

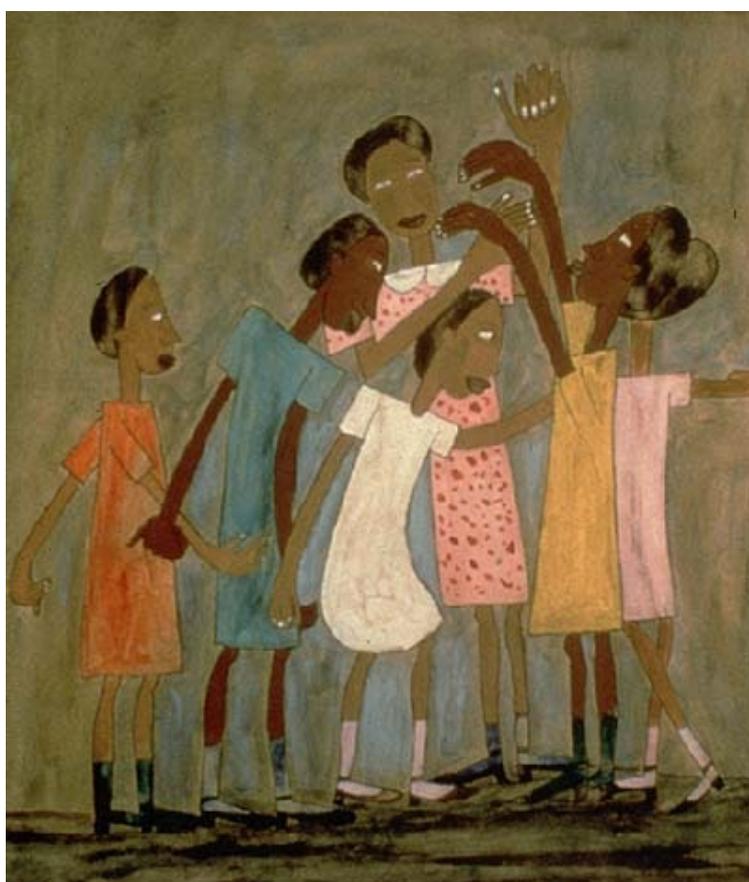
MALTRATO Y EXPOSICIÓN PRECOZ A LA VIOLENCIA

**Susan MK Tan, Norazlin Kamal Nor, Loh Sit Fong,
Suzaily Wahab, Sheila Marimuthu & Chan Lai Fong**

Edición en Castellano

Editor: Daniel Martínez-Uribe

Traductores: Daniel Martínez-Uribe, Rosalía Díaz-Bóveda



Niños
Jugando al
"Puente de
Londres",
por William H.
Johnson

Susan MK Tan MD (UKM),
DCH (London), MMed Psych
(UKM), Adv.M.Ch. Ado.Psych
(UKM), AM Psiquiatría Infantil
y Adolescente, Departamento
de Psiquiatría, Universidad
Kebangsaan Malaysia Medical
Center, Kuala Lumpur, Malaysia
Conflicto de intereses: Ninguno
a Declarar

Norazlin Kamal Nor
MRCPCH(Lon), MBBS(Lon),
BSc(Lon) Pediatra,
Departamento de Pediatría,
Universidad Kebangsaan
Malaysia Medical Center, Kuala
Lumpur, Malaysia Conflicto de
intereses: Ninguno a Declarar

Loh Sit Fong B Eon(Kobe), M
Clin Psych (UKM) Psicólogo,
Departamento de Psiquiatría,
Universidad Kebangsaan
Malaysia Medical Center, Kuala
Lumpur, Malaysia Conflicto de
intereses: Ninguno a Declarar

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o que ejercen la práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas en este libro son de responsabilidad de los autores y no representan necesariamente el pensamiento del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió tal como fue evaluado por los autores, y estos pueden cambiar como resultado de una nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes en concordancia con las directrices y leyes del país de su ejercicio profesional. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que no se mencionan todas las dosis ni los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen el fin de ilustrar situaciones o se mencionan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

© IACAPAP 2016. Esta es una publicación de acceso libre bajo la licencia Creative Commons Attribution Non-commercial License. El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial.

Citación sugerida: Tan Susan MK, Kamal Nor N, Loh SF, Wahab S, Marimuthu S, Chan LF. Maltrato y exposición precoz a la violencia (Edited by Daniel Martínez-Uribe). In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016.

Los niños necesitan un medio ambiente seguro al cual llamar hogar. Además de ser un lugar de abrigo, este hogar debe ser un lugar que les brinde un sentimiento de seguridad física y emocional, pero también un espacio de confort y de protección. El desarrollo óptimo del niño depende de la interacción entre factores ambientales positivos y factores intrínsecos genéticos que se inician incluso antes del nacimiento (Shonkoff et al, 2000). Las experiencias negativas (difíciles o dolorosas) durante la edad precoz han demostrado tener consecuencias a largo plazo sobre el desarrollo del niño, incluyendo cambios en la estructura cerebral (National Scientific Council respecto al Desarrollo Infantil, 2004). Las alteraciones orgánicas, como pueden ser las lesiones neurológicas o las infecciones, no son los únicos factores que pueden entorpecer el desarrollo normal; algunos factores de estrés psicológico o emocional son igualmente “tóxicos” para el desarrollo y el crecimiento del niño, especialmente si no existen figuras de apego que puedan ayudar al infante en estas circunstancias. Cuando el medio ambiente inmediato del niño se convierte en una zona de conflicto impregnado de violencia física o moral, el sufrimiento del niño no se circunscribe únicamente al instante mismo de la violencia, sino que puede tener repercusiones para el resto de su vida. La investigación ha mostrado cómo la exposición a la violencia doméstica tiene un impacto en el desarrollo de un individuo (US Department of Health and Human Services, 2003). En este capítulo el término “niño” es empleado para designar a cualquier ser humano menor de 18 años, el término “él” se utiliza para describir tanto niños como niñas, sin diferencia de género y la palabra “padre/padres” para describir cualquier figura parental o que pueda ejercer una función de autoridad parental para el niño.

NOTA HISTÓRICA

El primer autor en acuñar la terminología y los conceptos aceptados universalmente respecto al maltrato a nivel internacional fue el Dr. Henry Kempe. El “Síndrome del Niño Sacudido”, o “Síndrome del Bebé Sacudido (SBS)” fue identificado en 1972 por el pediatra y radiólogo americano John Caffey (American Academy of Pediatrics, 2001). Sin embargo hasta 1970 el abuso sexual no fue verdaderamente reconocido y hemos tenido que esperar hasta 1980 y 1990 para que el maltrato psicológico (o maltrato emocional) fuera reconocido.

Suzaily Wahab MD(UKM),
MMed Psych (UKM)
Psychiatrist, Departamento
de Psiquiatría, Universidad
Kebangsaan Malasia Medical
Center, Kuala Lumpur, Malasia.
Conflicto de Intereses: No
declara conflicto de intereses.

Sheila Marimuthu MBBS(Cal),
MMed Paeds(Malaya) Pediatra,
Departamento de Pediatría,
Hospital Kuala Lumpur,
Malasia. No declara conflicto
de intereses.

Chan Lai Fong MD(UKM),
MMed Psych (UKM) Psiquiatra,
Departamento de Psiquiatría,
Universidad Kebangsaan
Malasia Medical Center, Kuala
Lumpur, Malasia. No declara
conflicto de intereses

Agradecimientos: Nuestro
agradecimiento a Ms Madeleine
Yong y a Ms Lois Engelbrech,
Founding Director's of Protect
and Save the Children (PS
the Children) Malaysia por su
contribución. Igualmente para
Dr Irene Cheah por la revisión
de los borradores, Ms Siti
Haidah Mohd Ijam y Ms Siti
Suraya Mansor por su ayuda.

En 1873 los animales tenían derechos, los niños no

En 1873, le pidieron a la Sra. Wheeler, una trabajadora de una iglesia, que visitara a una familia. Así descubrió a Mary-Allen, una pequeña niña de 9 años de edad encadenada a su cama, desnutrida, asustada y con marcas de golpes. La Sra. Wheeler, consternada por su descubrimiento, decidió informar de esta terrible situación de maltrato a las autoridades, que inicialmente ignoraron sus quejas.

Frente a este rechazo e indignada al saber que los animales tenían ya una serie de derechos, pidió a la Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales (ASPCA) que considerase a los niños como miembros del reino animal, solicitando la misma protección. La ASPCA finalmente intervino teniendo en cuenta estas circunstancias. Mary-Allen fue removida de la situación de abuso y ubicada en una familia de acogida donde floreció. Mary-Allen se casó, tuvo dos hijas y vivió hasta la edad de 92 años.

Tabla B.1.1 Las Diferentes Formas de Maltrato Infantil (OMS)*

Maltrato o abuso físico	Lesiones y heridas físicas
Abandono, negligencia o carencia de cuidados	Incapacidad de satisfacer las necesidades básicas para el desarrollo normal de un niño en todas las esferas
Maltrato psicológico o emocional	Incapacidad de proporcionar un entorno apropiado para el desarrollo emocional; falta de apoyo que se traduce en un deterioro del desarrollo emocional del niño y el sentido de su propio valor
Abuso sexual	La participación de un niño en una actividad sexual que él (en virtud de su edad o estado de desarrollo): <ul style="list-style-type: none"> • No entiende completamente • No es apto para dar su consentimiento • No está preparado o suficientemente desarrollado Abuso sexual puede ser cometido por adultos o niños que están en una posición de responsabilidad, han obtenido la confianza suficiente o algún tipo de poder sobre la víctima
Explotación	Utilización de los niños para el trabajo u otras actividades con fines lucrativos por parte de terceros; Ej: Trabajo Infantil

*Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la prevención del maltrato y la negligencia infantil (2006).

MALTRATO INFANTIL

La definición de maltrato infantil varía según la cultura y el país (ver Tabla B.1.1) pero reconoce comúnmente ciertos criterios:

- *El maltrato o abuso.*
- *El potencial de causar daño o perjuicio al niño*, incluyendo las amenazas y la negligencia (incapacidad para proveer las necesidades básicas del niño para su desarrollo normal).
- El maltrato implica habitualmente a los padres o a otra persona en el contexto de una relación de responsabilidad, de poder o de confianza (incluyendo guías religiosos, profesores, etc).
- *Ser expuesto a la violencia o ser testigo de la misma*, en particular entre los padres.

La multitud de definiciones legales, costumbres y leyes ofrecen una gran cantidad de modelos para desarrollar un marco jurídico adecuado en cada país. Las organizaciones internacionales, que agrupan la mayoría de los países y culturas, adoptan generalmente las definiciones y recomendaciones más apropiadas para guiar las prácticas en cada país. [La Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#) distingue diferentes tipos de maltrato infantil: el maltrato físico, el abuso sexual, la negligencia y las carencias en los cuidados, el maltrato psicológico o emocional y la explotación.

Los valores culturales de un país, las normas sanitarias y la pobreza, son consideraciones importantes para determinar la presencia de maltrato y la forma en que éste es tratado. Lo que se considera disciplina razonable ha cambiado con el

El “padre” del concepto de maltrato:

El fortuito descubrimiento y el progreso en la radiología permitieron un avance considerable en la detección precoz del maltrato infantil. El Dr. Henry Kempe, pediatra y radiólogo norteamericano, usó los rayos X para demostrar lesiones no accidentales en un gran número de niños admitidos en su servicio.

Las radiografías permitieron identificar anomalías esqueléticas y fracturas antiguas directamente causadas por actos de violencia física o negligencia. Con su definición del “Síndrome del Niño Abatido o Golpeado”, Kempe permitió el reconocimiento oficial del maltrato infantil por la comunidad médica. Como consecuencia, el tema del abuso infantil vino a ocupar un primer plano en la medicina moderna en la década de 1960.

Los derechos de los niños (ver también capítulo J.7)

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) estipula que todos los niños sin importar el lugar de donde vengan deben tener derechos equivalentes al común de los seres humanos, esto es, el derecho:

- A la supervivencia
- Al crecimiento y desarrollo
- A ser protegidos de las influencias dañinas, situaciones de abuso y explotación.
- A participar plenamente de la vida familiar, social y cultural.

tiempo y según la sociedad de la que hablamos. Por ejemplo, el castigo físico, como puede ser “el cachete” o “nalgada”, considerado una práctica educativa apropiada en el pasado, es actualmente una conducta reprobada (Creighton, 2004). Sin embargo, aunque las aproximaciones no violentas a la educación y disciplina de los niños son las más usadas (Runyan et al, 2010), prácticas disciplinarias violentas siguen ocurriendo en todo el mundo (UNICEF, 2010). Un nivel educativo más elevado en los cuidadores está asociado a un menor uso de técnicas disciplinarias violentas. Investigaciones en Suecia han mostrado que la prohibición legal de usar castigos corporales reduce el uso de disciplina violenta pero solo si se difunden simultáneamente métodos alternativos de disciplina no violenta (Zeigert, 1983). La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y la Convención de los Derechos de los Niños (UNICEF, 1989) han creado los dispositivos legales, en materia de protección de la infancia (ver capítulo J.7). En 1873, los animales tenían ya una serie de derechos que los niños aún no tenían. Mary-Allen, la niña que citamos previamente en el recuadro no sufrió en vano. En tanto que fue la primera víctima de maltrato reconocida en América del Norte, su caso llevo en 1874 a la fundación de la Sociedad de Prevención contra la crueldad hacia los niños (Finkelhor, 1984).

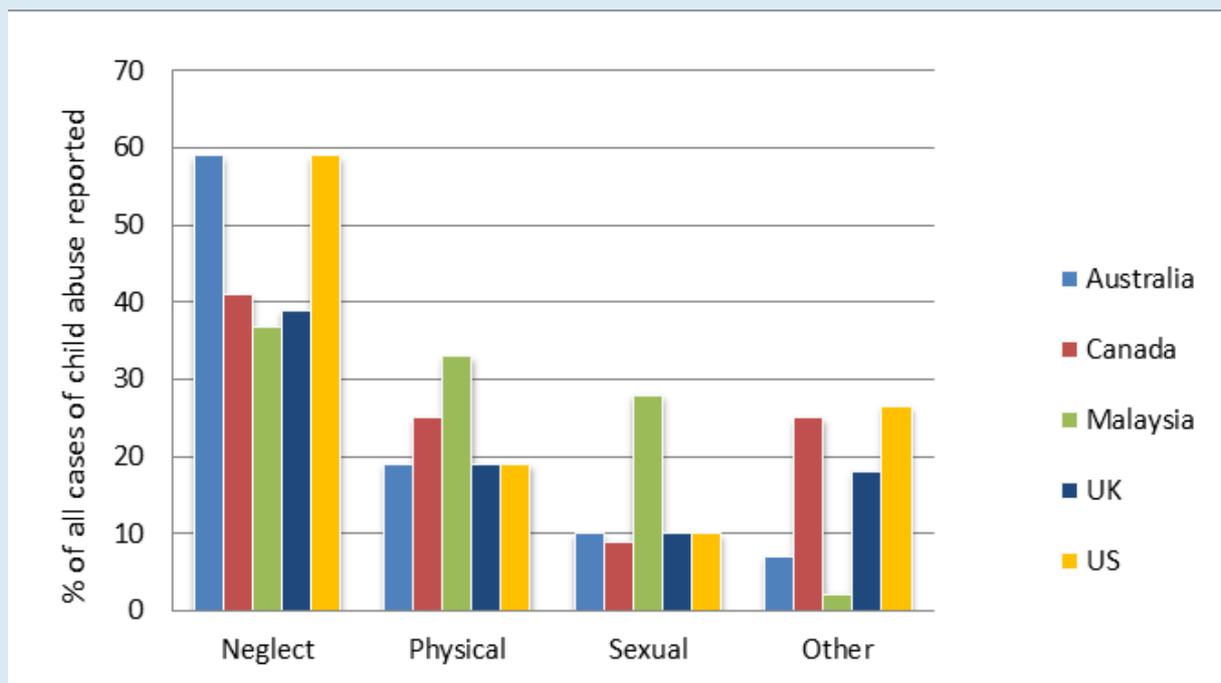


En 1873 los niños aún no tenían derechos; los animales sí. En 1989, los niños obtuvieron una serie de derechos.(CRC,1989)

EPIDEMIOLOGÍA

Desde una perspectiva general, no disponemos de datos fiables que permitan estimar la prevalencia del maltrato infantil, en particular en los países con ingresos bajos o intermedios. La mayor parte de estudios de incidencia y prevalencia han sido realizados en países occidentales (Figura B 1.1). Las estimaciones varían considerablemente según el país y el método utilizado; de ahí la necesidad de interpretar estos datos con prudencia. El incremento de la concienciación entre

FIGURA B.1.1 Tasa* de Maltrato Infantil en Diferentes Países según el Tipo



*La estimación puede variar ampliamente en relación al país y método usado; Las comparaciones entre países deben ser interpretadas con cautela. Fuentes: Australian Institute of Health and Welfare (AIHW, 2004); Canada (Trocme & Wolfe, 2001) in Creighton, 2004; UK: Department of Education and Skills (DES 2004); US: Department of Health and Human Services (US DHHS, 2003).

los profesionales y el público en general ha llevado a informar más a menudo este tipo de situaciones..

Según la OMS, unos 40 millones de niños serían víctimas de maltrato cada año (OMS, 2001). Entre un 25 y un 50% de los niños refieren haber sido víctimas de violencia física. Muchos niños son víctimas de maltrato psicológico (abuso emocional) o negligencia y lo que se conoce podría ser sólo la punta del iceberg. Potencialmente existe una gran cantidad de maltrato que no es detectado por no reconocerse que es debido al abuso infantil. Por ejemplo, entre los menores de 15 años la tasa de homicidios se estima alrededor de 31.000 muertos/año. Muchos

Tabla B.1.2 Características de los Factores de Riesgo para Maltrato

	Factores de Riesgo	Características	Presentación Común
Del Niño	<ul style="list-style-type: none"> • Edad temprana • Vulnerabilidad particular ligada a la integridad física o psíquica del niño (retraso mental, parálisis cerebral, prematuridad...) • Alteraciones del comportamiento • Enfermedad Crónica • Sexo: En niños escolares las niñas tienen un mayor riesgo de abuso sexual mientras que los niños tienen mayor riesgo de maltrato físico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de vulnerabilidad o dependencia • Alteraciones ligadas al tipo de apego 	<ul style="list-style-type: none"> • Fracturas • Síndrome del Bebé Sacudido • Hematomas • Hemorragias internas • Ahogamiento o Asfixia
De la Familia	<ul style="list-style-type: none"> • Status económico bajo (pobreza, ausencia de domicilio fijo, nivel de educación bajo, desempleo, padre o madre soltero, embarazo a edad precoz) • Historia delictiva • Abuso de sustancias • Enfermedades crónicas o invalidez • Factores psicosociales (enfermedad mental, escasos recursos de afrontamiento (coping), escaso soporte familiar, marital, comunitario, violencia doméstica) • Antecedentes de maltrato en los padres • Violencia intrafamiliar 	<ul style="list-style-type: none"> • Escasos recursos y educación • Sobrecarga de los cuidadores • Ausencia de control parental • Escasos recursos de afrontamiento y habilidades parentales por parte de los padres 	<ul style="list-style-type: none"> • Malnutrición • Cuidados Sanitarios inadecuados • Violencia Psicológica • Castigos corporales particularmente duros • Ausencia de límites y supervisión parental. • Exposición a material pornográfico
De la Sociedad	<ul style="list-style-type: none"> • Tasas altas de desempleo • Aislamiento social • Factores socioculturales • Aspectos legales • Catástrofes naturales o humanitarias 	<ul style="list-style-type: none"> • Prácticas culturales que ocultan ciertos tipos de abuso/maltrato. • Las políticas (o su ausencia) que permitan la explotación infantil. • Falta de refuerzos positivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sanciones legales hacia la violencia sexual y física (p.ej., mutilación genital) • Niños combatientes • Violaciones de guerra • Prostitución

*Fuentes: Herrenkohl et al (2008); Mersky et al (2009); Stith et al (2009); Whitaker et al (2008).

de los niños que mueren son clasificados como “muertes accidentales”— caídas, quemaduras, ahogamientos. Muchos de estos poden haber muerto realmente debido a maltrato. Además:

- La organización internacional del trabajo informa que existen unos 250 millones de niños trabajadores de 5 a 14 años en países en desarrollo. 15 millones de niños en India trabajan como obreros para pagar las deudas familiares (Observatorio de los Derechos Humanos, 2001).
- Aproximadamente un millón de niños estarían implicados en el comercio sexual en el mundo entero (Casa Alianza, 2001)
- En países en conflicto armado y entre refugiados, las niñas son particularmente vulnerables a la violencia sexual por parte de los combatientes, miembros de las fuerzas del orden, miembros de su propia comunidad, trabajadores humanitarios y otros (OMS, 2010).

FACTORES DE RIESGO

La Tabla B.1.2 muestra la existencia de ciertas características relacionadas con el niño, con la familia o con los padres que aumentan el riesgo de maltrato. Una identificación precoz de estos factores, además de una intervención rápida y sensata, podría limitar el riesgo de que se produzcan situaciones de maltrato.

Las condiciones de vida precarias y un mal estado de salud de las madres (ej; madres adolescentes con embarazos no deseados en situaciones de pobreza) pueden resultar en nutrición inadecuada y en situaciones prevenibles como la deficiencia de ácido fólico (que incrementa el riesgo de espina bífida), rubeola, exposición a sustancias tóxicas como mercurio, plomo, insecticidas organofosforados, y a drogas tanto legales como ilegales.

CONSECUENCIAS DEL MALTRATO

Para los niños que sobreviven al maltrato, en ausencia de una intervención adecuada, el sufrimiento y el impacto deletéreo pueden perpetuarse en los años siguientes y subsistir en la edad adulta. De esta forma, diversos problemas orgánicos y mentales secundarios al maltrato pueden aparecer tanto durante la niñez como en la vida adulta. Algunos tipos de abuso podrían causar alteraciones a largo plazo, como en el caso del “*síndrome del bebé sacudido*”, donde existen lesiones cerebrales. Los niños con fracturas óseas podrían tener además un mayor riesgo de desarrollo de cáncer (Fuller-Thompson et al, 2009).

Además de los problemas sociales, los niños que viven en situaciones de abuso, maltrato o negligencia tienen un riesgo mayor de alteraciones cognitivas con un impacto importante en el desarrollo del lenguaje, el aprendizaje y el éxito escolar. Existe una mayor tendencia en estos individuos a desarrollar conductas antisociales con comportamientos delictivos y un mayor riesgo de embarazo durante la adolescencia (Johnson et al, 2006). El riesgo de consumo de tóxicos como el tabaco, el alcohol y drogas ilícitas se incrementa igualmente (Dube et al, 2001); casi un tercio de pacientes en tratamiento de desintoxicación o en tratamientos relacionados con el consumo de drogas refieren haber sido víctimas de maltrato durante su infancia (Swan, 1998).

Características paternas asociadas al maltrato

- Desempleo
- Pobreza
- Conflicto familiar o marital
- Violencia doméstica,
- Uso de drogas o alcohol
- Antecedentes penales
- Contacto previo con trabajo social o servicios sociales
- Antecedentes personales de maltrato o violencia intrafamiliar durante la infancia.

El maltrato infantil está fuertemente asociado con un estado de salud física y psíquica sensiblemente más frágil en la edad adulta. Estas víctimas presentan un riesgo mayor de trastornos de ansiedad, trastornos de conducta alimentaria, depresión, obesidad, e incluso intentos de suicidio (Silverman et al, 1996). Presentan igualmente un riesgo mayor de síntomas físicos (tanto explicados como inexplicados a nivel médico), dolor crónico y conductas adictivas o conductas sexuales de riesgo. Estas consecuencias a largo plazo serían proporcionales a la severidad del maltrato recibido durante la infancia.

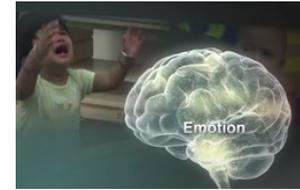
Los diferentes aportes científicos han refutado la idea de que lactantes y niños pequeños son demasiado jóvenes para ser afectados por factores estresantes. Ser expuesto al estrés durante períodos críticos del desarrollo puede causar daño cerebral a largo plazo, resultando en cambios a nivel estructural (National Scientific Council on the Developing Child, 2010). Experiencias desfavorables a una edad precoz, como los cuidados incompetentes o la negligencia materna han demostrado tener consecuencias negativas en el cerebro en desarrollo. El consumo de alcohol y de drogas durante el embarazo también podría llevar a diferentes cambios neurohormonales y neuroconductuales que perturbarían a largo plazo la memoria, el aprendizaje y el comportamiento (ver capítulo G.1).

Mecanismos

El maltrato provoca estrés. La respuesta al estrés implica la activación de sistemas neuroquímicos y hormonales: el sistema simpático adrenomedular que produce adrenalina, y el sistema hipotálamo-pituitaria-adrenocortical que produce cortisol. La activación sostenida y frecuente de dichos sistemas hormonales puede tener consecuencias serias a lo largo del desarrollo. Por ejemplo, cuando niños experimentan estrés severo o prolongado, sus niveles de cortisol permanecen elevados durante períodos prolongados. Esta respuesta al estrés se estima tóxica y puede alterar la activación o desactivación (“on”, “off”) de genes específicos (Gunnar et al, 2006). La calidad en de la relación con los cuidadores juega un papel crítico en la regulación de las respuestas al estrés. Por ejemplo, niños que se han desarrollado con estilos de apego seguros podrán regular mejor las diferentes respuestas hormonales al estrés en situaciones de miedo o enfado. Ocurre lo contrario en niños criados en situaciones de apego inseguro o desorganizado (Loman et al, 2010).

EVALUACIÓN

Como hemos visto, el maltrato infantil lleva consigo una serie de consecuencias tanto para el niño como para la familia (por ejemplo, un niño maltratado o que ha sufrido negligencia puede ser retirado del seno familiar y el autor del abuso podría ir a prisión). Aunque existen casos de maltrato evidentes y fáciles de demostrar (por ejemplo, lesiones con marcas físicas indiscutibles o prostitución infantil delante de testigos), esto solo concierne a una minoría de las situaciones de maltrato. Esto es en parte porque, en función del nivel de desarrollo cognitivo, los niños pueden no recordar ciertos eventos traumáticos o tienen una mayor tendencia a la sugestión o experimentan emociones encontradas. Por ejemplo, está demostrado que casi un tercio de los niños de tres años confunden a su padre con otro individuo cuando se le enseña una serie de fotografías, lo que hace dudar de su capacidad para identificar correctamente a un posible agresor (Lewis et al, 1995).



Haz click en la foto para visualizar un vídeo que describe los efectos tóxicos del estrés sobre el desarrollo del cerebro. (English, 1:52)

Signos y conductas del niño que podrían indicar maltrato

- Retraso inexplicable en acudir al médico tras una fractura o quemadura grave
- Las explicaciones del niño o de los padres son poco compatibles con las lesiones o heridas
- Divergencia en la explicación de las lesiones por parte de diferentes miembros de la familia
- Antecedentes de intoxicación por alcohol o drogas, o tentativa de fuga por parte del niño
- Respuestas inadecuadas en el entorno del niño hacia las lesiones o heridas, como negar o menguar el dolor y el sufrimiento del niño o los síntomas
- Acudir cada vez a diferentes médicos u hospitales con lesiones múltiples.

Es necesario distinguir entre una evaluación de la salud mental del niño en el que se sospecha maltrato (por ejemplo, como respuesta a un informe o si el médico sospecha que maltrato ha ocurrido) y un examen forense para obtener hechos para una acción legal. De manera óptima, una vez que el médico opina que ha habido maltrato, debe informar de ello a las autoridades competentes de acuerdo con la legislación local. En estas circunstancias, no es el papel del médico o el terapeuta investigar si realmente ha habido maltrato. Los clínicos nunca deben ser el médico forense en los casos que están tratando; no separar ambas funciones (investigación y tratamiento) causara problemas y obstaculizara la acción judicial porque los terapeutas no serán objetivos y podrían ser acusados de contaminar los recuerdos del niño o de plantar falsos recuerdos. Todo esto podría nublar su objetividad de cara a la terapia, con el riesgo consiguiente de además contaminar la memoria del niño. En estos casos, el examen clínico del niño maltratado debe ser el mismo que el que se practica con infantes remitidos a servicios de salud mental por otros motivos (ver capítulo A.5). Esta sección se centra en la evaluación forense (es importante recordar que en algunos países la ausencia de especialistas disponibles o el número reducido de los mismos, dificulta que la evaluación clínica y la evaluación forense sean realizadas por personas diferentes; en estos casos la evaluación forense debe completarse antes de la intervención terapéutica por los motivos antes descritos).

El evaluador deberá adaptarse al niño teniendo en cuenta su edad y su nivel de desarrollo cognitivo con el fin de facilitar la obtención de la información:

- *Los niños en edad preescolar* tienen dificultades para identificar tiempo y lugar y probablemente no serán capaces de decir con qué frecuencia ha ocurrido algo, cuando sucedió, o incluso donde sucedió.
- *Entre los tres y los cinco años*, los niños aún no han adquirido la capacidad de pensamiento abstracto, se distraen fácilmente durante la entrevista, pueden estar inquietos e incluso llegar a agitarse. Pueden ser capaces de situar ciertos hechos en relación con algún evento en particular, por ejemplo: antes o después de acostarse, antes o después de un cumpleaños. Pedir que lo dibujen o que demuestren lo que sucedió es a menudo útil y más fácil para ellos que la descripción verbal.
- *Entre los seis y los nueve años*, los niños son capaces de orientarse a nivel temporo-espacial, son capaces de entender ciertos conceptos y han desarrollado un pensamiento concreto. Pueden igualmente dibujar planos sencillos. Son más capaces de engañar al interlocutor que los niños más jóvenes y son capaces de guardar secretos. Pueden experimentar a menudo conflictos emocionales, se sienten confundidos, culpables y avergonzados, además de sentir temor a ser castigados. Habitualmente son reacios o tentativos al revelar los hechos y se retraen en su concha si perciben que el entrevistador no es amable. Algunos juegos de rol, el dibujo y el empleo de muñecos puede ser útil en estas edades.
- *Los preadolescentes (10-13 años)* se sienten más a gusto con un entrevistador del mismo sexo; se sienten incómodos y azorados al hablar de su cuerpo o de temas con contenido sexual. Por lo general entienden que lo que les ha ocurrido está mal pero se sienten sobrepasados por la situación, con fuertes sentimientos de culpa y vergüenza que pueden conducirlos a la negación de los hechos del maltrato. Una aproximación más formal a la entrevista y preguntas breves, pueden facilitar las



[Haz click sobre la imagen para ver una presentación sobre el maltrato infantil \(atención: presentación con imágenes explícitas\) \(English, 8:54\)](#)

El Síndrome del Bebé Sacudido: Un maltrato enmascarado

Este síndrome es una causa a largo plazo de daño neurológico y discapacidad en niños previamente sanos. Puede ser causado por sacudidas violentas y repetidas en el lactante (usualmente antes de los dos años) por parte del cuidador y que conlleva la ruptura de vasos intracraneales por presión del tejido cerebral contra la bóveda craneal. El cuadro clínico se caracteriza por:

- Somnolencia o letargia
- Hemorragia subdural o edema cerebral generalizado
- Hemorragias retinianas
- Fracturas, por ejemplo a nivel costal.

respuestas. Necesitan oír que no tienen la culpa de lo que ha ocurrido.

- *Los adolescentes* son más propensos a responder a una persona honesta, abierta y directa que demuestra preocupación por sus necesidades e intereses y que evita ser crítica (Craig, 1998).

La revelación de situaciones de maltrato, en particular de abuso sexual, se realiza de forma gradual y progresiva. La mayor parte de los niños pasan a través de diferentes etapas que incluyen la negación, una fase de revelación, una fase de retractación y una fase de reafirmación. Hasta un 70% de niños víctimas de abuso sexual pueden negarlo inicialmente. Los niños más pequeños tienen una tendencia a revelar accidentalmente la agresión sexual, a través de juegos sexualizados o declaraciones inapropiadas. Los niños mayores y los adolescentes son más propensos a revelar el abuso de forma deliberada debido a la rabia que sienten hacia el autor o bajo la influencia de sus pares.

La entrevista debe ser realizada por una persona calificada, con experiencia, y en un ambiente de apoyo que no pueda ser percibido por el niño como amenazador. El número de entrevistas debe mantenerse al mínimo y es preferible agrupar a los diferentes profesionales de diferentes disciplinas en el momento de la entrevista. Es deseable que la entrevista se realicen en una habitación con espejo unidireccional o que sea grabada en vídeo para no abrumar al niño.

La anamnesis es una etapa muy importante que implica obtener la historia descrita por el niño, en particular su historia social y familiar, y la opinión de terceras personas que puedan corroborar la información del niño. Esto nos permitirá comprender en qué entorno familiar se ha desarrollado el niño, el tipo de vivienda en que ha crecido, y los sistemas de apoyo. Como ya hemos destacado, ciertos factores de riesgo están fuertemente asociados con el maltrato de menores.

Aunque el objetivo de la entrevista forense es responder a preguntas como ¿quién?, ¿qué?, ¿dónde? y ¿cuándo?; esto no debería ser en detrimento de una buena comprensión del contexto familiar y personal del niño. Las preguntas deben ser de carácter abierto y es importante detectar si el niño se siente incómodo para dar marcha atrás si hiciera falta. Puede ser útil pedir al niño que describa un evento que le resulte familiar que le permita así retomar un discurso espontáneo.

De acuerdo con Craig (1998), el formato básico de la entrevista debería incluir:

- Una fase corta de preparación para crear confianza.
- Una fase de evaluación del nivel cognitivo y de desarrollo del niño, de su nivel de lenguaje, capacidad de comunicarse, aptitud para comprender lo que es verdad o mentira, fingido o real.
- El conocimiento del niño respecto a las partes del cuerpo y el uso de palabras como “por encima de”, “debajo de”, “enfrente”, “detrás”.
- A continuación, la parte principal de la entrevista que intenta recabar información sobre la agresión (¿quién?, ¿qué?, ¿dónde? y ¿cuándo?) debe realizarse mediante preguntas abiertas como: “Sabes por qué estás aquí?”, “Tu mamá me contó que has tenido un problema con...”
- Hay que evitar redirigir los propósitos del niño para precisarlos, no emitir juicios de valor o incluso enseñarle respecto a la actividad sexual

Principales puntos de exploración durante el examen físico del niño maltratado

- Estado general del niño
- Aspecto a nivel de limpieza, signos de negligencia y alteración emocional
- Búsqueda de edemas, hematomas, contusiones, incluyendo en el cuero cabelludo
- Fontanela mayor, ¿Está abombada?
- Examen ORL: sangrado o desgarros del frenillo de la lengua, equimosis o abrasión en la cara interna de los labios y la faringe
- Dolor costal, contusiones torácicas, signos de ruptura esplénica, hematomas abdominales o torácicos
- Dolor, inflamación o derrames a nivel articular

Farah, una adolescente de 15 años fue remitida al hospital por la policía local debido a un intento de tirarse desde el cuarto piso de un centro comercial después de una ruptura sentimental con su pareja. Ella reconocía estar triste “desde hace mucho tiempo”, desde que sus padres se separaron cuando ella tenía 7 años. De los cuatro hijos, era ella quién más echaba de menos a su padre, que solía mimarla. Después del divorcio, el padre se casó nuevamente y tuvo otros hijos, dejó de visitar a la familia de Farah y cesó de pasar el dinero de la manutención.

Farah empezó a presentar absentismo y fracaso escolar progresivo, pasando de ser una alumna de sobresaliente a ser de las últimas de su clase. Su madre se había casado nuevamente con un hombre de negocios tres años antes. Este hombre parecía haber tomado el papel de padre y cuidador hasta que su negocio quebró y empezó a consumir drogas. Se fue volviendo cada vez más violento hacia su madre y hacia los niños y empezó a violar a Farah y a la

hermana menor, de 10 años, cuando la madre trabajaba. Les obligaba a guardar silencio amenazando con asesinar a su madre si le contaba a alguien lo que ocurría. Farah intentaba escapar del maltrato de su padrastro fugándose del domicilio a centros comerciales hasta tarde, cuando su madre volvía a casa. Farah empezó a pasar tiempo con diferentes jóvenes en el centro comercial hasta convertirse en la “novia” de un chico “amable” de 20 años que escuchaba sus problemas. Empezó a tener relaciones sexuales con este chico diez meses atrás sintiendo que era necesario satisfacerlo constantemente para obtener su apoyo.

Siete meses atrás, Farah dejó de tener su menstruación y se percató de que estaba embarazada porque “algo se movía dentro”. Farah le dijo a su pareja que podría estar embarazada y él dejó de tener cualquier tipo de relación con ella, abandonándola. Farah ahora quiere morir o que se le practique un aborto.

(por ejemplo: evitar juicios como que el presunto autor es una mala persona).

- Evitar usar palabras que el niño no entienda.
- No utilizar preguntas complicadas que contengan dos preguntas a la vez o dobles negaciones
- Evitar preguntas que lleven a respuestas dicotómicas “si/no”
- Los medios eficaces para obtener información incluyen preguntas como: “cuéntame más”, “¿qué te hace pensar eso?”, “¿Entonces qué pasó?”, “¿Qué pasó después?”, “¿quieres contarme alguna cosa más?”

Es conveniente investigar los hechos que precedieron a la agresión o al abuso; cuándo y quién detectó primero que el niño estaba siendo lesionado, de qué forma se desarrollaron los síntomas del niño y en qué orden. Algunas circunstancias son altamente sospechosas de abusos (ver recuadro).

El Examen Físico

Un examen físico pediátrico riguroso es imperativo en todos los casos donde se sospecha maltrato infantil. Diferentes países tienen directrices y recomendaciones particulares para este procedimiento. El examen clínico del niño deberá realizarse en un lugar acogedor y confortable para que el niño pueda estar lo más tranquilo posible. Según la situación, la presencia de una persona que el niño conoce y en la que confía puede ser útil. El examen debe hacerse con delicadeza, empezando con la rutina normal de medidas que se utilizan en pacientes pediátricos como el peso, la talla y el perímetro cefálico. Durante el examen físico, mientras se busca evidencia de lesiones puede explorarse el lenguaje y la interacción social del niño. Los hallazgos físicos como hematomas, quemaduras, abrasiones y lesiones cutáneas deben documentarse de forma exacta, tomando medidas y utilizando diagramas o incluso fotos. Emplee diagramas simples para dibujar la lesión y precisar su localización, derecha o izquierda.

Si la respuesta a alguna de las siguientes preguntas es positiva se debe sospechar la posibilidad de maltrato (McDonald, 2007):

Signos físicos que podrían indicar una agresión sexual (aunque no son condición necesaria en todas las ocasiones):

- Sangrado a nivel vaginal, anal o de genitales externos
- Lesiones, desgarros, equimosis a nivel genital externo, perineal o anal
- Enfermedades de transmisión sexual, secreción vaginal anormal
- Lesiones traumáticas a nivel mamario, glúteo, parte baja del abdomen o región interna de los muslos
- Embarazo adolescente

- ¿Existe una localización o distribución inusual de las lesiones?
- ¿Es posible detectar un patrón de contusiones o marcas?
- ¿Existen hallazgos que sugieren mordiscos o equimosis causadas por manos del tamaño de un adulto?
- Si existen quemaduras ¿están los límites claramente marcados y es la profundidad uniforme?
- En caso de quemaduras, ¿existe una distribución en guante o calcetín (inmersión en líquidos calientes)?
- Las lesiones, ¿están en estados diferentes de curación-cicatrización?
- ¿Es el mecanismo que explica la lesión incompatible con el trauma observado?

La documentación de los traumatismos debe ser detallada por parte de los médicos que examinan a la víctima pues en todo momento podrían ser citados para comparecer en el proceso legal. Toda la información recabada debe ser clara (incluso con las palabras propias del niño), concisa, fechada e inmediatamente escrita de forma legible en la historia clínica, con el nombre del médico (y con un sello oficial si así es requerido según los procedimientos locales).

Exámenes Complementarios

Se recomienda un examen esquelético en niños menores de dos años. Todos los niños con lesiones cefálicas deberían beneficiarse de exámenes radiológicos como radiografías, TAC o resonancias magnéticas, dependiendo de la disponibilidad de los mismos. La ecografía puede detectar hematomas y derrames que permitirían diagnosticar lesiones intra-abdominales. Deben realizarse analíticas sanguíneas con hemograma completo y test de coagulación que permitirían descartar discrasias sanguíneas que pudieran favorecer la aparición de equimosis. Un cribado de sustancias tóxicas a nivel plasmático u orina puede realizarse en caso de sospecha de envenenamiento.

ABUSO SEXUAL

No existe una definición universal de abuso sexual. La OMS lo define como la implicación o participación de un niño en una actividad sexual (a) que él no entiende completamente, (b) sobre la cual es incapaz de dar consentimiento informado o para la cual el niño no está preparado y no puede dar consentimiento debido a su nivel de desarrollo, o (c) que viola las leyes o tabúes sociales. Otras definiciones incluyen el “uso” del niño para la gratificación sexual de un adulto o una persona mayor (Tomison, 1995 p2). En la práctica, identificar el abuso sexual es complejo y lo que se considera abuso sexual puede variar según las costumbres locales (Ej: la mutilación genital femenina), la legislación (las leyes vigentes de criminalidad y protección del niño) y dependen de la relación entre el infante y el agresor. Mientras que algunos comportamientos se consideran ineluctablemente como abuso sexual en casi todo el mundo (Ej: la violación de un niño de 10 años por uno de sus padres), otros son más ambiguos (Ej: las relaciones sexuales consentidas entre una persona de 19 años y un individuo de 15 años). La edad de mayoría sexual varía igualmente según cada país. Contrario a otras formas de maltrato la calificación de agresión sexual depende de la relación entre la víctima y el perpetrador:

El papel del Médico

El papel del médico (a diferencia del papel del terapeuta) en el caso de abuso sexual infantil es:

- Identificar las lesiones (incluyendo las de la región ano-genital, extragenitales y otros signos físicos de maltrato)
- Detectar la presencia de enfermedades de transmisión sexual, embarazo (en algunos países puede estar indicada la contracepción)
- Considerar la profilaxis VIH tras el riesgo de exposición
- Obtener otras pruebas médico-legales que permitirían corroborar la existencia de un abuso sexual (Ej: toma de muestras biológicas)
- Anotar de forma precisa los hallazgos físicos y los resultados de los exámenes (Ej: puede ser útil el uso de fotografías)
- Explicar e iniciar cualquier tipo de tratamiento o intervención médica
- Descartar una posible urgencia psiquiátrica (Ej: riesgo de suicidio)

Examen de los niños víctimas de agresión sexual

Es importante no utilizar nunca fuerza o coerción para llevar a cabo una exploración médica que podría re-traumatizar al niño. La sedación (con el consentimiento apropiado) puede ser necesaria para facilitar una exploración adecuada y la búsqueda de evidencia médico-legal.

- *Adultos sin relación de parentesco con el niño:* todo comportamiento sexual entre un adulto y un niño que no está en edad de comprender y consentir es considerado como abuso.
- *Miembros de la familia del niño:* cualquier comportamiento sexual entre un niño y un adulto miembro de su familia también es abusivo (las nociones de consentimiento, igualdad o coerción a menudo no son aplicables en caso de abuso intrafamiliar).
- *Adultos en posición de autoridad o de poder sobre el niño* (Ej: profesores, profesionales sanitarios). La edad legal de consentimiento no es en general aplicable en razón del desequilibrio y la asimetría de poder que existe. El impacto en relación a la confianza tiene un efecto importante cuando las obligaciones profesionales son violadas.
- *Adolescentes o niños agresores:* La calificación de abuso dependería de si la actividad es consensual, de la diferencia de edad, y de si existe un desequilibrio de poder (Ej: una relación sexual entre un individuo de 15 años y una persona con deficiencia mental). La exploración sexual entre adolescentes de la misma edad no es calificada como abuso.

Las agresiones sexuales incluyen el contacto físico (tocamientos, violaciones o cualquier forma de contacto con genitales o mamas, incluyendo el uso de objetos, penetración vaginal, y sodomía) y el abuso no físico (como exposición de los niños a pornografía, conversaciones eróticas y exhibicionismo); en ocasiones este tipo de agresiones se producen en diadas, grupos, en el seno de una explotación sexual o como rituales abusivos.

Las agresiones sexuales pueden ser desveladas de diferentes maneras. El niño puede revelarlas espontáneamente, o indirectamente como un comportamiento inapropiado, en particular si es abiertamente sexualizado. Los niños mayores pueden manifestar conductas de riesgo, en particular comportamientos auto-destructivos, abuso de drogas, intentos o gestos autolíticos, auto-mutilaciones o fugas del hogar. Estos niños pueden tener también una acumulación de dinero y regalos sin motivos que puedan explicarlo. Existen ciertos indicadores que hacen sospechar agresión sexual (ver recuadro).

Examen de las víctimas de agresión sexual

Una vez descubierta la agresión sexual, es obligatorio proteger al niño de un futuro evento lesivo y acompañarle en el inicio de su tratamiento y cuidados que permitirán una rehabilitación. Es importante recalcar nuevamente que el terapeuta no debe actuar como examinador forense salvo que no exista otra opción posible; en cuyo caso el examen médico-legal deberá preceder a la terapia.

El examen físico no es muy diferente del que debe realizarse en cualquier tipo de maltrato infantil que ha sido descrito previamente, sin embargo tendremos que enfocar nuestra atención en las áreas relacionadas con el abuso sexual. La ausencia de anomalías físicas durante el examen no excluye la posibilidad de abuso – el examen físico permite identificar agresiones sexuales en menos del 10% de los casos. Esto puede ser debido, entre otras razones, al tipo de abuso (Ej: no físico) o al lapso de tiempo que sucede entre la agresión y la consulta médica. En el examen físico de las niñas hay que considerar la posibilidad de variantes normales y anormales de los genitales externos (Ej: fisuras o perforaciones parciales del himen) y hallazgos no específicos como eritema, adherencias labiales (normalmente

Principales consecuencias a considerar del abuso sexual en adolescentes

- El embarazo adolescente, la paternidad y el aborto (ilegal en algunos países), bebés abandonados
- Prácticas sexuales no toleradas en el plano cultural (Ej: prácticas homosexuales)
- Explotación sexual
- Incidencia de enfermedades crónicas (Ej: enfermedad inflamatoria pélvica)
- Consecuencias emocionales y psicológicas
- Estigmatización
- Impacto en el desarrollo escolar y profesional.

encontradas entre un 17-39% de niñas en etapa prepuberal), pérdidas vaginales, condilomas acuminados o fisuras anales en el niño pequeño.

Para un procedimiento médico legal adecuado, una recolección rápida y precisa de diferentes muestras es imperativo. Si la agresión ha tenido lugar recientemente, el médico debe impedir al niño que se lave o que se bañe hasta que las muestras hayan sido tomadas, aunque el niño se pueda sentir sucio o asqueado. Para reducir el estrés, el examen físico debe ser lo antes posible después del incidente (el ADN seminal suele degradarse en 72 horas). Hace falta igualmente un empaquetamiento apropiado de la ropa del niño en bolsas específicas con el nombre del niño, en presencia de la policía e incluso utilizar un “**kit de violación**” para recabar las muestras (cada país tiene recomendaciones y guías diferentes para la realización del examen médico-legal).

CUESTIONES LEGALES

Cada país tiene sus políticas propias en materia de protección de los niños. En muchos países es obligatorio el señalamiento y la alerta a las autoridades en situaciones de maltrato tanto a organismos responsables de la protección del niño o a la policía. En Malasia por ejemplo (Child Act 2001), los servicios de protección infantil (trabajadores sociales) pueden realizar visitas a domicilio y llevar a niños a lugares seguros. Por su parte, los médicos tienen obligación de informar acerca de cualquier situación de maltrato de la que tengan conocimiento.

MANEJO

Lamentablemente, incluso en países con ingresos altos como Estados Unidos, una gran proporción de las víctimas de maltrato no reciben ningún tratamiento aparte de la investigación con fines legales. Dada la frecuencia de este problema, la necesidad insatisfecha es enorme y los servicios sociales a cargo de este tipo de situaciones se ven con frecuencia desbordados.

El tratamiento tiene objetivos diferentes dependiendo del tipo de abuso (p. ej., físico, sexual, abandono o negligencia), la severidad de los síntomas, de si el niño ha sido retirado de la familia (p.ej., si se le ha situado en una familia de acogida o en una institución) y de lo que se pretende lograr con el tratamiento (p.ej., preservación familiar o reunificación). Hay evidencia muy limitada acerca de qué tratamientos son eficaces (Wathen & MacMillan, 2005). En la práctica, las intervenciones se dirigen mucho más a los padres que a los niños. En estos casos, los mejores resultados se obtienen al dirigir la atención hacia los padres o hacia el contexto relacional padre-hijo durante la infancia temprana, diseñando intervenciones multicomponente administradas por profesionales bien entrenados.

El primer paso es asegurarse de que los efectos de los malos tratos no sean agravados por retrasos en la intervención, retrasos que lamentablemente ocurren a menudo debido a la mala planificación y coordinación de servicios (de manera que el propio sistema se convierte en abusivo). Aunque la atención debe centrarse en el bienestar del niño, la práctica tradicional de gestionar el maltrato infantil se centra en remover físicamente al niño a un lugar seguro, es decir, se centra principalmente en el bienestar físico del niño. Esto protege al niño de ulterior maltrato causado por el mismo autor, pero no hace frente a las necesidades emocionales y psicológicas del niño, de vital importancia para la recuperación.

“Es más fácil formar niños fuertes que reparar hombres rotos”

Frederick Douglass (1817-1895)

Intervenciones eficaces en niños y familias con riesgo de malos resultados

- Intervención precoz y sostenida por parte de trabajadores sociales a domicilio en familias que esperan un primer bebé
- Programas de educación preescolar y guarderías accesibles para niños de familias con bajos recursos
- Programas dirigidos a las dos generaciones, que permitan a los padres tener un apoyo directo y que permitan a los niños pequeños acceso a cuidados y educación
- Intervenciones que movilicen servicios adaptados para responder al estrés por abuso o negligencia en niños, depresión materna severa, abuso de sustancias por parte de los padres o violencia intrafamiliar
- Programas de entrenamiento a la parentalidad



Protect and Save
the Children

Estrategias de prevención según las perspectivas de una ONG

P.S. The Children, una asociación sin ánimo de lucro en Malasia, ha construido su proyecto refiriéndose a los resultados de las investigaciones realizadas en Estados Unidos, Reino Unido y Australia. Los datos indican que existen muchos más niños en condición de maltrato que los que se conocen oficialmente. Por lo tanto, la prevención del abuso es capital y busca:

- Educar a los adultos respecto a cómo proteger mejor a los niños.
 - Motivar a las comunidades para el desarrollo de estructuras que permitan apoyar a los niños.
 - Enseñar a los niños actitudes adaptadas y apropiadas para defenderse
 - Enseñar a los niños con mayor riesgo de maltrato a acudir a personas capaces de ayudarles.
- Enseñar a los niños maltratados temerosos de hablar del abuso que el abuso no fue culpa suya y ayudar con otros problemas emocionales para minimizar los efectos negativos a largo plazo del abuso.
 - Evitar que las víctimas de hoy sean los agresores del mañana.

En general, el manejo psiquiátrico puede dividirse en inmediato y a largo plazo. Durante la presentación inicial se necesita una evaluación completa del estado de la víctima. Hospitalización podría ser considerada en casos graves, por ejemplo, si hay depresión severa, un alto riesgo de suicidio o psicosis aguda. Hospitalización puede ser también necesaria para el tratamiento de lesiones físicas o para la protección del niño. Los problemas agudos que se observan frecuentemente incluyen: miedo y ansiedad, problemas durmiendo y pesadillas, problemas somáticos, rabia y berrenches, baja autoestima, aislamiento social, dificultades en la escuela, sentimientos de impotencia, estigmatización, y síntomas asociados con el trauma. Se debe anticipar la posibilidad de que el niño desarrolle problemas como depresión, trastornos de estrés posttraumático, delincuencia juvenil y abuso de sustancias. Factores que influyen el tipo de problema que van a tener los niños que han sido maltratados incluyen:

- La edad del niño y la etapa de desarrollo en el momento del abuso
- Tipo de abuso (físico, negligencia, sexual etc.)
- La frecuencia, duración y severidad del abuso
- La relación entre la víctima y el abusador (English et al, 2005).

A largo plazo, la evidencia sugiere que el maltrato infantil aumenta el riesgo de casi todas las enfermedades psiquiátricas. Otro aspecto importante del manejo del caso es prestar apoyo al niño (a menudo a través de una figura de apego), por ejemplo, para ayudar al niño a relacionarse con una familia que no lo apoya, o respaldarlo durante el proceso judicial (Center on the Developing Child, 2007).

PREVENCIÓN

La prevención del maltrato infantil es tan importante como el tratamiento (Finkelhor, 2009). Es posible reducir el maltrato pero para ello hace falta coordinar la acción entre los diferentes profesionales implicados. Los programas de prevención efectivos apoyan a los padres y enseñan sobre todo habilidades positivas que deben formar parte de una parentalidad óptima. Los cuidados continuos y la supervisión de las familias y los niños pueden reducir el riesgo de recidiva de maltrato y sus consecuencias. Los estudios longitudinales realizados por la Perry Preschool Project

muestran que una intervención exitosa se traduce en una disminución de las tasas de delincuencia juvenil y de gastos legales en materia de criminalidad, una reducción de gastos relacionados con las medidas de educación especializada, un aumento de la retención salarial gracias a la obtención de mejores sueldos y una menor dependencia a ayuda económica del gobierno. La reducción de gastos en criminalidad fue el mecanismo primario observado (Rolnick y Grunewald, 2003).

Mientras que algunos programas de prevención son universales (p.ej., educación sobre la parentalidad a través de medios de comunicación, concienciación sobre lo negativo de la violencia intrafamiliar y las visitas universales por parte de nuevas madres), la mayoría apuntan hacia las familias en riesgo mencionadas previamente. Estas intervenciones incluyen más visitas a domicilio, el cribado, detección y tratamiento de la depresión materna, la instauración de programas de educación y el apoyo a la parentalidad. Estas últimas están basadas en los principios de un aprendizaje social con programas de entrenamiento para padres como el “Triple P” (Programa de Parentalidad Positiva) (Graaf, 1998) (ver Capítulos A.9 y D.2). Las visitas a domicilio junto a los programas de entrenamiento de los padres han mostrado eficacia, aunque aún quedan mucho que hacer. Los políticos, las ONG y las personas con un papel importante en la comunidad (p.ej., guías religiosos, académicos) tienen un importante papel en este esfuerzo.

Políticos y administradores

Utilizando la información recogida durante décadas de investigación, es imperativo que los responsables políticos sean convencidos de la importancia de implementar leyes y condiciones para satisfacer las necesidades de los niños. Los políticos deben estar alerta sobre todo porque:

- Ningún método, programa o terapia ha tenido un efecto “mágico”. Existen muchas formas de promover la salud del niño. La solución es elegir una estrategia cuya eficacia esta bien demostrada, y que nos aseguremos de que se aplique correctamente, y reconocer la importancia crítica de un fuerte compromiso para la mejora continua de los programas.
- El éxito de programas a gran escala requiere una evaluación rigurosa y periódica, al igual que la supervisión regular de los diferentes actores o interventores, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención.
- El retorno de la inversión es más importante que los gastos iniciales. Los beneficios sociales a largo plazo pueden compensar con creces los gastos realizados durante la instauración de los diferentes programas. Los cuatro desafíos principales son:
 1. Hacer que coincidan las ayudas y las prestaciones a las necesidades del niño y de su familia.
 2. Supervisar la calidad y la eficacia de la instauración de los programas que hayan sido optados.
 3. Desarrollar nuevas estrategias de intervención para niños y familias cuando los modelos existentes no muestren suficiente eficacia o esta sea mínima.
 4. Proveer los medios que permitan una evaluación continua de las diferentes prácticas con el objetivo de mejorar los programas.

- “Los contextos” que deben tener en cuenta los actores políticos deben incluir:
 1. El núcleo familiar
 2. El ambiente extra-familiar
 3. Los programas multi-generacionales
 4. La economía familiar y el trabajo materno
 5. La contaminación ambiental.



REFERENCIAS

- American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect. (2001). Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics*, 108:206-210.
- Casa Alianza (2001). *Report on Trafficking of Children in Central America and Mexico*.
- Center on the Developing Child (2007). *A Science-Based Framework for Early Childhood Policy: Using Evidence to Improve Outcomes in Learning, Behavior, and Health for Vulnerable Children*. Harvard University.
- Chaffin M, Funderburk B, Bard D et al (2011). A combined motivation and parent-child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 79:84-95.
- Creighton SJ (2004). *Prevalence and Incidence of Child Abuse: International Comparisons*.
- Craig B (1998). *The Art of the Interview in Child Abuse Cases*.
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ et al (2001). Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association*, 286:3089-3096.
- English DJ, Upadhyaya MP, Litrownik AJ et al (2005). Maltreatment's wake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 29:597-619.
- Finkelhor D (1984). *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. New York: Free Press.
- Finkelhor D (2009). The prevention of childhood sexual abuse. *The Future of Children*, 19:169-194.
- Fuller-Thomson E, Brennenstuhl S. (2009). Making a link between childhood physical abuse and cancer: results from a regional representative survey. *Cancer*, 115:3341-3350.
- Graaf ID, Speetjens P, Smit F et al (1998). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: a meta-analysis. *Behaviour Modification*, 32:714-735.
- Gunnar M, Vazquez D M (2006). Stress neurobiology and developmental psychopathology. In D Cicchetti, D Cohen (eds), *Developmental Psychopathology, Vol 2: Developmental Neuroscience*, 2nd ed. New York: Wiley.
- Herrenkohl T, Sousa C, Tajima E et al (2008). Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 9:84-99.
- Human Rights Watch. 2001. *Easy Targets: Violence Against Children Worldwide*. Human Right Watch, New York.
- Johnson R, Rew L, Sternglanz RW (2006). The relationship between childhood sexual abuse and sexual health practices of homeless adolescents. *Adolescence*, 41:221-234.
- Lewis C, Wilkins R, Baker L et al (1995). "Is this man your daddy?" Suggestibility in children's eyewitness identification of a family member. *Child Abuse & Neglect*, 19:739-744.
- Loman M, Gunnar MR and the Early Experience, Stress and Neurodevelopment Center Team (2010). Early experience and the development of stress reactivity and regulation in children. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34:867-876.
- Mcdonald KC (2007). Child abuse: approach and management. *American Family Physician*, 15:221-228.
- Mersky JP, Berger LM, Reynolds AJ et al (2009). Risk factors for child and adolescent maltreatment: a longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth. *Child Maltreatment*, 14:73-88.
- Ministry of Health Malaysia (2009). *Guidelines for the Hospital Management of Child Abuse and Neglect*. Medical Development Division, Ministry of Health Malaysia, pp77-78.
- National Scientific Council on the Developing Child (2004). *Young Children Develop in an Environment of Relationships*. Working Paper No1.
- National Scientific Council on the Developing Child. (2010). *Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-Term Development*. Working paper No 10.
- Rolnick A, Grunewald R. (2003). Early childhood development: Economic development with a high public return. *The Region*, 17:6-12.
- Runyan DK, Shankar V, Hassan F et al (2010). International variations in harsh child discipline. *Pediatrics*, 126:701-711.
- Shonkoff JP (2012). *Technical report: the lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress*. *Pediatrics*, 129:232-246.
- Shonkoff JP, Phillips DA (eds) (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse and Neglect*, 20:709-723.
- Stith SM, Liu T, Davies LC et al (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14:13-29
- Swan N (1998). *Exploring the Role of Child Abuse on Later Drug Abuse: Researchers Face Broad Gaps in Information*. NIDA Notes, 13(2).
- Tomison AM (1995). *Update on Child Sexual Abuse* (Issues Paper No. 5). Melbourne: National Child Protection Clearinghouse.
- Thomlison B (2003). Characteristics of evidence-based child maltreatment interventions. *Child Welfare*, 82:541-569.
- UNICEF (2010). *Child Disciplinary Practices at Home Evidence from a Range of Low- and Middle-Income Countries*. New York, NY: UNICEF.
- UNICEF (1989). *Convention on the Rights of the Child*.

US Department of Health and Human Services (2003). *The Child Abuse Prevention and Treatment Act: Including Adoption Opportunities & the Abandoned Infant Assistance Act as Amended by the Keeping Children and Families Safe Act of 2003*.

US Department of Health and Human Services (2003). *Child Maltreatment*. Washington, DC: Administration on Children, Youth and Families.

Wathen AH, MacMillan H (2005). Treatment of child neglect: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50:497-504.

Whitaker DJ, Le B, Hanson RK et al (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 32:529-548.

World Health Organization (2001). *Prevention of Child Abuse and Neglect: Making the Links between Human Rights and Public Health*. Geneva: WHO.

WHO and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006). *Preventing Child Maltreatment: a Guide to Taking Action and Generating Evidence*. Geneva: WHO.

WHO (2010). *Factsheet on Child Maltreatment*.

Ziegert KA (1983). The Swedish Prohibition of corporal punishment: A preliminary report. *Journal of Marriage and Family*, 45:917-927.



Niños festejando *eid Mubarak* en trajes tradicionales de Malasia