

Escaneado por la Biblioteca Judicial "Fernando Coto Albán"



BIBLIOTECA JUDICIAL
"FERNANDO COTO ALBÁN"

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE MALTRATO INFANTIL

DRA. ILEANA HERRERA G.*

SUMARIO

	Pág.
Generalidades	88
Historia	88
Definiciones	89
¿Quién comete el maltrato?	89
Tendencia del problema	90
Modelos explicatorios de la etiología	90
Factores de riesgo	90
Indicadores de maltrato infantil y negligencia	92
Secuelas	93
Aspectos legales	94
Prevención e intervención	95
Bibliografía	96

* Jefa del Centro de Salud de San Rafael de Oreamuno, Ministerio de Salud.

GENERALIDADES

El maltrato infantil es un problema de extensión mundial, que puede diferir en las formas que toma de una cultura a otra, pero siempre tiene implicaciones médicas, sociales, legales y éticas. (64)

Ha habido un creciente interés en este problema tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, siendo estimulado este interés, por el aumento en el número de casos reportados y por el mayor entendimiento del público y los profesionales de las diferentes formas que el maltrato infantil toma en aspectos sociales y económicos. (64)

Sin embargo, sigue existiendo un desconocimiento del problema en relación con su mortalidad, probabilidad de secuelas y también en relación con la conducta aconsejable entre los profesionales de salud y demás profesionales involucrados en el problema frente a estos casos. (2)

Aunque se ha discutido que cada padre es un "abusador potencial de su niño", experiencias clínicas sugieren que adultos responsables por el cuidado de los niños rara vez cruzan el umbral hacia la violencia. La mayoría de los padres aunque han experimentado exasperación por la conducta de sus

niños, esta exasperación usualmente para antes de la real violencia. (59)

Muchos estudios han revelado que el alto nivel de violencia contra los niños existe en todos los grupos socioeconómicos, raciales, religiosos y étnicos. Sin embargo, la mayoría de las estimaciones están basadas en los casos que son reportados y por lo tanto se excluyen niños que no fueron tratados por un médico, que no fueron identificados como maltratados o que no fueron reportados. (41; 66)

La amplia gama de factores sociales, psicológicos, económicos y médicos que están envueltos en el maltrato infantil y la negligencia, requieren que los trabajadores sociales, médicos, enfermeras, abogados, y muchos otros profesionales trabajen de forma unida, si se quiere romper el ciclo de este problema. (40)

El concepto de equipo multidisciplinario es un método útil y efectivo en el diagnóstico, tratamiento y prevención del maltrato infantil. Desafortunadamente, aunque el método ha recibido aprobación unánime de los profesionales, este método ha sido subutilizado en los casos de maltrato infantil y prácticamente ignorado en los casos de negligencia. (40)

HISTORIA

El maltrato infantil ha existido desde los amanezcos de la historia. Sacrificios religiosos y abandono de los niños son referidos frecuentemente en la mitología griega y romana, así como en la Biblia. (59)

En el siglo II d.C., un médico griego escribió sobre el infanticidio. Éste siguió siendo practicado comúnmente hasta la Edad Media, cuando gradualmente se inició un control social y religioso. Sin embargo, algunos niños continúan siendo víctimas de éste, a pesar de que es considerado en la actualidad como delito. (4; 36; 43)

El abandono ha sido una forma común de maltrato infantil, y sigue siendo un serio problema social. Generalmente éste es observado en las familias pobres, en los niños de padres divorciados, y cuando se niega la paternidad y custodia de los niños. (43)

En diversos libros de los siglos XVII, XVIII y XIX, se describen casos de niños que presentaban golpes que hacían pensar en maltrato o negligencia de los padres para cuidar a sus hijos. Ya en estas épocas, se inician una serie de legislaciones que empiezan a reconocer el principio del derecho de que las autoridades intervengan en los casos de maltrato y negligencia infantil. (31; 36; 59)

En la primera mitad del siglo XX, hubo un aumento de la literatura que trataba sobre signos físicos, como el hematoma subdural y múltiples fracturas, que hacían pensar en que la etiología de estas era realizada intencionalmente o por falta de cuidado sobre el niño. A partir de aquí, descripciones de traumatismos esqueléticos continuaron apareciendo. En los años 50, se llamó la atención a sospechar en ciertos casos, el maltrato voluntario de los padres. (5; 31; 36; 59)

En 1962, Henry Kempe, escribe su histórico y emocional artículo "The Battered-child Syndrome" (Síndrome del niño golpeado). Esta fue la primera vez que se utilizó este nombre y en el que se habla de que el maltrato infantil puede resultar de la existencia y combinación de una serie de características y patrones. Estas fueron: Potencial paterno de maltrato; Un niño en riesgo; Una crisis. (25; 36)

A partir de esto, el conocimiento de la existencia del maltrato y negligencia infantil ha ido extendiéndose más y más, y se empiezan a realizar una serie de acciones que buscan la protección del niño.

DEFINICIONES

El término que por primera vez se empleó para referirse al maltrato de los menores, fue el de "Síndrome del niño golpeado" (Henry Kempe), que se caracterizó en condiciones clínicas de niños pequeños que habían recibido serios daños físicos, generalmente por sus padres o padres adoptivos. Este término permaneció en boga hasta que las limitaciones propias del significado lo permitieron, al describirse formas no físicas de abuso, y se hizo imperativo el cambio. (4; 59)

Es difícil arribar a un consenso concerniente a la definición, esto, porque el problema se conceptualiza de forma diferente de un lugar a otro y frecuentemente depende de aspectos políticos, sociales, culturales y económicos del lugar. (64)

En la Conferencia del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas y la Organización Mundial de la Salud, de diciembre de 1985 en Suiza, se utilizó el término genérico "*abuso infantil*" refiriéndose a cualquier acto u omisión intencional o no intencional por un adulto, sociedad o país, el cual tiene efectos adversos en la salud, crecimiento físico o desarrollo psicosocial del niño. (64)

A veces el término "*abuso infantil*", ha sido enfocado para referirse únicamente a los actos de los padres que constituyen mal uso o explotación de sus derechos de padres y guardianes en relación con el control y disciplina de los niños bajo sus cuidados. También, poniendo como principal característica la agresión física. Muchas otras definiciones también hacen distinción entre abuso físico y negligencia. (22; 64)

El término "*abuso sexual*", es definido como el compromiso de niños dependientes y adolescentes,

en actividades sexuales que ellos no comprenden totalmente y en las cuales, no son capaces de defenderse a sí mismos. (1; 34)

El concepto de "*negligencia infantil*", usualmente se refiere al fallo de los padres o guardianes de llevar a cabo sus obligaciones, las cuales son básicas para el bienestar del niño, tales como, supervisión, protección, y la provisión de comida, ropa, cuidado médico y educación. (64) Otros hacen la aclaración de que se considera negligencia, el fallo de proveer de los cuidados mínimos si se cuenta con recursos materiales para hacerlo. (62)

El término "*explotación del niño*", se refiere a una forma de abuso del niño, en la cual el que lo comete obtiene beneficios económicos, y generalmente obligan al niño a obtener un empleo en trabajos o ambientes que pueden dañar su desarrollo físico, psicosocial y moral. (64)

En el Acta Federal de Prevención y Tratamiento del Abuso Infantil en los Estados Unidos de América, se ha definido a este problema como: Abuso Infantil: daño físico o mental, abuso sexual, cuidado deficiente o maltrato de un niño menor de 18 años, por la persona que es responsable del bienestar del niño, bajo circunstancias que indican que la salud del niño o su bienestar está amenazado o dañado, de acuerdo con las regulaciones prescritas. (5)

El término "*maltrato infantil*", es utilizado para referirse no solamente a las conductas paternas sino también a acciones u omisiones de otros individuos, grupos, organizaciones, instituciones o sociedades, que ponen en peligro el desarrollo físico, social, mental o moral del niño. (64)

¿QUIÉN COMETE EL MALTRATO?

Se ha considerado frecuentemente, que el que comete el maltrato o el abuso sexual infantil, es aquel que permite que este ocurra. Esto frecuentemente dificulta el distinguir entre el adulto que cometió el maltrato o abuso y aquel que lo permitió o estimuló a que otro lo realizara. (20)

Se ha observado en la mayoría de los estudios sobre maltrato, abuso sexual y negligencia, que los

padres, padrastros y otros familiares adultos son los responsables en cerca de un 80% de los casos. Los padres biológicos son los que más frecuentemente están involucrados. (15; 66)

También se ha observado que en la mayoría de los casos el niño conoce a la persona que le causó el maltrato, en caso de que este no sea cometido por algún familiar. (15)

TENDENCIA DEL PROBLEMA

Ha sido muy difícil el poder determinar la verdadera magnitud del maltrato infantil. El mayor problema en tratar de determinar la extensión real, ha sido el que se dependa del número de reportes de maltrato infantil realizados, ya que, existen muchos casos que no son reportados o que, por falta de una definición clara de lo que se considera maltrato infantil, pasan sin ser reconocidos como tales. (19; 59; 64)

Sin embargo, aun sin conocer la incidencia real del problema, se ha visto que en los últimos años, el

reporte de casos ha sido mayor. En Estados Unidos de América, se reportaron 606.600 en 1978, 707.400 en 1979, 785.000 en 1980, 846.200 en 1981, 924.100 en 1982. Este incremento representa el aumento de 2,7 reportes por 1.000 habitantes en 1978 a 4,0 por 1.000 habitantes en 1982. (30)

A pesar de que las estadísticas pueden estar subestimando el problema, desafortunadamente, en términos de morbilidad y mortalidad, estas sugieren fuertemente que el maltrato infantil es un problema de gran inquietud para la sociedad. (2; 59)

MODELOS EXPLICATORIOS DE LA ETIOLOGÍA

Un gran número de modelos han sido propuestos para ayudar a la explicación de la etiología del maltrato infantil. Cada modelo cuenta con literatura abundante para soportar su posición, y permiten determinar las vías en las cuales el problema puede ser controlado y prevenido. (60; 64)

Modelo Psicopatológico: Este modelo se basa en que los individuos que maltratan a los niños, exhiben características psicológicas específicas, tales como inmadurez, agresividad, impulsividad, frustración, entre otras. (50; 59; 60; 61; 64)

Modelo Interaccional: En este se considera que un evento de maltrato es una consecuencia de una interacción de secuencias, que envuelven al niño, a los padres y a los miembros de la familia. En este modelo se reconoce que el rol del niño en el evento del maltrato es tan significativo como el rol del padre. Además de las interacciones e interrelaciones entre el que maltrata y el maltratado, se debe abarcar a los miembros de la familia y como al interactuar entre sí, el rol de cada uno afecta el rol de los otros. (16; 50; 53; 61; 64)

Modelo Sociológico: Este modelo mantiene que la sociedad juega un papel muy importante en la

determinación de si un padre o familiar puede maltratar a un niño. El impacto de los factores sociales es lo más importante en este modelo. Estos factores sociales pueden ser, entre otros, la pobreza, el hacinamiento, el que los niños son vistos como propiedad del adulto y el que se tolere el uso de la fuerza y la violencia como herramientas de educación. (50; 59; 60; 61; 64)

Modelo Ecológico: Este modelo incorpora a los modelos psicopatológico, interaccional y sociológico. Esencialmente este mantiene que todos los modelos son correctos, pero que éstos deben interaccionar uno con otro. Factores asociados al niño, características de los padres o familiares y factores sociales de estrés, son fuerzas que pueden desencadenar el maltrato infantil. (50; 64)

Modelo Analítico: Este modelo toma las multivariantes del modelo ecológico del maltrato infantil y lo sitúa en el amplio panorama sociopolítico. Este ayuda a entender las formas de maltrato infantil de la sociedad. Entre estas están considerados, el subdesarrollo, la desigualdad, el racismo, la ignorancia, entre otros. (64)

FACTORES DE RIESGO

Muchos estudios han demostrado que es posible identificar familias en riesgo de producir maltrato o negligencia a sus niños.

Teorías recientes del maltrato infantil, incluyen factores perinatales y trayectoria hospitalaria neonatal, como fuentes que pueden precipitar o intensificar el potencial de abuso. En varios estudios se han

identificado como factores adversos, anormalidades médicas y factores sociales del embarazo, labor, parto y postparto, que están más frecuentemente presentes en las familias en las que hay casos reportados de maltrato. (4; 8; 10; 42; 60)

Se ha encontrado relación entre embarazo no deseado y maltrato infantil, especialmente en ado-

lescentes. Sin embargo, el que el niño sea deseado no es suficiente para prevenir el maltrato infantil. (23; 37; 52)

Una causa poderosa de maltrato, es el que se considere, desde un punto de vista sentimental y distorsionado, que los niños siempre son limpios, tiernos y quietos. Esto crea en los padres expectativas poco realistas de sus niños. (42; 52)

Ciertas características del niño se han considerado muy importantes como factores de riesgo entre otros: niños pequeños, malformaciones congénitas, niños con enfermedades crónicas, niños que son vistos como diferentes por sus padres. (3; 4; 10; 12; 15; 25; 37; 46; 53; 55; 56; 58; 59; 66)

Otra causa que se ha considerado de gran importancia en el maltrato infantil es la pobreza, con sus acompañantes altamente estresantes de desempleo, pobre educación, vecindarios que representan peligro (drogadicción, crimen); problemas de vivienda, transporte, recreación y servicios de salud inadecuados. (10; 12; 23; 27; 29; 35; 37; 39; 50; 55; 56; 58; 59; 60; 63; 66)

El que sea aceptado socialmente el castigo corporal y que se utilice este como una herramienta de educación en los niños, es un factor importante en el maltrato infantil. También aquellos niños cuyas madres son golpeadas, tienen mayor probabilidad de ser maltratados que los niños de madres no golpeadas. (10; 23; 29; 37; 46; 50; 59; 60; 66)

Mayor probabilidad de maltrato se encuentra en aquellas familias donde hay desintegración y solo la presencia de uno de los padres. (4; 10; 12; 23; 35; 39; 53; 54; 59; 60; 66)

Se han encontrado así mismo, características en los padres o encargados del niño que son consideradas como factores de riesgo, entre ellas: padres muy jóvenes (adolescentes); embarazo prematrimonial; enfermedades crónicas o psicopatológicas; padres con historia de maltrato en su infancia; poca educación y expectación inapropiada de los niños. También el aislamiento y falta de soporte social. (10; 12; 23; 29; 37; 46; 50; 53; 58; 59; 60; 63; 65; 66)

Factores de riesgo del niño:

- Niños pequeños (menor de tres años)
- Niño considerado diferente (irritable, hiperactivo)
- Niño que presenta demandas especiales
- Con características físicas patológicas
- Con defectos congénitos

- Con desviaciones del desarrollo (retraso mental)
- Niños con patologías
- Niños con bajo peso al nacer
- Prematuridad
- Neonatos hospitalizados (poco contacto con padres)
- Niños no deseados

Factores de riesgo de la familia:

- Padres muy jóvenes
- Madre soltera (más si es adolescente)
- Embarazo prematrimonial
- Padres con historia de maltrato en su infancia
- Con enfermedades crónicas
- Con problemas de estructura del carácter
- Con enfermedades psicopatológicas
- Violencia física entre los padres
- Poca preparación para la paternidad
- Desconocimiento del desarrollo normal del niño
- Expectaciones inapropiadas de los niños
- Poca autoestima
- Pérdida de un ser querido (muerte, divorcio)
- Falta de soporte social. Malas relaciones con parientes y amigos
- Aislamiento
- Alcoholismo. Drogadicción

Factores de riesgo ambientales:

- Pobreza
- Desempleo. Subempleo
- Mala condición de la vivienda
- Hacinamiento
- Aceptación de la violencia hacia los niños
- Utilización de la violencia como herramienta de educación
- Bajos niveles educativos

La presencia de uno o más de estos factores, no son indicativos *per se* de alto riesgo. La valoración en conjunto y en su interacción entre unos y otros, es lo más importante para poder determinar si existe riesgo y el grado o extensión de éste.

INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL Y NEGLIGENCIA

Es muy importante que las personas que están en continuo contacto con los niños, reconozcan los indicadores tanto físicos como de conducta que son sugestivos de maltrato infantil y que si están presentes, deben aumentar el índice de sospecha acerca de maltrato. (39; 45; 66)

Cuando se esté obteniendo la historia de un niño que presenta diversos traumatismos, alteraciones en su crecimiento y/o desarrollo, o que presenta conductas no esperadas, debe tenerse presente la pregunta ¿Podría ser esto maltrato infantil? Hay ciertos datos que deben alertar a considerar este diagnóstico:

- Cuando hay historia de retraso en la búsqueda de atención médica;
- Cuando hay contradicciones en el relato de los acontecimientos;
- Cuando en el examen físico son encontradas otras lesiones que no fueron relatadas en la historia;
- Cuando las lesiones están en diferentes etapas de curación o cicatrización. (29; 39; 48; 66)

En los casos en que se sospeche maltrato infantil, la historia clínica debe ser tomada meticulosamente y el examen físico debe ser completo y minucioso, detallando todas las lesiones que encuentre en forma muy clara. (23; 29; 48; 66)

Debe tratar de obtenerse, si esto es posible, la versión del niño de lo acontecido. El niño puede hacer comentarios que indiquen la posibilidad de maltrato ya sea físico, sexual o emocional, y que ayudan para obtener más datos. Como el niño puede tener problemas de comunicación por su edad, por miedo y otras, es muy importante que la persona que está hablando con él, se mantenga tranquilo, gentil y trate de obtener más datos al respecto. (33; 44; 66)

Se considera que el espectro del abuso sexual es: abuso sexual verbal; exhibicionismo; observación inapropiada del niño; besos inapropiados; caricias inapropiadas; masturbación, penetración del pene en la boca (felación); relación orogenital (cunilingus); penetración del pene en el recto (sodomía); penetración de la vagina y recto por objetos o dedos; relación sexual; explotación sexual comercial. (9; 14; 19; 23; 49)

Indicadores físicos:

- Lesiones en piel: (23; 39; 45; 48; 59; 66)
- Laceraciones
- Contusiones
- Abrasiones
- Quemaduras
- Zonas de alopecia

Lesiones en ojos: (23; 29; 48; 59; 66)

- Hemorragia retinal
- Equimosis periorbital

Lesiones cerebrales: (23; 29; 48; 59; 65; 66)

- Contusiones cerebrales
- Hemorragia subaracnoidea
- Hemorragia cerebral
- Hematoma subdural

Lesiones óseas: (23; 29; 35; 48; 59; 65)

- Fractura de huesos craneales
- Fractura de huesos faciales
- Fractura de costillas
- Hemorragia subperiosteal en epífisis y metáfisis
- Separación epifisial
- Múltiples fracturas
- Fracturas en diferentes grados de consolidación

Lesiones viscerales: (29; 35; 48; 59; 65; 66)

Indicadores físicos de abuso sexual: (18; 28; 49; 56; 59; 65; 66)

- Dificultad para sentarse o caminar
- Hiperpigmentación o engrosamiento de la piel de los labios
- Diámetro horizontal de la abertura vaginal que exceda 4 centímetros en prepúberes
- Infecciones recurrentes del tracto urinario
- Enfermedades de transmisión sexual
- Vulvovaginitis
- Laceraciones vaginales o anales
- Embarazo

Indicadores de conducta: maltrato y abuso sexual: (23; 34; 39; 65; 66)

- Conductas radicales: agresividad, pasividad
- Negativismo
- Conducta regresiva. (enuresis, encopresis)
- Conducta destructiva

- Aislamiento
- Hiperactividad
- Niño contesta con monosílabos
- Niño se observa infeliz
- Busca atención y afecto indiscriminadamente
- Muestra conducta abusiva hacia otros
- Muestra grados extremos de ansiedad (exagerada o escasa) con la separación de sus padres
- Retraso en el desarrollo
- Disturbios del sueño. Pesadillas
- Pobres relaciones e inhabilidad para hacer amigos
- Juegos sexuales persistentes o inapropiados a su edad
- Insinuaciones de actividad sexual. Entendimiento sexual inapropiado para su edad
- Deterioro súbito de su actuación escolar
- No participa en actividades escolares
- Conducta seductiva
- Huida del hogar
- Intentos de suicidio
- Prostitución

Indicadores físicos de negligencia: (23; 29; 35; 65; 66)

- Patrones de crecimiento deficientes
- Desnutrición
- Fatiga
- Mala higiene
- Ropa inadecuada para el clima o las circunstancias

- Desarrollo motor y de lenguaje deficientes
- Dolores psicósomáticos
- Uso y abuso de drogas o alcohol
- Desatención médica y dental. Ausencia de inmunizaciones o medicaciones, falta de cuidado médico en enfermedades crónicas. Ausencia de prótesis, anteojos, aparatos de oídos, etc.

Indicadores de conducta en negligencia: (23; 29; 35; 65; 66)

- Pobre interacción social
- Conductas repetitivas
- Amenaza o tentativa de suicidio
- Trastornos del sueño
- Ausencia frecuente a la escuela
- Pide o roba comida o ropa
- Asume responsabilidades de adulto

Estos indicadores deben hacer pensar al médico en la posibilidad de maltrato, abuso sexual o negligencia infantil, pero la presencia de alguno de estos NO lo confirma. Estos deben valorarse en conjunto con otros factores y características que participan en este problema. (34; 45)

Ante la muerte repentina o no esperada de un niño, se debe tener presente como diagnóstico diferencial, la muerte por maltrato. Esta sospecha debe hacer que se realice autopsia por parte de un médico forense, y que se tomen todas las medidas pertinentes para su diagnóstico. (9; 13)

SECUELAS

El maltrato infantil incluyendo negligencia y abuso sexual, tiene consecuencias permanentes en el desarrollo y crecimiento del niño. (2; 16; 35; 41)

Estos niños muestran patrones anormales de conducta. El niño maltratado tiende a ser más difícil y más abiertamente agresivo, mientras que el niño que ha sido descuidado tiende a ser más pasivo y débil ante situaciones de estrés. Ambos grupos muestran retraso en el desarrollo, pero los niños que han sido descuidados muestran un grado mayor de retraso. Esto porque, negligencia implica estimulación insuficiente, mientras que maltrato, estimulación inadecuada. (11; 16; 34; 51; 57)

Las consecuencias del maltrato al menor, redundan también en un déficit en el crecimiento, déficit en las funciones intelectuales en general y especialmente en el lenguaje. Retraso mental. Bajo ren-

dimiento escolar es frecuente. (2; 11; 34; 35; 48; 51; 57)

Las consecuencias también se pueden encontrar en el aspecto emocional de los niños. El niño se vuelve angustiado y sumiso, siente amenazada su seguridad, muestra preocupación excesiva; expresa temor reiteradamente. Tiene deteriorada la habilidad para el placer, muestra poca autoestima, compulsividad y conductas precoces. (2; 4; 14; 34). Como consecuencia inmediata del abuso sexual, se puede encontrar vulvovaginitis, enfermedades de transmisión sexual, embarazo. (18; 28; 59; 65; 66)

La existencia de estos síntomas psicológicos y de conducta persisten mucho tiempo después de que el maltrato ha cesado. Se puede observar tiempo después, depresión, poca autoestima, intentos de suicidio, mal ajuste sexual en el matrimonio, abuso

de drogas y alcohol, aislamiento, promiscuidad y delincuencia. (7; 14; 34)

Muchos de los casos de maltrato y negligencia infantil y de abuso sexual, son descubiertos en la edad adulta por psiquiatras, cuando se presentan

con problemas de interrelación personal, dificultades sexuales y depresión.

Una consecuencia drástica que es producida por las lesiones físicas severas, es la muerte. (3; 9; 13; 29; 48; 51; 65)

ASPECTOS LEGALES

La meta del sistema judicial es la de proteger los derechos de los ciudadanos, la de proveer de un juicio justo y de castigar al culpable si así se considera necesario. (6)

En el contexto del maltrato infantil, en muchos países se han establecido normas, estatutos y leyes para intervenir en la identificación, prevención, protección, tratamiento y cura del niño maltratado, así como leyes que mandan el reporte obligatorio de casos sospechosos de maltrato y negligencia. (17)

En Estados Unidos de América se han establecido leyes en todos los Estados y en el Distrito de Columbia, que mandan el reporte por parte de los médicos, de todos los casos sospechosos de maltrato y negligencia infantil. También se han pasado leyes que obligan a los individuos que por su empleo están en contacto regular con los niños, a que reporten de inmediato los casos sospechosos de maltrato y negligencia infantil (ej., enfermeras, optometristas, trabajadores sociales, maestros). Así mismo, se ha establecido que, cualquier persona o institución que "de buena fe" reporte casos sospechosos de maltrato y negligencia, es inmune de responsabilidad civil o criminal como resultado de esta acción. Se han establecido penas para aquellas personas que no llenen el reporte requerido; éstas varían de un Estado a otro y van desde multa de no más de \$100 ó 6 meses de prisión, o ambas, a multa de no más de \$1.000 ó 6 meses de prisión, o ambas. (17)

Debido a estas leyes el número de reportes de casos de maltrato infantil y negligencia ha aumentado, pero ha traído una consecuencia no deseada que es, que los individuos que están involucrados en el maltrato busquen menos la asistencia profesional, buscando ésta sólo en casos de gran necesidad. (43)

En 1974, se estableció por parte del Gobierno de los Estados Unidos de América, The National Center on Child Abuse and Neglect (Centro Nacional sobre Abuso Infantil y Negligencia), para proveer de un mecanismo que permitiera aumentar el conocimiento acerca de las causas del maltrato infantil y negligencia y para identificar los pasos que pueden ser tomados para prevenir y tratar éstos. (66)

A pesar de estas leyes, no existe un marco teórico ni clínico que ayude a los trabajadores de protección al niño, para aplicar las normas legales establecidas, y al faltar los criterios concretos, las decisiones son tomadas muchas veces con base en emociones, agotamiento o valores personales acerca de la crianza de los niños. (21)

En los juicios por maltrato y negligencia infantil, el testimonio del niño como víctima, es frecuentemente la evidencia más importante en éstos, especialmente cuando no hay o hay limitada evidencia física corroborando el maltrato. El testificar en la Corte puede ser pesado, humillante y traumático para el niño. Aunque el sistema judicial no ha estado preparado para tratar a los niños como testigos, se han llevado a cabo una serie de innovaciones que buscan minimizar el trauma y mejorar la cantidad y calidad del testimonio que el niño puede dar. Entre estas innovaciones están el grabar en *videotape* el testimonio del niño antes del juicio; utilizar un sistema cerrado de televisión de dos vías durante el juicio de manera que el niño no esté presente en el mismo lugar que el acusado por el maltrato; permitiendo que un psiquiatra valore y evite las preguntas sensitivas destinadas a los niños. (6)

Con los avances en el campo del conocimiento prenatal y el mejor entendimiento de los factores ambientales e intrauterinos que afectan el bienestar del niño, aspectos éticos y legales de los derechos del feto están empezando a tomar forma. El reconocimiento de estos derechos, puede crear a la mujer embarazada, la obligación legal de conducirse dentro de ciertos caminos que protejan la salud de su niño no nacido y a ser responsable legal de las consecuencias del maltrato de su hijo. Sin embargo este es un tema aún muy controversial. (32)

En Canadá, existe un requerimiento legal que indica que toda persona en el cumplimiento de sus funciones profesionales que tenga sospecha razonable de un caso de maltrato o negligencia, debe reportarlo obligatoriamente a la Sociedad de Ayuda a los Niños. Existe pena de multa no mayor de \$1.000 para aquella persona que no cumpla con el reporte. (23)

De acuerdo con la Ley Social Danesa, cada ciudadano danés está en la obligación de reportar los casos de maltrato y negligencia infantil a las autoridades sociales si el niño está vivo, y a la policía, si el niño es encontrado muerto, si murió en circunstancias sospechosas, o si muere repentina o inesperadamente. El sistema judicial demanda evidencias como en cualquier otro juicio. El caso es evaluado basándose en el material que se haya recolectado por la policía en su investigación, y puede ser suplementado por la evidencia médica o forense. Debido a esto, quien cometió el maltrato o negligencia infantil frecuentemente no es acusado por requerirse evidencias y confesiones que no se pueden aportar y que hace difícil el probar que hubo maltrato o negligencia. (24)

Las leyes de protección al niño en Nueva Zelanda le dan amplios poderes a los trabajadores socia-

les de los departamentos de bienestar social, a la policía y a las cortes para investigar y tratar casos de maltrato infantil. Sin embargo, es inadecuado para proteger y detectar a los niños en riesgo. El reporte no es obligatorio, pero se está trabajando en una nueva legislación que introduce el reporte obligatorio. (3)

En Chile, en el artículo 494 del Código Penal se establece "el médico cirujano tiene la obligación de denunciar el daño o lesiones sospechosas de la acción de terceros, observados en sus pacientes en cualquier circunstancia, tanto en la práctica privada como en el desempeño de su labor en instituciones asistenciales". Mediante esta disposición, el personal médico cuenta con un mecanismo que le permite actuar sobre un amplio rango de situaciones, incluyendo el maltrato infantil. (2)

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

La sociedad y los padres deben aceptar la responsabilidad de que sus hijos tienen el derecho de crecer y desarrollarse normalmente.

El maltrato y negligencia infantil son problemas de difícil solución puesto que esta situación extiende tentáculos en todos los aspectos del desarrollo de la sociedad y de los pueblos. (4)

El control del problema no se debe basar solamente en la instauración de medidas punitivas para los agresores, sino que debe cimentarse, principalmente, en la adopción de una estrategia preventiva que impida la aparición de casos o limite en forma importante su incidencia. (2)

La prevención del maltrato y negligencia infantil, puede ser dirigida en tres niveles y tres esferas separadas: Terciaria, Secundaria, Primaria, ellas correspondiendo al individuo, al grupo y a la sociedad respectivamente. (48)

Prevención terciaria: Está dirigida a prevenir futuros maltratos en víctimas de maltrato reconocido. Una vez identificada la familia y el niño, se inicia el reporte establecido, evaluación y tratamiento. Después de esto, la prevención de sucesivos maltratos debe ser el tema central del grupo de trabajo. Opciones disponibles para la inmediata protección, incluyen: hospitalización, remover al niño del hogar, ya sea en forma temporal o permanente, siendo esta la opción legal más drástica. Otros tratamientos designados para interrumpir el ciclo de maltrato y prevenir maltratos sucesivos, incluyen: terapia individual para el niño y los padres; guarderías diurnas, modi-

ficación de conductas; educación acerca del desarrollo del niño; terapia familiar y el establecimiento de sistemas de servicio social de soporte entre la comunidad. Cada uno tiene sus grados variables de éxito, pero lo más efectivo es un abordaje multidisciplinario especialmente si se realiza en terreno de una completa valoración de las fuerzas operantes que producen el maltrato infantil. (48)

La mayoría de las veces, durante la investigación del reporte del maltrato, no se dan servicios de atención a las familias en crisis, siendo este un momento donde generalmente las familias están más dispuestas a aceptar servicios y/o hacer los cambios necesarios y que son posibles. También se ha observado que los trabajadores no envuelven apropiadamente a la familia en la resolución de sus problemas. (38)

El tratamiento es frecuentemente igualado con trabajo de casos, psicoterapia y cuidados médicos, más que con el amplio rango de servicios que estas familias requieren. Por otra parte, la gran mayoría de los pacientes tratados son los padres y no los niños maltratados. Al hacer una valoración de la efectividad de este tipo de tratamiento, se observa que hay una alta incidencia de recidivas. (52)

Se ha visto también la necesidad de proveer a los trabajadores de las herramientas y técnicas apropiadas para realizar en forma apropiada su labor. Sin criterios o guías consistentes, puede no llevarse a cabo una adecuada valoración del maltrato y riesgo de recidiva o de las debilidades o fuerzas de la

familia. Al estar presionados a resolver el problema y proteger al niño en un corto período de tiempo y sin el soporte adecuado, los trabajadores pueden estar ambivalentes en su toma de decisiones. (38)

Así mismo, el personal que trabaja en la atención de casos, debe recibir entrenamiento en diferentes aspectos como: dinámica familiar, sexualidad humana, psicodinámica del niño maltratado, alcoholismo y drogadicción y deben ser adiestrados en el manejo de clientes agresivos. (47)

Prevención secundaria: Tiene la meta de detener el maltrato y la negligencia infantil antes de que estos ocurran o al mismo tiempo de un evento, pero antes de que un maltrato serio haya ocurrido. El foco de ésta es la población en alto riesgo y no un específico niño o familia. Hay ciertos factores que se observan con gran frecuencia en estudios de familias con historia de maltrato, que permiten predecir con bastante certeza el potencial de abuso. Grupos identificados como de alto riesgo por estas características epidemiológicas, pueden beneficiarse de programas educativos, guarderías diurnas, orientación de empleos, suplementación presupuestaria y discusión realista acerca de las expectativas de ellos mismos y sus familias. Sus metas son más sociales y educacionales. (48)

Los programas educacionales deben ser dirigidos a la población en riesgo a diferentes niveles. Deben crearse programas de estimulación temprana para acrecentar las habilidades del niño; debe enseñarse a los niños a expresar sus necesidades y sentimientos y también enseñarles que el maltrato no es una forma normal de vida y estimularlos a tomar parte activa en el reporte por sí mismos de problemas familiares y personales. (10; 44; 61)

También deben crearse métodos para incrementar las habilidades adaptativas de los padres, lo

cual los prepararía para las demandas de los diferentes roles que deben desarrollar. Se debe dar mayor información a los padres con respecto al desarrollo y crecimiento normal del niño. Debe estimularse la participación de ambos padres en los cursos prenatales y de paternidad responsable. En la consulta prenatal se debe discutir con la pareja sus sentimientos hacia el niño, sus expectativas, los roles, sus áreas de problemas y de fuerzas. Debe estimularse a que el padre asista al parto y facilitar el alojamiento conjunto para facilitar el vínculo entre los padres y el niño y aprovechar estos momentos para dar el mayor soporte, estímulo y enseñanza posible. (23; 61; 66)

Deben crearse guarderías que estén al alcance de todas las familias y servicios de salud de fácil accesibilidad. (61)

Prevención primaria: Conciene a la sociedad entera en su rol en la prevención del maltrato infantil. A este nivel se toma como método de prevención la promoción de la salud y el bienestar. Se enfoca la promoción de la unidad familiar y la búsqueda de cohesividad, armonía y gratificación. (48)

Se ha iniciado la prevención terciaria intentando prevenir la reincidencia del maltrato. Se debe realizar la prevención secundaria detectando en período prenatal, perinatal y neonatal a las familias con alto potencial de maltrato para evitar que este se empiece a expresar. La prevención primaria ha recibido muy poca atención porque envuelve transformaciones altamente controversiales en cuanto a prácticas sociales e ideológicas. Mientras que la prevención terciaria y secundaria disminuyen las cifras de maltrato infantil, solo la prevención primaria —eliminación de las raíces causantes— puede liderar la erradicación del maltrato infantil. (55)

BIBLIOGRAFÍA

1. ADLER, Robert, *Sexual Abuse of Children*, The Medical Journal of Australia, 1985, 142:623.
2. ALARCÓN, Julia; PESSOA, Sylvia, *La contribución del trabajador social al profesional médico, frente al riesgo de maltrato de menores*. Revista de Trabajo Social, sept.-dic. 1983, 41:27-30.
3. ANDERSON, Rosalie; AMBROSINO, Robert; VALENTINE, Deborah; LANDERDALE, Michael, *Child deaths attributed to abuse and neglect: An empirical study*. Children and Youth Services Review, 1983, 5:75-89.
4. BAEZA-HERRERA, C.; HOQUE, S.; JAMES, S.; FRANCO-VÁZQUEZ, R., *Síndrome del niño maltratado. Espectro de un problema*. Boletín Médico Hospital Infantil, México, julio, 1986, 43(7):425-433.
5. BALL, Turner, *The pediatric radiologist looks at child abuse*. Journal of MAG, 1985, 74: 232-234.
6. BAUM, Elizabeth; GRODIN, Michael; ALPERT, Michael; GLANTZ, Leonard, *Child sexual abuse, criminal Justice, and the pediatrician*. Pediatrics, 1987, 79(0):437-439).

7. BENEDICT, Mary; WHITE, Roger; CORNELLY, Donald, *Maternal Perinatal risk factors and child abuse*. Child Abuse and Neglect, 1985; 9: 217-224.
8. BEEZLEY, Patricia, *Annotation. Sexual abuse of children*. Journal Child Psychol Psychiat, 1980, 21:91-95.
9. BLYTHE, Margaret; ORR, Donald, *Childhood Sexual Abuse: Guidelines for evaluation*. Indiana Medicine, 1985.
10. BROOME, M.E.; DANIELS, D., *Child abuse: a multidimensional phenomenon*. Holist. Nurs. Pract., 1987, 1(2): 15-24.
11. BUCHANAN, Ann; OLIVER, J.E., *Abuse and Neglect as a cause of mental retardation*. British Journal Psychiatry, 1977, 131:458-467.
12. CAPLAN, Paula; WATTERS, Jessie; WHITE, Georgina; PARRY, Ruth; BATES, Robert, *Toronto Multiagency child abuse research project: the abused and the abuser*. Child Abuse and Neglect, 1984, 9:343-351.
13. CHRISTOFEEL, Katherine; ZIERSEL, Eduard; CHIARAMONTE, Janet, *Should child abuse and neglect be considered when a child dies unexpectedly?* American Journal of Diseases of Children, 1985, 876-880.
14. COHEN, Linda, *Sexual abuse of children. A review*, SAMJ, may, 1985, 67:730-732.
15. COPELAND, Arthur, *Homicide in childhood*. The American Journal of Forensic Medicine and Pathology, 1985, 6(1):21-24.
16. CRITTENDEN, Patricia, *Maltreated Infants: Vulnerability and Resilience*. Journal Child Psychol.Psychiat, 1983, 26(1):85-96.
17. DOBBS, Diane, *Legal Responsibilities and liabilities when treating child abuse*. Pediatric Emergency Care, 1986, 2(1):40-44.
18. FINKEL, K.C., *Sexual abuse of children. An update*, CMAJ, feb., 1987, 136:245-252.
19. FINKELHOR, David, *How widespread is child sexual abuse?* Children Today, july-august, 1984, 18-20.
20. FINKELHOR, David; HOTALING, Gerald, *Sexual abuse in the National incidence study of child abuse and neglect: an appaisal*. Child Abuse and Neglect, 1984, 8:23-33.
21. FOSTER, Catherine, *Decision-Making Factors in cases of child Neglect*. Child Welfare, 1985, 62(4):99-111.
22. GELLES, Richard; CORNELL, Claire, *International Perspectives on Child Abuse*. Child Abuse and Neglect, 1983, 7:375-386.
23. GHENT, William; DA SYLVA, Norman; FARRREN, Margo E., *Family violence: guideline for recognition and management*. Can. Med. Assoc. J., 1985, 132:541.
24. GREGERSEN, M.; VESTERBY, A., *The value of Forensic examination in child abuse and Neglect*. Med. Sci. Law, 1983, 23(2):106-108.
25. HANKERSON, Henry, *Children in crisis in the United States: child abuse and neglect, a continuing problem*. Journal of Negro Education, 1979, XLVIII (3):396-407.
26. HAWKINS, Wesley; DUNCA, David, *Perpetrator and family characteristics related to child abuse and neglect: comparison of substantiated and unsubstantiated reports*. Psychological reports, 1985, 56:407-410.
27. HENSEY, O.J.; WILLIAMS, J.K.; ROSENBLOOM, L., *Intervention in child abuse: experience in Liverpool*. Dev. Med. Child Neurol, oct., 1983, 25(5):606-611.
28. HUNTER, Rosemary; KILSTROM, Nancy; LODA, Frank, *Sexually abused children: Identifying masked presentations in a medical setting*. Child Abuse and Neglect, 1985, 7:17-25.
29. KANDA, Mireille; THOMAS, Joyce; LLOYD, David, *The role of forensic evidence in child abuse and neglect*. The American Journal of Forensic Medicine and Pathology, 1985, 6(1):7-15.
30. KIM, Dong Soo, *How physicians respond to child maltreatment cases*. Health and social work, 1986, 95-106.
31. KNIGHT, Bernard, *The history of child abuse*. Forensic Science International, 1986, 30: 135-141.
32. LANDWIRTH, Julius, *Fetal abuse and neglect. An emerging controversy*. Pediatrics, 1987, 79(4):508-514.
33. LANE, Elissa, *Interviewing the sexually abused child*. MCN, 1985, 10(2):103-105.
34. LITTLE, Maureen, *Taking actions against child sexual abuse*. The Canadian Nurse, feb., 1985, 31-33.
35. LOREDO-ABDALA, A.; REYNES-MANZUR, J.; MARTÍNEZ, C.; CARVAJAL-RODRÍGUEZ, L.; VIDALES-BAYONA, C.; VILLASEÑOR-ZEPE-

- DA, J., *El maltrato al menor. Una realidad creciente en México*. Boletín Médico Hospital Infantil, México, julio, 1986, 43(7):425-433.
36. LYNCH, Margaret, *Child abuse before Kempe: an historical literature review*. Child Abuse and Neglect, 1985, 9:7-15.
37. MATTHEWS, Peter, *Neglect and violence toward children*. Canadian Journal of Family Law, 1980, 3:369-376.
38. MEDDIN, Barbara. HANSEN, Ingrid, *The services provided during a child abuse and/or neglect case, investigation and the barriers that exist to service provision*. Child Abuse and Neglect, 1985, 9:175-182.
39. MEDDIN, Barbara; ROSEN, Anita, *Child Abuse and Neglect. Prevention and reporting*. Young children, may, 1986, 26-30.
40. MOUZAKITIS, C.M.; GOLDSTEIN, S., *A multidisciplinary approach to treating child neglect*. The Journal of Contemporary Social Work, 1985, 66(4):218-224.
41. MULLINS, June, *The relationship between child abuse and handicapping conditions*. Journal of School Health, april, 1986, 56(4):134-136.
42. MURPHY, Solbritt; ORKOW, Bonnie; RAY, Nicola, *Prenatal prediction of child abuse and neglect: a prospective study*. Child Abuse and Neglect, 1985, 9:225-235.
43. MYERS, John, *The legal response to child abuse: in the best interest of children?* Journal of Family Law, 1985-86, 24(2):149-169.
44. NEY, P.G.; JOHNSTON, J.D.; HERRON, J.L., *Social and Legal Ramifications of a child crisis line*. Child Abuse and Neglect, 1985, 9:47-55.
45. NORMAN, Margaret; NEWMAN, Donald; SMIALEK, John; HOREMBALA, Edward, *The post-mortem examination on the abused child*. Perspectives un Pediatric Pathology, 1984, 8(4):313-343.
46. OATES, K.; FORREST, D.; PEACOCK, A., *Mothers of abused children*. Clinical Pediatrics, jan., 1985, 9-13.
47. PIERCE, Robert, *Analysis of sexual abuse hotline reports*. Child Abuse and Neglect, 1985, 9:37-45.
48. REECE, Robert; GRODIN, Michael, *Recognition of non-accidental injury*. Pediatrics Clinics of North America, 1985, 32(1):41-60.
49. RICKARBY, Geoffrey, *Patterns of sexual abuse of children*. The Medical Journal of Australia, 1985, 142:636-637.
50. ROSCOE, Bruce; CALLAHAN, John; PETERSON, Karen, *Who is responsible? Adolescents acceptance of theoretical child abuse models*. Adolescence, 1985, XX (7):189-197.
51. ROSENBLOOM, L.; HENSEY, O.J., *Outcome for children subject to non-accidental injury*. Archives of disease in childhood, 1985, 60(3):191-192.
52. RUBIN, Gertrude, *Child abuse reconsidered the urgency of authentic prevention*. Journal of Clinical Child Psychology, 1983, 12(3):312-319.
53. SACHDEV, Paul, *Child abuse: a bidirectional phenomenon*. Medicine and Law, 1984, 3: 363-376.
54. SACK, William; MASON, Robert; HIGGINS, James, *The single parent family and abusive child punishment*. American Orthopsychiatric Association, 1985, 55(1):59-69.
55. SHERROD, Kathryn; O'CONNOR, Susan; VIETZE, Peter; ALTEMEIER, William, *Child Health and Maltreatment*. Child Development, 1984, 55:1171-1183.
56. SHORKEY, Clayton; ARMENDÁRIZ, Juan, *Personal worth self esteem, anomia, hostility and irrational thinking of abusing mothers; a multivariate approach*. Journal of Clinical Psychology, may, 1985, 41(3):414-421.
57. SKUSE, D.H., *Non organic failure to thrive: a reappraisal*. Archives of Diseases in childhood, 1985, 60(2):173-178.
58. SMITH, Selwyn; HANSON, Ruth; NOBLE, Sheila, *Social aspects of the battered baby Syndrome*. British Journal of Psychiatry, 1974, 125:568-582.
59. SMITH, Selwyn; KUNJKRISHNAN, Reghuvanan, *Child abuse perspectives on treatment and research*. Psychiatric clinics of North America, dec., 1985, 8 (4):665-683.
60. WEBSTER-STRATTON, Carolyn, *Comparison of abusive and non-abusive families with conduct disordered children*. American Orthopsychiatric Association, 1985, 55(1): 59-69.
61. WOLFE, David, *Child abusive parents. An empirical review and analysis*. Psychological Bulletin, 1985, 97(3): 462-482.

62. WOLOCK, Isabel; HOROWITZ, Bernard. *Child maltreatment as a social problem: the neglect of neglect*. *American Journal Orthopsychiatric*, 1984, 54(4):530-543.
63. WOOD, Marcela, *Child abuse and neglect*. *Journal of MAG*, 1985, 74:224-225.
64. *Battered Children and Child Abuse*. Highlights and Recommendations of the CIOMS/WHO Conference, Berne, Switzerland, december, 1985.
65. *Child Abuse and Neglect*. *Special Wisconsin Medical Journal*, jan., 1985, 84:11-14.
66. *Council on Scientific Affairs. AMA, Diagnostic and Treatment Guidelines Concerning Child Abuse and Neglect*, *JAMA*, 1985, 254(6): 796-803.
