grupo incluimos a los niños que ingieren o inhalan sustancias de abuso que los cuidadores o padres utilizan para consumo propio, y a las que acceden por despreocupación de los adultos en su utilización.
- IV. **Violencia química o envenenamiento.** En este concepto agrupamos los casos intencionados y deliberados en los que los adultos administran sustancias a los niños con el fin de hacerles daño u obtener un beneficio. Para ello, no siempre se utilizan fármacos o sustancias tóxicas, en sí mismas, sino que muchas veces la intoxicación se produce alterando la concentración de algún alimento (leche o zumo de manzana) o bien administrando en exceso especias como sal o pimienta. Especial atención merece el agua, que tanto por privación o por administrarla en exceso produce graves efectos en el niño, en otros casos su efecto deletéreo viene determinado al administrarla contaminada.

En cuanto a la edad, los niños pueden ser intoxicados desde el periodo prenatal hasta incluso la adolescencia, pero cuanto más pequeño es el niño, mayor riesgo tiene de ser objeto de violencia química.

4.3. Formas raras y graves de maltrato infantil.

Existen algunas formas raras de maltrato infantil que por los síntomas o el tipo de lesión pueden pasar desapercibidas como lesiones provocadas. En

ocasiones estas formas raras de maltrato pueden llevar secuelas permanentes, o ser tan graves que produzcan directamente la muerte.

Estas formas graves y raras de maltrato infantil pueden ser formas pasivas de omisión o negligencia como privaciones alimenticias, tanto de macronutrientes (dietas carenciales), como de micronutrientes (ausencia o déficit severo de vitaminas) que mantenidas durante un largo periodo de tiempo impiden el adecuado crecimiento de algunos órganos vitales para el desarrollo somático, intelectual o de los sentidos.

Otras veces son formas activas con consecuencias sobre el sistema nervioso central (intoxicaciones, traumatismos...), cardiovascular, abdominal (rotura de vísceras, hemorragias...), respiratorio (obstrucción de vías aéreas, ahogamiento, aspiración de sustancias...), y finalmente otra forma de presentación sería provocando una enfermedad, alegando y produciendo síntomas médicos o mediante interferencia activa por envenenamiento, interrupción o sobredosis de un tratamiento médico.

La mayoría de estos hechos son cometidos por adultos cercanos al ámbito familiar del niño y no corresponden a actuaciones impulsivas como ocurre en muchos casos de maltrato, sino que han requerido un alto grado de premeditación.

A continuación vamos a enumerar y describir algunos ejemplos que corresponden a estas formas raras y graves de maltrato infantil:

- a) **Quemaduras por microondas.** En algunos casos se han descrito lesiones graves producidas por colocar a niños pequeños dentro de este tipo de hornos. Este tipo de quemaduras son más severas en la piel y en los músculos (por su mayor contenido en agua) que en las zonas subcutáneas (con bajo contenido en agua y más grasas).
- b) **Quemaduras por secadores de pelo.** Estas quemaduras son causadas deliberadamente ya que el niño no puede sujetar el aparato y mantenerlo en una misma área el tiempo necesario para llegar a producir una lesión.
- c) **Intoxicación por sal común.** Puede ser muy grave y potencialmente mortal cuando la ingesta es superior a 0,73-3gr/kgr de peso corporal. La administración de cloruro sódico en exceso y crónicamente produce una sobrecarga osmolar que conduce a deshidratación hipertónica, convulsiones, hemorragia cerebral y daño neurológico.
- d) **Aspiración de pimienta.** Casi todos los casos de broncoaspiración letal de pimienta son manifestaciones de maltrato infantil. Las aspiraciones de pimienta desde la boca producen oclusión de la laringe, traquea y bronquios, encontrándose también pimienta en esófago y estómago en la necropsia, ya que todos los casos fueron mortales.

- e) **Lesiones por armas atemorizantes.** Las armas atemorizantes son instrumentos de autoprotección y consisten en una batería (de 9v) y un circuito que transmite un impulso eléctrico de alto voltaje. Los impulsos generados se transmiten a través de las vías nerviosas, estimulando los nervios más superficiales y provocando contracciones musculares incontroladas, dolor, astenia y pérdida de equilibrio. Los signos físicos por este tipo de armas son sutiles y pueden pasar desapercibidos.
- f) **Abandono de niños en taquillas guardaequipajes.**
- g) **Ritualismo.** Existen formas de maltrato que se producen en fiestas, reuniones o ciertas ceremonias o ritos en el que el agresor o agresores infunden miedo o terror a los niños y realizan acciones sádicas, perversiones sexuales y agresiones físicas que incluso provocan muertes de niños.
- h) **Ingestión reiterada de cuerpos extraños.** Botones, tornillos, agujas...
- i) **Inyección intravenosa de hidrocarburos.** Se trata de inyectar derivados del petróleo utilizados como solvente industrial y combustible para mecheros.
- j) **Déficit de vitamina B₁₂.** El déficit severo de esta vitamina se puede presentar en hijos de madres vegetarianas estrictas que son alimentados únicamente por leche materna. Estos lactantes crecen y se desarrollan con normalidad durante las primeras semanas de vida, pero en los siguientes meses aparecen unas regresiones de los hitos madurativos adquiridos, movimientos coreoatetósicos y atrofia cerebral.

4.4. Malos tratos emocionales o psicológicos.

Podemos considerar que el maltrato emocional o psicológico se da en aquellas situaciones en las que los adultos significativos de los que depende el niño, padres, educadores, tutores, etc., son incapaces de organizar y sostener un vínculo afectivo de carácter positivo, que proporcione la estimulación, el bienestar y el apoyo necesario para su óptimo funcionamiento psíquico.

Con objeto de estudiar este tipo de maltrato podemos establecer una clasificación, aunque esta no sea ajustada a las situaciones reales que podemos encontrar, en las que los comportamientos no se encuentran tan delimitados, así podemos maltrato psíquicos de tipo:

- **Pasivo. Abandono emocional.** Se considera como tal la ausencia permanente de respuestas, por parte de los adultos, a las señales de interacción afectiva del niño.
- **Pasivos. Negligencia en el cuidado psicoafectivo.** Se considera como tal tanto la ausencia parcial como las respuestas incongruentes por parte de los adultos a las señales de interacción afectiva del niño, lo cual provoca un descuido de las necesidades de apoyo, protección y estimulación necesarias para su desarrollo.

- *Activos. Malos tratos Psicológicos.* Aquellas situaciones de interacción en las que predomina la violencia del adulto sobre el niño, expresada en forma verbal, o en actitudes a través de amenazas, castigos, críticas, culpabilización, aislamiento, etc.

Es corriente que el maltrato psicológico esté presente cuando se producen maltrato físico; sin embargo, estos últimos pueden no darse cuando existe maltrato psíquico.

Los maltratos psicológicos generalmente adquieren las siguientes formas:

1. Castigos excesivos, recriminaciones, culpabilización, amenazas, etc., a raíz de dificultades evolutivas.
2. Utilización del niño como vehículo de reproche en situaciones de separación.
3. Depositación en el niño de responsabilidades excesivas para su edad.
4. Aislamiento del niño por traslados frecuentes de domicilio o localidad.
5. Clima de violencia cotidiana entre los padres y utilización del niño como objeto de descarga.
6. Utilización inadecuada del niño como objeto de gratificación en los casos en los que uno de los padres mantiene al hijo excesivamente apegado a él.

4.5. Maltrato pasivo: omisión, negligencia abandono.

El abandono y la negligencia pueden constituir una forma insidiosa de causar daños graves. Podríamos distinguir tres grandes grupos de maltrato pasivo: el abandono físico, la negligencia y el abandono o carencia afectiva.

Abandono. El abandono físico de los niños ha existido siempre, pero esta forma dramática de abandono ha disminuido progresivamente en su frecuencia, en relación directa con el nivel socioeconómico y cultural. En nuestro medio, estos casos de abandono total son excepcionales.

Negligencia. La negligencia es la forma más frecuente de maltrato que se da en la infancia. Y ocurre cuando no se cumplen las necesidades básicas del niño, independientemente de la causa. La negligencia, en relación con el cuidado del menor, está en función de múltiples variables como la edad del niño, su competencia y autonomía, el tiempo de desatención, etc. Algunos indicadores de la presencia de formas de negligencia en los niños pueden ser: higiene, vestido, alimentación, atención médica, retrasos madurativos o de crecimiento de causa orgánica, inadecuación de medidas higiénicas y de seguridad del hogar, educación, ocio, supervisión, y exposición pasiva al humo del tabaco.

Carencia afectiva. Podemos considerar a efectos didácticos tres grupos de alteraciones: carencia por insuficiencia materna, carencia por discontinuidad y carencia por distorsión.

Carencia por insuficiencia. En casos de hospitalismo repetidos y, a veces, innecesarios, las familias no son capaces de proporcionar a sus hijos la estimulación necesaria.

Carencia por discontinuidad. Corresponde a la reacción de separación o pérdida de la figura materna en niños pequeños. Las separaciones repetidas pueden ser igualmente nocivas, especialmente si el niño queda a cargo de múltiples cuidadores, desarrollándose una extrema sensibilidad, una angustia permanente, y una privación afectiva por pérdida de asistencia materna, y no necesariamente de la figura materna.

Carencia por distorsión. Aunque no siempre, pero es frecuente encontrar en familias con problemas socioeconómicos graves y crónicos una historia de múltiples rupturas y uniones, con una familia constituida, más bien, por figuras maternas (abuela, madre e hijos) y figuras paternas que ocupan un lugar secundario por paro, enfermedad, ausencia...

En resumen, teniendo en cuenta que las experiencias tempranas en la vida pueden tener serios efectos en el desarrollo intelectual y psicosocial, y que la vinculación temprana con la madre (o figura sustitutiva que desarrolle la función materna) es precursora de posteriores relaciones sociales, debemos dar gran importancia a los primeros años de la vida y a las situaciones que en ellos acontezcan. Así, en general, se puede afirmar que los niños con déficit importante en su relación con las figuras estables de la primera infancia tienen un riesgo elevado de alteraciones psicopatológicas posteriores.

4.6. Síndrome de Münchausen por poderes.

El síndrome de Münchausen por poderes (SMP) es una variante del maltrato infantil y su incidencia es imposible de precisar. El tiempo que transcurre entre el comienzo de la sintomatología y el diagnóstico correcto de SMP es variable. Generalmente es la madre la responsable de causar la sintomatología en los niños, y éstos generalmente suelen ser menores de cinco años.

El SMP se va a caracterizar por:

1. La aparición de un conjunto de síntomas y signos, más o menos complejos, en general, difícilmente explicables, que han sido producidos, simulados por su madre (casi constantemente) o por alguien perteneciente a su entorno familiar.

2. El niño es sometido a una serie de pruebas (análisis, exploraciones, biopsias, intervenciones, etc.), a veces en número muy elevado, encaminadas al diagnóstico.
3. El perpetrador niega conocer la causa de la enfermedad del niño, al tiempo que tiene una buena relación con el grupo de los sanitarios que cuidan de él y, además, generalmente, está más tranquilo que estos.

Es necesario diferenciar entre la *simulación de signos*, como la falsificación de muestras (añadir sangre menstrual a la orina del niño, añadir azúcar a la orina del niño, etc.), de la *producción de signos* que podría consistir en inyectar al niño heces por vía subcutánea produciéndole abscesos múltiples, administrarle medicamentos que produjeran depresión del sistema nervioso, convulsiones, hipoglicemia, etc.

Las manifestaciones clínicas del SMP son múltiples, variopintas e inexplicables. Van a ser manifestaciones digestivas, abdominales, hemorrágicas, neurológicas, nefrourológicas y cutáneas.

5. Abuso sexual infantil.

Los abusos sexuales a menores han existido a lo largo de la historia, pero han sido tema olvidado durante siglos. De hecho aún se denuncia una pequeña parte de ellos y casi la mitad de los casos no son comunicados a nadie. Pero en las últimas décadas la concienciación social ha aumentado y se han realizado diferentes estudios e investigaciones, sobre el tema, demostrándose de forma reiterada la alta prevalencia de los abusos sexuales de menores tanto en niñas como en niños, y la importancia de los efectos ocasionados a corto y a largo plazo. En este apartado vamos a tratar de incidir en esta problemática tratando de abordar aspectos como la definición, las causas, consecuencias y el modo de prevenir este tipo de conductas.

5.1. Definición, incidencia y características del abuso sexual infantil.

Establecer una definición unánimemente aceptada de lo que se entiende abuso sexual infantil, resulta tarea difícil. En diferentes autores se ha tratado de establecer criterios o pautas que contribuyan a concretar este concepto. Uno de estos criterios podría ser *lo inadecuado del contacto sexual adulto/niño*. Otro criterio podría ser el establecimiento del *tipo de relación entre el adulto y el niño*. Pero también se debe tener en cuenta aspectos como la *coerción* existente en esta relación y la *asimetría de la edad* entre las personas que establecen el contacto. La coerción (con fuerza física, presión o engaño) debe de ser considerada por sí misma criterio suficiente para que una conducta sea etiquetada de abuso sexual de un menor, independientemente de la edad del agresor. La asimetría de la edad impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual

común, ya que los participantes tienen expectativas muy diferentes. Esta asimetría supone en sí misma un poder que vicia toda posibilidad de relación igualitaria.

Por consiguiente, consideramos que siempre existe coerción o asimetría de edad (o ambas a la vez), en el sentido propuesto, entre una persona menor y cualquiera otra, las conductas sexuales deben ser consideradas abusivas.

De acuerdo con lo dicho vamos a tratar de establecer la siguiente definición:

“Se comete abuso sexual en los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otras personas. El abuso sexual puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro menor.”

Respecto a la incidencia es difícil establecer la frecuencia con que estos hechos se presentan, existen variaciones de unos países a otros y también según los periodos. Lo que se puede afirmar, es que en los últimos años ha habido un aumento en el número de denuncias, esto no es un indicador de que existan más situaciones de abuso sexual que en otras épocas, sino que existe un mejor conocimiento del problema y una mayor voluntad de denuncia.

En cuanto a las características que suelen conformar este acto abusivo, debemos diferenciar atendiendo a la víctima al agresor y a la propia familia.

Características de la víctima: La edad más propicia, en la que se incrementa el riesgo de abuso sexual, suele ser durante la preadolescencia. En cuanto al sexo de la víctima, diferentes estudios han puesto de manifiesto que las mujeres superan de 1,5 a 3 veces a los hombres. Por otra parte, los niños con retraso mental son más vulnerables.

Características del agresor: Los agresores sexuales de niños y niñas son mayoritariamente hombres, adultos y de mediana edad.

Características de la familia: La mayoría de niños que han sido objeto de abusos sexuales parecen provenir de familias formadas por un solo padre o por padrastros. En dichas familias han predominado prácticas de crianza inadecuadas. Los síntomas más frecuentes que presentan los padres de los niños objeto de abusos sexuales son la depresión, el alcoholismo y la drogodependencia. También es frecuente que las madres de estos niños tengan un historial de abuso sexual infantil. Por otra parte, se ha encontrado una asociación entre los casos denunciados de abuso sexual infantil y un bajo estatus socioeconómico.

Relación del agresor con la víctima: La mayoría de los investigadores coinciden en que el agresor, sea o no de la familia, suele ser un conocido del niño. Es frecuente que sea el padre, sobre todo si se trata de un padrastro. Puede ser la madre, aunque este tipo de abuso sexual suele ser bastante raro. Los abuelos, también en un porcentaje bajo. También, hermanos y primos pueden ser los agresores, siendo la frecuencia mayor que en casos anteriores. Tíos y otros familiares también pueden realizar estos delitos.

5.2. Causas del abuso sexual infantil.

Para llegar a comprender las causas que originan el abuso sexual infantil debemos profundizar en las motivaciones que llevan a algunas personas a abusar de los niños. De este modo, han sido muchos los investigadores que han elaborado tipologías que permiten clasificar a los agresores sexuales o bien se han esforzado en analizar la personalidad y los comportamientos de dichos agresores con la finalidad de encontrar un perfil característico.

Sin entrar a justificar las teorías que nos llevan al conocimiento de características que definan el perfil de un agresor sexual, vamos a enumerar posibles características o comportamientos que pueden estar en el origen de cualquier abuso sexual. Así señalamos:

- La existencia de cierta fijación, se da en personas que no han llegado nunca a madurar psicosexualmente y no se han relacionado con compañeros sexuales adultos.
- La incapacidad para adaptarse a situaciones graves (estrés, divorcio, paro...) hace que ciertos individuos adultos sufran una regresión que les lleve a implicarse en conductas sexuales con niños, a pesar de haber alcanzado un nivel de preferencia sexual con adultos.
- Agresores pedofílicos que utilizan a los niños como método preferido o excluyente para estimularse sexualmente.
- El deseo de agredir y lesionar al niño es lo que mueve a actuar a algunas personas en situaciones de abuso sexual.
- El perpetrador de un abuso sexual puede ser una persona que no ha recibido nunca afecto de su padre o madre, de modo que se identifica con sus víctimas, para conseguir satisfacer a través de sus fantasías, sus necesidades emocionales.
- El haber sufrido un trauma temprano (el propio abuso sexual) puede llevar a convertir a una persona en agresor.
- Las personas con carencia en el área de las habilidades sociales, tienen problemas para obtener una gratificación emocional y sexual con otros adultos. Esto les puede llevar a convertirse en pedófilos.
- El incremento en cantidad y disponibilidad de pornografía infantil y la sexualización de los niños en los medios de comunicación, pueden

actuar reforzando la aceptación cultural del abuso sexual infantil en algunas personas.

5.3. Consecuencias del abuso sexual infantil.

A la hora de hablar de las consecuencias que se derivan del abuso sexual infantil, tendremos que establecer una distinción entre los efectos iniciales y las consecuencias a largo plazo.

En general, se puede afirmar que los niños víctimas de abusos sexuales presentan a *corto plazo* una serie de síntomas: miedo, pesadillas, desorden de estrés postraumático, depresiones, retraimiento social, neurosis, conductas regresivas (enuresis o encopresis), trastornos somáticos, conducta sexual inapropiada, conducta antisocial agresiva, delincuencia, problemas de aprendizaje escolar, hiperactividad, huida de casa, baja autoestima y comportamiento suicida.

Si tratamos de organizar los síntomas, antes enumerados, atendiendo a los diferentes periodos evolutivos encontramos la siguiente distribución:

- *Niños de preescolar.* El síntoma más característico de las personas de este grupo de edad es la expresión de algún tipo de conducta sexual considerada como anormal: masturbación manifiesta, excesiva curiosidad sexual, enseñar los genitales con frecuencia, meterse objetos en la vagina o el ano y un conocimiento sexual precoz e inapropiado para su edad. Otros síntomas frecuentes son la ansiedad, las pesadillas, los problemas de conducta y síntomas de estrés postraumático (depresión, cambios de humor, necesidad de atención de los demás, conducta agresiva y retraimiento social).
- *Niños en edad escolar.* Durante la infancia media (6-11años) las víctimas de abusos sexuales presentan más problemas internos (especialmente depresión) y externos (agresión y desordenes del comportamiento) de conducta, peor funcionamiento cognitivo y socioemocional, depresión, bajo nivel académico y problemas de aprendizaje, conductas sexuales inapropiadas (masturbación excesiva preocupación sexual, exhibicionismo y agresión sexual), y un significativo descenso de sus sentimientos de autovaloración y autoestima.
- *Adolescentes.* Entre los adolescentes víctimas de abuso sexual son síntomas frecuentes la depresión, el retraimiento social, una baja autoestima, las ideas o conductas suicidas o autolesivas, los trastornos somáticos, las conductas antisociales (escaparse del hogar, vagar, el consumo de drogas/alcohol), sufrir nuevos abusos sexuales, comportamiento sexual precoz, embarazo y problemas de identidad sexual.

En general, teniendo en cuenta diferentes variables que inciden en el abuso sexual y sus efectos a corto plazo, podemos afirmar que:

- Cuanto mayor sea la frecuencia y duración de la experiencia, de abuso sexual, mayor será el trauma.
- Los abusos sexuales cometidos por un pariente próximo le resultan más traumáticos a la víctima que los realizados por una persona que no es de la familia.
- Las experiencias de abuso sexual infantil que implican el empleo de la fuerza o un alto grado de violencia física contribuyen a un mayor trauma en la víctima.
- Un ambiente familiar disfuncional puede incrementar la vulnerabilidad del niño al abuso y a los problemas de conducta.
- La conducta de los miembros de la familia influye en el tipo e intensidad de los síntomas que presentan las víctimas de abuso sexual infantil, de manera que, cuando los padres reaccionan mostrando una escasa comprensión, los niños presentan un peor nivel de adaptación.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que el abuso sexual infantil constituye un factor de riesgo importante de desarrollo psicopatológico durante la edad adulta. Entre los *efectos a largo plazo* que se suelen citar con mayor frecuencia se encuentran:

- *Reacciones emocionales y autopercepciones.* El abuso sexual infantil se relaciona con la depresión, ansiedad, trastornos del sueño, sentimientos de vergüenza y culpa, miedo a las personas de otro sexo, problemas sexuales e ideas suicidas, en la edad adulta. También son propios los sentimientos de aislamiento, estigmatización y la baja autoestima.
- *Desórdenes de personalidad.* En estos casos es frecuente que se desarrollen desórdenes de personalidad múltiple.
- *Desorden de estrés postraumático.* Este desorden se compone de una serie de síntomas consistentes, básicamente, en la reexperimentación intrusiva del suceso traumático y de su negación.
- *Efectos en las relaciones interpersonales y crianza de los hijos.* Las mujeres que en su infancia fueron objeto de abusos sexuales suelen tener problemas para relacionarse tanto con hombres como con mujeres, así como dificultades en la crianza de sus propios hijos.
- *Revictimización.* Otra consecuencia que se ha relacionado con el abuso sexual infantil ha sido el mayor riesgo de revictimización, entendiéndose como tal el posterior abuso sexual o físico de la víctima cuando es adulta.

- *Efectos en la sexualidad.* Existe relación entre el abuso sexual infantil y problemas de adaptación sexual (frigidez, orientación sexual confusa o promiscuidad, interés sexual por los niños), especialmente en el caso de las víctimas de incesto.
- *Drogadicción y alcoholismo.* Existe una relación entre el abuso sexual infantil y el consumo de drogas y alcohol en la etapa adulta.
- *Trastornos físicos.* Diferentes estudios han puesto de manifiesto una relación causal entre el abuso sexual infantil y la aparición de problemas graves de salud física, como trastornos somáticos, dolores crónicos generales y de la pelvis en particular, trastornos gastrointestinales y desordenes de la comida como la bulimia nervios.

5.4. Prevención del abuso sexual infantil.

La utilización de programas destinados a la prevención primaria del abuso sexual infantil puede llevarse a cabo, tanto desde el entorno escolar como desde la familia.

Aunque su uso ha proliferado durante los últimos años, en algunos países, puede que en ocasiones resulte difícil su aceptación y puesta en práctica. Esto es debido a la fuerte connotación emocional que puede hacer difícil la aceptación y puesta en práctica de programas preventivos en algunas comunidades. En algunos casos, la preocupación que despertaba, tanto en profesionales de la enseñanza como en padres, la aplicación de estos programas hacía que les encontraran problemas relativos a la edad de los niños, la provocación de un miedo innecesario, la posible inhibición de expresiones de naturaleza afectiva y la intromisión en las funciones de los padres.

El objetivo básico de los programas es la seguridad personal del niño y no la educación sexual en sí misma. No obstante, en los programas se procura ofrecer a los niños una información adecuada a su edad sobre lo que es un comportamiento sexual saludable, para no transmitir el mensaje de que la sexualidad en general es mala, peligrosa o algo que hay que guardar en secreto.

Los programas preventivos del abuso sexual dirigidos a los niños y aplicados en el ámbito escolar tienen como objetivos principales:

1. La prevención primaria (evitación del abuso sexual).
2. La detección (estimulación de la revelación).

Estimular la revelación de los abusos por los niños para poder castigar a los responsables; ofrecer el tratamiento a los autores para evitar su reincidencia; tratar

a las víctimas para que se recuperen y no se conviertan, a su vez, en agresores o no sean capaces de proteger, en un futuro, a sus propios hijos en caso de abusos intrafamiliares; son algunos de los fundamentos teóricos en los que se deben apoyar los programas para la prevención de abusos sexuales en los niños.

En cuanto a los contenidos de éstos, podemos señalar que, la mayoría de los programas de prevención primaria basados en la escuela pretenden ayudar a los niños a identificar señales de peligro, a etiquetar contextos y conductas (buenas, malas, confusas), a afirmar su derecho a rechazar tocamientos no deseados, a identificar sus partes privadas (se les enseña que hay partes en el cuerpo que, generalmente, no deben tocar otras personas), a buscar el apoyo del adulto (contárselo a alguien de su confianza), a no guardar determinados secretos y a no culparse a sí mismo de su victimización. Teóricamente el aprendizaje de estos conceptos debería aumentar la capacidad de autoprotección del niño.

6. Abuso y negligencia fetal y connatal.

En la Declaración Universal de los Derechos de los Niños, en su primer artículo señala:

“El niño, por su inmadurez física y mental, requiere de cuidados especiales, incluyendo protección legal adecuada antes y después del nacimiento.”

Por tanto, dentro del concepto de niño maltratado se debe incluir el abuso y negligencia fetal, donde tendría cabida aquellos actos que de manera intencional o negligente lesionan al producto de la concepción.

El derecho a nacer sano debe ser protegido por sus padres, de manera particular por su madre, pero también por los pediatras, obstetras, sanitarios, políticos y por la sociedad en general. El derecho a la salud y bienestar del feto debe estar garantizado por el Estado. Sin embargo, esta situación plantea graves discrepancias entre los derechos del feto y los de la madre.

Durante la vida intrauterina el feto se encuentra influenciado por una serie de factores ambientales que se pueden concretar en los llamados *microambiente* (constituido por el ambiente uterino), *matroambiente* (se refiere a las características fisiológicas, anatómicas y patológicas del organismo materno) y *macroambiente* (constituido por las características ambientales, físicas, culturales, sociales, económicas... en las que se encuentra inmersa la mujer embarazada).

Entre los factores que pueden afectar al feto durante el periodo de gestación podemos enumerar los siguientes:

- *Medicamentos y enfermedades.* Desde hace años se conoce que la administración de determinados fármacos a la madre gestante puede tener consecuencias graves sobre el embrión y el feto. Existen fármacos que tienen un reconocido efecto taratógeno sobre el nuevo ser en desarrollo como, la warfarina, la talidomina, el litio... por lo que éstos deben ser evitados por la madre.

Por otra parte hay que tener en cuenta que determinadas enfermedades que afectan a la madre pueden transmitirse o afectar al feto. Sería el caso de enfermedades infecciosas como la sífilis materna, la toxoplasmosis, la hepatitis B, la infección por el VIH o la diabetes mellitas.

- *Trabajo y estilo de vida.* Es bien conocido que la lista de toxinas ambientales que se pueden encontrar en el mundo laboral está continuamente ampliándose y pueden ser mutagénicas, gametogénicas o taratogénicas. Esto da pie al conflicto entre los derechos del feto a nacer sano y los de la madre a llevar una vida laboral plena y sin limitaciones.

Las intervenciones legales en el estilo de vida materno peligroso para el feto abarcarían desde la protección del feto frente a los efectos de madres bebedoras, fumadoras, adictas a narcóticos, hasta el control de las prácticas nutricionales aberrantes o acciones sobre las embarazadas que rechacen el adecuado control médico prenatal.

- *Factores que afectan a la salud fetal.* Para que el embarazo se lleve a cabo en las mejores condiciones posibles, este debe ser deseado, los padres deben gozar de buena salud física y psicológica, la madre debe de evitar los tóxicos, debe seguir una alimentación correcta y equilibrada y evitar hábitos insalubres así como comportamientos de riesgo. Además, tanto la madre como su hijo tienen derecho a recibir una correcta asistencia médica a lo largo del embarazo y en el momento del parto. Teniendo en cuenta lo anterior vamos a enumerar algunos factores que afectan a la salud fetal:
 - Consumo de medicamentos con capacidad taratógena.
 - Consumo materno de alcohol, tabaco y drogas.
 - Infecciones maternas de transmisión vertical: hepatitis B y C, SIDA, sífilis...
 - Enfermedades sistémicas maternas.
 - Abusos físicos dirigidos contra la madre y el feto.
 - Inadecuada asistencia médica durante el embarazo.
 - Negligencia del padre en el cuidado de las necesidades maternas.
 - Deficiente nutrición: cuantitativa y cualitativa.
 - Marginación social y económica.

- Embarazos no deseados o clandestinos.
- Contaminantes ambientales y laborales.
- *Tabaco.* La nicotina va a producir sus efectos sobre el feto por acción indirecta a través de la madre y por acción directa. En la madre la nicotina produce vasoconstricción de los vasos uterinos con disminución de la perfusión placentaria. También existe sobrada evidencia de un aumento de la mortalidad perinatal en las embarazadas fumadoras secundaria a una mayor incidencia de desprendimiento de placenta, rotura prematura de membranas, parto prematuro, sufrimiento fetal y neonatos de bajo peso
- *Alcohol.* Existe el llamado síndrome alcohólico fetal que se caracteriza por retraso de crecimiento intrauterino, dismorfia craneofacial, microcefalia, retraso mental de distinta intensidad, malformaciones cardiacas, esqueléticas renales, etc.
- *Otras drogas.* El hijo de madre consumidora de drogas está sometido a múltiples riesgos. Las drogas le pueden afectar de forma directa y precoz dando lugar a un aborto (muerte fetal), originando malformaciones, parto prematuro, retraso de crecimiento intrauterino, síndrome de abstinencia postnatal de mayor o menor intensidad, convulsiones, etc. Pero también las drogas pueden influir indirectamente sobre el feto, ya que las embarazadas drogadictas son mujeres con comportamiento de riesgo infeccioso, de malnutrición, etc., por lo que se trata de embarazos de alto riesgo y, como consecuencia, de maltrato y negligencia fetal.

En resumen, la falta de cuidados prenatales puede constituir una negligencia hacia el feto ya que este queda desprotegido de una asistencia que debe tener a fin de asegurarle, como tiene derecho, la mejor calidad de vida posible. Por todo lo anteriormente referido, es evidente que con el mismo interés que debemos proteger al niño después de su nacimiento, debemos hacerlo durante la vida intrauterina.

7. La adicción paterno/materna y el maltrato infantil.

En este apartado nos vamos a centrar en los efectos que ocasionan en los niños la adicción de sus progenitores a algunas drogas como el alcohol, la cocaína, la heroína...Desde la neuropediatria se ha puesto de manifiesto que el desarrollo del sistema nervioso central en los fetos y recién nacidos puede verse afectado, en aquellos casos en los que la madre ha consumido algún tipo de droga durante el embarazo. Por otra parte, aquellos niños, hijos de personas adictas a algún tipo de drogas, tienen riesgo de padecer algún tipo de maltrato por acción o por negligencia hacia su cuidado y atención. Por todo ello nos resulta de interés abordar el estudio del maltrato infantil en ambientes de adicción.

7.1. Hijos de padres alcohólicos.

El alcoholismo es considerado como una enfermedad desde 1933, se definió como “un trastorno conductual en relación con el consumo de alcohol que deja a la persona totalmente incapacitada emocional y físicamente”.

Recientemente el término alcoholismo se ha sustituido por el síndrome de dependencia alcohólica que se define como “el estado psíquico y a veces físico resultante del consumo de alcohol caracterizado por un especial comportamiento y otras respuestas que implican la compulsión a consumir alcohol de forma continua o periódica con la finalidad de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia.

Se ha comprobado que el consumo excesivo de alcohol impide la evolución natural hacia la edad adulta. Provoca dependencia e inmadurez. Por tanto, los padres alcohólicos son personas inmaduras, tanto más cuanto más temprano haya sido el inicio del consumo abusivo. El alcohólico hace una dejación de sus responsabilidades que normalmente asume su pareja.

Los hijos de alcohólicos viven y se educan en un ambiente cargado de tensión, violencia y agresividad. Estos niños sufren una mayor prevalencia de maltrato físicos, que en muchas ocasiones van unidos a abusos sexuales. A demás, hay que tener en cuenta que el *síndrome alcohólico fetal* es una de las causas más comunes de retraso mental en el mundo.

Síndrome alcohólico fetal.	
- Bajo peso y talla.	- Irritabilidad.
- Microcefalia.	- Hiperactividad.
- Retraso mental.	- Anomalías septales cardíacas.
- Hendiduras palpebrales cortas.	- Hemangiomas cutáneos.
- Pliegues epicánticos.	- Anomalías de los genitales externos.
- Hipoplasia facial.	

Características de padres adictos al alcohol.	
1. Salud física y mental.	- Tendencia a accidentes y actos violentos. - Tendencia a la ansiedad, depresión y sociopatía. - Mayor prevalencia de enfermedades crónicas.
2.-Rasgos de	- Carencia de autoestima.

personalidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la tolerancia a la frustración. - Descenso del control de los sentimientos de hostilidad. - Personalidad inmadura. - Dependencia.
3.-Conducta.	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit de concentración. - Trastornos de la memoria. - Irritabilidad, labilidad emocional, incontinencia afectiva. - No ejecución de planes.
4.-Su infancia.	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes frecuentes de maltrato. - Historia de falta de atención o de sobreprotección.
5.- Sociales.	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento. -Marginación

Características de los hijos de alcohólicos.	
I. Edad de mayor riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> - En la preadolescencia y adolescencia.
II. Tipos de maltrato.	<ul style="list-style-type: none"> - Físico. - Psíquico. - Abuso sexual. - Desatención (por omisión). - Desarrollan tareas y papeles familiares de mayor responsabilidad que los propios de su edad.
III. Rasgos de conducta y de personalidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor probabilidad de agredir a sus padres. - Trastornos de la conducta. - Menor uso de los recursos de personalidad. - Dependencia. - Bajo nivel educativo y problemas de aprendizaje.
IV. Problemática social.	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor prevalencia de consumo de drogas y alcoholismo. - Mayor probabilidad de sufrir prisión. - Mayor número de futuros vagabundos. - Aislamiento social. - Condiciones de vida no saludables. - Mayor probabilidad de divorcio. - Mayor probabilidad de formar pareja con un adicto a drogas o alcohol.
V. Alcohólicos hijos de alcohólicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor prevalencia de problemas legales. - Mayor violencia doméstica y callejera. - Mayor prevalencia de intentos de suicidio.
VI. Problemas de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Síndrom alcohólico fetal. - Patología emocional: depresión ansiedad. - Somatizaciones.

Enfermedades crónicas y hospitalizaciones.
--

El alcoholismo altera toda la dinámica familiar, desde la formación de la familia hasta la educación de los hijos adolescentes. Los miembros de estas familias presentan trastornos emocionales. Por otra parte, el alcoholismo puede llegar a amenazar la seguridad familiar por privaciones de bienes materiales y por la violencia generada.

En resumen, el alcoholismo es una enfermedad de alta prevalencia, implicada en gran cantidad de accidentes y sucesos violentos. Tiene una incidencia social clara y su etiología es multifactorial.

7.2. Hijos de padres adictos a la heroína.

Los problemas fetales y neonatales de los niños nacidos de padres adictos a la heroína son: retraso en el crecimiento intrauterino e infecciones neonatales en el feto; bajo peso al nacer, síndrome de abstinencia neonatal, alteraciones del sueño, infecciones neonatales en el recién nacido y altos índices de mortalidad. Los problemas médicos y sociales que presentan estos niños alcanzan el periodo neonatal y a lo largo de toda la vida pediátrica.

La drogadicción de los padres ha sido reconocida como un factor de riesgo que puede ocasionar maltrato a sus propios hijos. Los padres heroinómanos se pueden caracterizar por inestabilidad emocional, bajo nivel de autoestima, inmadurez, depresión y ausencia de actividad laboral; factores, todos ellos, facilitadores del maltrato infantil en sus diferentes formas.

La naturaleza caótica y transitoria del entorno de los toxicómanos entorpece el cuidado de sus hijos y la vigilancia de sus problemas a largo plazo; está demostrado que en los hijos de toxicómanos existe una menor interacción madre-hijo. Todo ello da lugar a altos índices de inestabilidad familiar, que se ven agudizados porque muchas de estas mujeres carecen de un modelo adecuado para su función maternal y asegurar el desarrollo máximo para cada niño. Los problemas de pareja, las tensiones emocionales y el hecho de tratarse de madres o padres sin pareja, también contribuyen a la inestabilidad familiar.

Las madres heroinómanas requieren con mayor frecuencia la práctica de cesáreas y la aplicación de fórceps. La drogadicción materna también influye en la alta incidencia de Apgar bajos y en el sufrimiento fetal agudo, así como en la mayor frecuencia de prematuridad y muertes fetales.

En cuanto al síndrome de abstinencia neonatal a drogas, es también frecuente. En estos niños, además, se unen a los problemas médicos las condiciones sociales y económicas de sus familias.

En resumen, los hijos de padres adictos a heroína representan un grupo de riesgo para enfermar, en el que las enfermedades infecciosas, carenciales, las secundarias al abandono y desinterés de sus padres, así como aquellas, las englobadas como maltratos, son frecuentes. Por ello, este grupo debiera ser considerado como grupo de riesgo, y puesto bajo la tutela de los servicios especializados de salud pública.

Además, la inasistencia a la escuela y el alto grado de absentismo escolar de estos niños, sumado al riesgo de imitación de los esquemas sociales de su entorno, hacen que el riesgo de marginación y delincuencia en este grupo sea muy elevado. Por ello deberían ser controlados, evaluados y ayudados por los servicios sociales de la comunidad.

8. Maltrato institucional.

A menudo los profesionales de las distintas disciplinas de la protección infantil reducen el problema del maltrato en estas edades al ámbito de los casos producidos en el contexto familiar y en el hogar. Pero aceptar la exclusividad del maltrato intrafamiliar supone limitar la existencia de la infancia al espacio comprendido entre las cuatro paredes del hogar.

El maltrato institucional es el que se produce fuera del ámbito familiar y está dirigido hacia el individuo o hacia el grupo social de la infancia. En él se incluyen actos de comisión o de omisión, condiciones o acciones permitidas en el contexto de organizaciones, sistemas de protección de menores y programas o protocolos asumidos en centros, que violan los objetivos del cuidado institucional del menor con amenazas para su correcto desarrollo.

El maltrato institucional es difícil de definir, y la mayoría de las veces carece de indicadores. Los niños que lo sufren pueden no percibirlo de forma inmediata, a la vez que es complejo determinar las repercusiones en su desarrollo. Aquí lo vamos a definir como *“cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional o funcionario de las mismas que comete abuso o negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño o de la infancia.”*

Sin embargo, este tipo de conducta no es la habitual y, generalmente, es consecuencia de determinados factores: *a)* concepciones erróneas de qué es un niño y qué es la infancia; *b)* conformismo y aceptación ante la situación de deterioro laboral o personal que repercuten en la tarea de gestión, asistencial o preventiva hacia el niño y la infancia; *c)* falta de formación, falta de experiencia en el trato o falta de responsabilidad profesional o personal.

Podemos considerar que existen dos tipos de maltrato institucional:

1. *Maltrato en la institución.* Es el que se produce cuando existe contacto directo entre el profesional y el niño. Es el propio de la asistencia primaria (centros educativos, residencias...).
2. *Maltrato desde la institución.* Es el que se produce sin contacto directo con el niño. Se produce en los ámbitos o instituciones en los que el niño tiene protagonismo (salud, servicios sociales, medios de comunicación, educación, etc.).

El niño no suele presentar unas manifestaciones clínicas evidentes a corto, medio o largo plazo, en especial cuando el maltrato se produce desde las instituciones. En estos casos, la familia ejerce un papel neutralizante o estabilizador. Así, los estímulos positivos que el niño recibe de su entorno familiar o de su entorno de ocio acostumbran a ser los que frenan la aparición de la sintomatología.

Existen dificultades para realizar el diagnóstico de estas situaciones, y éste se debe fundamentar tanto en la clínica como en la valoración de las situaciones vividas por el niño. Teniendo un valor fundamental lo que el niño manifiesta verbalmente, las manifestaciones clínicas que presente, las situaciones vividas y el control de calidad de las distintas actuaciones profesionales o políticas.

8.1. Factores que pueden favorecer el maltrato institucional.

En el ámbito de la salud:

- 1) La concepción economicista de la gestión y organicista de la atención; la idea del niño como un adulto en miniatura.
- 2) La falta de formación del personal sanitario.
- 3) La inadecuada estructura en cuanto a seguridad del mobiliario, necesidades emocionales y físicas del niño, así como la disponibilidad de útiles adecuados.
- 4) La desigualdad de distribución de los recursos económicos entre asistencia primaria y hospitalaria, así como la no diferenciación entre usuario niño y adulto.
- 5) Los fallos en las normativas de funcionamiento, protocolos, técnicas...
- 6) La falta de reconocimiento del derecho a las hospitalizaciones acompañadas.
- 7) La falta del concepto de salud como aquella forma de vivir cada vez más autónoma, solidaria y gozosa.
- 8) La falta de reconocimiento a la calidad idéntica entre hospitalización y asistencia primaria.

En el ámbito de la educación:

- 1) *Factores personales:* La actitud del profesional en relación con el trato, la marginación, la disciplina, la permisividad de conductas arriesgadas, la reacción con la familia, la despersonalización del trato, la competitividad en lugar de la cooperación, la hipervaloración de las calificaciones, el exceso de trabajo o el elevado nivel de exigencia laboral y la infrautilización de recursos existentes.
- 2) *Factores físicos:* La infraestructura física inadecuada referida al espacio y material y así como a la seguridad.
- 3) *Factores laborales:* cambios frecuentes o inestabilidad del profesorado.
- 4) *Factores de organización:* Inadecuación del número de alumnos por aula o colegio.
- 5) *Factores educativos:* Contenidos y métodos educativos impuestos, desvinculados de la realidad social o cultural o poco relacionados con el proceso evolutivo.
- 6) *Factores geográficos:* La existencia de desigualdades en los recursos según las zonas geográficas.
- 7) *Factores de discriminación* hacia el sexo, nacionalidad, etnia o religión.

En el ámbito de los servicios sociales y protección infantil:

- 1) *Factores profesionales:* Falta de formación, experiencia, sensibilidad, empatía o carencia de recursos personales; desconocimiento de las características del niño, exceso de trabajo.
- 2) *Factores laborales:* Despersonalización, el constante cambio de personas o falta de un criterio unitario de actuación.
- 3) La mala planificación, la falta de supervisión o utilización inadecuada de los recursos existentes.
- 4) Política social del estado en relación con la infancia, que pueda primar algunos sectores en detrimento de otros o repercutir en recortes económicos a la infancia, que no garantice la seguridad para el menor, que genere situaciones adversas al desarrollo infantil; la instauración de categorías, la separación de los niños del hogar familiar sin esforzarse en intervenir con la familia.

En el ámbito de la justicia:

- 1) *Relativas a las personas:* Carencia de empatía, desconocimiento del proceso evolutivo infantil, mentalidad penalizadora, escasa preparación para la realización de entrevistas poco adecuadas a la edad y condiciones del niño.
- 2) Aplicación de leyes que favorecen al adulto en detrimento del niño.

- 3) Lentitud del proceso judicial que puede ser perjudicial al proceso de desarrollo infantil.
- 4) Aplicación de medidas de tutela fuera de la familia y la carencia de promoción de familias acogedoras.

En el ámbito de los medios de comunicación:

- 1) La falta de respeto a la intimidad y a la presunción de inocencia.
- 2) La carencia de formación por parte de profesional de las características del niño y de la infancia.
- 3) La utilización del niño como medio de generar recursos económicos en beneficio del adulto.
- 4) La deformación sensacionalista de las noticias referidas al colectivo de la infancia.

9. Prevención del maltrato infantil.

La violencia familiar en general y el maltrato infantil en particular son algunos de los más graves problemas que afectan al desarrollo y socialización de los niños. Por ello es fundamental intervenir para erradicar este problema, porque es una tarea socialmente necesaria e impregnada de un indudable valor ético, y porque el maltrato infantil puede tener graves e incluso fatales consecuencias para el desarrollo integral de los niños.

Dentro de una tendencia para prevenir el maltrato en la infancia, no se debe esperar a que se produzca el problema, sino que se debe prevenir su aparición. La prevención debería centrarse en la creación de capacidades tanto en la familia como en el niño. Se debería dedicar especial atención a aquellos momentos del desarrollo en los que pueden aparecer más conflictos. Y, finalmente, la prevención debe tener en cuenta todos los entornos y contextos en los que participa el niño: la familia, la escuela, la red sanitaria, la red social, etc.

Niveles de prevención y sus características.			
	<i>Prevención Primaria</i>	<i>Prevención Secundaria</i>	<i>Prevención Terciaria</i>
Concepto	Va dirigida a conseguir una disminución o la desaparición de nuevos casos, antes de que el fenómeno se presente.	Pretende reducir la prevalencia del problema, así como hacer mínimas las manifestaciones del mismo después del contacto con los agentes o factores desencadenantes.	Se encamina tanto a mitigar las consecuencias negativas del problema, una vez que ese ya ha aparecido, como asegurar que dicho problema no se vuelva a producir.
Población diana	Población general.	Población de alto riesgo.	Víctimas.
Objetivos	Reducir incidencia de nuevos casos.	Reducir la duración y gravedad.	Reducir la gravedad y las secuelas.
Procedimientos	Eliminar los factores de riesgo.	Detección y tratamientos tempranos.	Tratamiento de las víctimas y de su entorno.
	Promoción de la salud y de la competencia de la población general.	Promoción de la salud y de la competencia de la población de alto riesgo.	Promoción de la salud y de la competencia de las víctimas y de su entorno.

Para prevenir el maltrato infantil hemos de tener en cuenta el equilibrio entre los factores de riesgo y los factores de resistencia o protección. Los factores de riesgo propician diferentes condiciones de vulnerabilidad, incidencia y gravedad para distintos tipos de maltrato. En cambio, los factores de protección como la autoestima, las habilidades de afrontamiento, las redes de apoyo, etc., ayudan a neutralizar la acción de los factores de riesgo evitando el posible daño al niño.

9.1. Objetivos y estrategias preventivas relacionados con el control de los factores de riesgo.

Los objetivos relacionados con el control de los factores de riesgo irán encaminados a eliminar las condiciones y las normas que promueven y legitiman la violencia en la sociedad. Ello implica:

- a. *Eliminación de la pobreza y de sus condiciones asociadas.* Aumentando el número de viviendas de bajo costo, reduciendo el desempleo, mejorando los servicios...

- b. *Desarrollo de programas e iniciativas legislativas.* Para conseguir la erradicación o eliminación del castigo físico como práctica educativa y de crianza infantil.
- c. *Establecimiento de un gran pacto con los medios de comunicación de masas.* Eliminación de los contenidos que ensalzan y legitiman la violencia.
- d. *Desarrollar y difundir los saberes que se vienen conformando sobre la infancia y sus derechos.* Con el fin de diseminar en la sociedad valores culturales en sintonía con las necesidades de la infancia.
- e. *Potenciación de la vida familiar.* Esto implica:
 - 1. Promover acciones tendentes a eliminar las desigualdades.
 - 2. Introducir en las familias los valores democráticos de respeto a la diversidad de opciones y opiniones.
 - 3. Introducir nuevas prácticas y nuevos aprendizajes sobre como comunicarse mejor, como desarrollar expectativas más ajustadas en relación con el comportamiento de los hijos y cómo negociar y resolver problemas que plantea la convivencia familiar diaria.
 - 4. Compartir espacios valores y creencias que ayuden a integrar experiencias y den sentido a la vida.
- f. *Reducción del aislamiento social de las familias en riesgo social.* Para ello se realizan acciones como:
 - 1. Integrar a las familias dentro de las redes sociales y de servicios de la comunidad.
 - 2. Reducir los procesos de exclusión social: pobreza, falta de equipamientos...
 - 3. Fomentar el sentimiento de comunidad.

9.2. Objetivos y estrategias preventivas relacionados con el desarrollo de factores de resistencia y protección.

Estos factores persiguen la potenciación de la capacidad de afrontamiento de los individuos. La potenciación se contempla como una de las principales estrategias preventivas centrada en los individuos, sean estos niños o adultos. Para prevenir el maltrato infantil existen unas orientaciones básicas:

- a. *Capacitación de los padres.* El cambio del comportamiento parental, a través del entrenamiento y la captación, es una de las estrategias preventivas más utilizadas para la prevención del maltrato físico y del abandono.
 - i. Mejorar el conocimiento de los padres acerca del desarrollo infantil y de las exigencias que comporta asumir el rol de padres.

- ii. Mejorar la habilidad de los padres para afrontar el estrés que implica el cuidado de los hijos y para manejar el comportamiento infantil.
 - iii. Mejorar el vínculo, los lazos emocionales y la comunicación entre padres e hijos.
 - iv. Mejorar la habilidad de los padres para afrontar el estrés que supone la crianza de los hijos con necesidades especiales.
 - v. Mejorar el conocimiento y habilidades de los padres acerca de la gestión del hogar.
 - vi. Reducir la carga del cuidado infantil.
 - vii. Mejorar el acceso a los recursos comunitarios y a los servicios sociales y sanitarios para todos los miembros de la familia.
- b. *Capacitación de los niños y adolescentes.* Se dirige preferentemente a proteger a los niños del acoso y del ataque de otros niños, promover comportamientos alternativos a la agresión, prevenir embarazos no deseados y la prevención del abuso sexual.
- c. *Capacitación de los escenarios de educación temprana (familia y escuelas infantiles) para desarrollar la capacidad empática.* Esta capacidad, que supone ponerse en el lugar de los otros, puede ser adquirida en la primera infancia a través de un currículo específico de educación emocional y de capacitación en la solución de problemas interpersonales. La presencia de figuras de apego, estables y predecibles, es un componente fundamental en el desarrollo y aprendizaje de esta capacidad.
- d. *Desarrollo de redes de apoyo social.* El papel que el apoyo social tiene en la prevención del maltrato ha sido puesto de manifiesto tanto a través de su efecto indirecto, al reducir el aislamiento social de las familias de riesgo, como la ayuda instrumental que estas redes prestan a padres con carencias o con necesidades especiales.

10. Referencias bibliográficas.

- BENÍTEZ, M. T., LANGUÍN, A. Y SÁNCHEZ, M. (1999): *Programa de atención al niño en situación social de riesgo.* Madrid: Díaz Santos.
- CANTÓN, J. Y CORTÉS, M.R. (1999): *Malos tratos y abuso sexual infantil.* Madrid: Siglo Veintiuno.
- CASADO, J.; DÍAZ, J.A. Y MARTÍNEZ, C. (1997): *Niños maltratados.* Madrid: Díaz Santos.
- CIRILLO, S. Y DI BLASIO, P. (1991): *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar.* Barcelona: Paidós.

- ESPINOSA, M.A. Y OCHAÍTA, E. (1999): "Dificultades en el desarrollo de origen social: Prevención e intervención en los casos de maltrato infantil". En GARCÍA SÁNCHEZ, J. N. (coord): *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo*. Madrid: Pirámide.
- KEMPE, R.S. Y KEMPE, C.H.. (1979): *Niños maltratados*. Madrid: Morata.
- MARTÍNEZ-ROIG, A. Y DE PAÚL, J. (1993): *Los maltrato en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.
- OCHAÍTA, E. Y ESPINOSA, M.A. (1999): "Dificultades en el desarrollo de origen social: definición, incidencia, tipos y consecuencia del maltrato infantil". En GARCÍA SÁNCHEZ, J. N. (coord): *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo*. Madrid: Pirámide.
- QUEROL, X.. (1990): *El niño maltratado*. Barcelona: Editorial Pediátrica.
- URRUABARRENA, M.I. Y DE PAUL, J. (1998): *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.