

034770  
39216

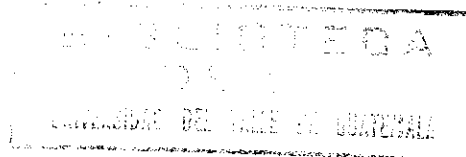
UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

EL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

BEATRIZ EUGENIA RIVERA REIMERS



Guatemala

1986

El síndrome del niño maltratado

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

EL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

BEATRIZ EUGENIA RIVERA REIMERS

Ensayo presentado por optar  
al grado académico de Licenciatura en Psicología

Guatemala

1986

---

*A mis padres  
Fredy y Blanca,  
hoy es la ocasión  
de poderles devolver parte de  
lo mucho que me han dado.*

*Agradezco a la Dra. María del  
Carmen de Quevedo, por su  
comprensión y apoyo.*

## RESUMEN:

La investigación científica sobre el síndrome del niño maltratado es relativamente nueva. En estos últimos veinte años aproximadamente, sociólogos, psicólogos y trabajadores sociales han observado los múltiples factores etiológicos del maltrato infantil. Una variedad de modelos alternativos han sido propuestos.

El maltrato infantil según Belsky (1980) está determinado por fuerzas que actúan en el individuo, en su familia, en su comunidad y cultura; estos múltiples determinantes están ecológicamente entrelazados uno con otro.

De acuerdo con muchos investigadores, es posible describir muchas características de los padres abusadores, sin embargo no existe un estereotipo, ya que los padres no se adecuan a un patrón psicológico simple que pueda ser dado por un diagnóstico psiquiátrico.

La característica más prominente y consistente de la historia del maltrato infantil, es la repetición, de una generación a otra. Niños que fueron abusados pueden llegar a ser en la etapa adulta, padres potencialmente abusadores.

Se ha enfatizado que las enfermedades durante el embarazo, una prolongación y dificultad en el trabajo de parto, malformaciones congénitas, lesiones en el nacimiento, premadurez, la apatencia y sexo del niño están asociados con el aumento potencial del maltrato. Además está más apto a ocurrir cuando existe una crisis.

Kempe (1978) clasifica el síndrome del niño maltratado en cuatro categorías: violencia física, negligencia física y emocional, abuso emocional y abuso sexual.

Varios investigadores han llegado a la conclusión que no importando el tipo de maltrato que se ha cometido en contra del niño, las cicatrices que trae consigo repercutirán en él para toda su vida, si no se detecta y se trata inmediatamente.

# INDICE GENERAL

|  | Página |
|--|--------|
| INTRODUCCION   | 1      |
| I. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO |        |
| A. Concepto  | 4      |
| B. Antecedentes históricos   | 7      |
| C. Epidemiología   |        |
| 1. Incidencia  |        |
| a. Número de casos reportados                                      | 11     |
| b. Edad de la víctima  | 12     |
| c. Edad y sexo del abusador  | 13     |
| II. LA ETIOLOGIA DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO                  |        |
| A. Modelo Etiológico del Síndrome del Niño Maltratado              | 14     |
| 1. El desarrollo ontogénico  |        |
| a. El padre abusador   | 16     |
| 2. El microsistema   |        |
| a. La familia  | 20     |
| b. Interacción familiar en las familias abusadoras                 | 25     |
| c. El niño maltratado  | 29     |
| 3. El exosistema   |        |
| a. El mundo del trabajo  | 35     |
| b. La influencia del vecindario                                    | 37     |
| 4. El macrosistema   | 39     |

|      |  |    |
|------|--|----|
| III. | CLASIFICACION DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO |    |
| A.   | Violencia física                               | 41 |
| 1.   | Infanticidio                                   |    |
| a.   | Neonaticidio                                   | 43 |
| b.   | Filicidio                                      | 44 |
| B.   | Negligencia física y emocional                 | 45 |
| 1.   | Negligencia física                             | 46 |
| 2.   | Negligencia emocional                          | 46 |
| C.   | Abuso emocional                                | 47 |
| D.   | Abuso Sexual                                   | 47 |
| 1.   | Clasificación del abuso sexual                 |    |
| a.   | Pedofilia                                      | 48 |
| b.   | Molestia violenta y violación                  | 48 |
| c.   | Incesto  | 49 |
| 2.   | Consecuencias del abuso sexual                 | 52 |
| 3.   | Pronóstico del abuso sexual                    | 54 |
| IV.  | TRATAMIENTO                                    |    |
| A.   | Prevención                                     |    |
| 1.   | Prevención Primaria                            | 56 |
| 2.   | Prevención Secundaria                          | 57 |
| a.   | Tratando a los padres abusadores               | 61 |
| b.   | Tratando al niño maltratado                    | 63 |
| B.   | La Familia Intratable                          | 65 |
| V.   | PRONOSTICO DE LAS FAMILIAS ABUSADORAS          | 68 |
| VI.  | CONCLUSIONES                                   | 69 |

|                            |    |
|----------------------------|----|
| HISTORIA CASUISTICA        | 70 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 71 |
| GLOSARIO                   | 74 |

---

*"El problema no es nuevo, sin embargo ha sido ignorado por muchos."*

*- Dr. H. Kempe*

## INTRODUCCION

La violencia es una enfermedad social de proporciones epidémicas y endémicas que se ha establecido cada vez más en la población. El futuro de la sociedad y de la civilización entera depende de lo que se puede hacer para evitarla. La violencia no sólo se manifiesta públicamente sino también dentro de la familia.

Es difícil aceptar el hecho de que en nuestra sociedad existe la crueldad humana dirigida a niños; a estos seres vulnerables que no pueden defenderse. Los hechores de tal abuso son los mismos padres, por lo que este tipo de violencia no es del conocimiento público.

La ironía de la violencia familiar, particularmente del síndrome del niño maltratado, es que ocurre en "terreno seguro". El hogar y el trabajo son ejemplos de terreno seguro; lugares donde normalmente se espera estar rodeado de caras familiares. El hecho de que el hogar sea violado frecuentemente por sus propios miembros perturba a muchas personas que no aceptan que tales crímenes ocurran dentro de la misma familia.

Es tarea difícil tratar de convencer al público, en general, de que tales eventos son más comunes de lo que se piensa. El síndrome del niño maltratado es un problema serio y no un evento raro.

La historia del niño maltratado tiene un comienzo infeliz y trae consigo un final desdichado causado por las cicatrices de las lesiones

físicos , la negligencia, el abuso emocional, y la privación experimentada desde la temprana infancia.

En estos últimos veinte años aproximadamente, sociólogos, psicólogos y trabajadores sociales han investigado los múltiples factores etiológicos del síndrome del niño maltratado. Una variedad de modelos alternativos han sido propuestos por muchos investigadores para explicar dicho síndrome.

El presente estudio monográfico surgió del interés por recabar información válida y científica sobre el síndrome del niño maltratado.

Por esta razón, esta investigación pretende integrar los diferentes factores que intervienen en la etiología del maltrato infantil como lo son la perturbación psicológica de los padres, las características del niño maltratado, los factores disfuncionales de la interacción familiar, las fuerzas sociales y los valores culturales que promueven el maltrato. Además proporcionar información sobre algunos lineamientos para detectar el maltrato, los tratamientos recomendados tanto para el niño como para el padre abusador, los métodos preventivos y el pronóstico que enfrenta la familia abusadora.

Uno de los fines de este estudio es el de concientizar al lector de que el síndrome del niño maltratado no constituye un problema teórico sino que es una realidad que necesita ser reconocida.

Además, otro de los propósitos principales de este trabajo, es el de motivar una investigación del niño maltratado en Guatemala, ya que

lamentablemente se encontró con que, en nuestro país este problema no ha sido debidamente reconocido y no existe mayor información al respecto. La sociedad guatemalteca es afectada debido a las consecuencias que sobrevienen a causa del maltrato infantil. Por eso, este estudio enfatiza la necesidad de que los médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, abogados, jueces y personas interesadas se unan para trabajar conjuntamente en un equipo multidisciplinario, con el objetivo de desarrollar un plan comunitario para ayudar a los miles de niños guatemaltecos, víctimas del maltrato, así como también a los padres transgresores.

# I. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO

## A. Concepto

Las dificultades metodológicas que enfrenta el investigador en el área del "síndrome del niño maltratado" son numerosas. El primer problema que se presenta es el definirlo. Algunas definiciones incluyen cualquier forma de disciplina severa y otras enfatizan las lesiones físicas serias. Este problema de definición y el establecimiento de clases uniformes de respuestas es sólo uno de los tantos problemas del estudio sistemático del niño maltratado. Otro problema incluye la tendencia a dramatizar los casos de violencia a expensas de formas más encubiertas de castigo verbal. A continuación se describirán algunas definiciones :

El niño maltratado se refiere a un daño físico y/o psicológico no accidental a un niño menor de 18 años como resultado de acciones perpetradas por un padre o cuidador( R.L. Burgess y R. D. Conger, 1978).

Para G. Straker y R.S. Jacobson (1981) el niño maltratado es aquel que ha sufrido lesiones físicas repetitivas tales como fracturas, contusiones, quemaduras o cortadas y que son inflingidas por un padre o cuidador.

Los sociólogos Stacey y Shupe (1983) lo definen como una disciplina física severa ejecutado por el padre o cuidador por otros medios que no sean la palma de la mano.

En el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, encontramos que lo definen de la siguiente manera: "múltiples lesiones traumáticas en los huesos y tejidos blandos en un niño, a menudo acompañadas de hematomas subdurales <sup>+</sup>, tales lesiones son usualmente ocasionadas por un adulto.

Bronfenbrenner (1977) conceptualiza al síndrome de maltrato como un fenómeno psicosocial que está determinado por múltiples fuerzas que actúan en el individuo y la familia, así como también en la comunidad y la cultura en donde tanto la familia como el individuo se encuentran establecidos.

En esta área de investigación, existe otro síndrome que se vincula con el síndrome del niño maltratado, y este es el del "niño descuidado". Algunos autores consideran a éste una clase diferente de síndrome. Para Naomi F. Chase, el niño descuidado es aquel que está bajo un tratamiento pasivo-negativo caracterizado por la falta de cuidado o interés del padre en satisfacer las necesidades de alimentación, vestido y amor.

Ajuriaguerra también hace esta distinción. Define al niño descuidado como aquel que le faltan cuidados físicos.

El niño maltratado puede estar bien alimentado, bien vestido, y sin embargo, presentar lesiones físicas.

En ambos casos existen considerables problemas conceptuales, debido

+ ver glosario

a que se está observando un tipo de conducta dentro de un continuum\* de las relaciones cuidador-niño. Desafortunadamente, las dimensiones de este continuo están lejos de ser claras. Si se visualizara este continuo se tendría en un extremo lo que se percibe como un castigo verbal inocuo -regaños, críticas, amenazas- o bien formas comunes de castigo físico tal como una palmada en la mano o una nalgada. En el otro extremo estarían las formas de castigo físico que se exceden de los estándares actuales de las técnicas de disciplina -un puñetazo, quemaduras o incluso el asesinato (R. L. Burgess y R. D. Conger, 1978).

No siempre es claro dónde debe de ser colocado un caso en particular en este continuum conceptual. Surgen varias preguntas o incógnitas. ¿Debería de colocarse un caso en particular simplemente por la intensidad o la magnitud del acto dañino o se debe también considerar la frecuencia? ¿Se perjudica más al niño por un acto físico brutal o por la exposición persistente a las humillaciones, ridículos o burlas? ¿Es la negligencia un acto de omisión, o de perpetración? Son los niños maltratados y los niños descuidados casos que se deben de considerar por separados o deberían de ser localizados dentro de una misma categoría, ya que en ambos casos el resultado es un daño para el niño? La línea que separa este concepto de disciplina y cuidado parental ordinario, no está claramente definida.

Los doctores Ruth S. y C. Henry Kempe (1978) establecieron cuatro categorías que se incluyen dentro del síndrome del niño maltratado, éstas

son: violencia física, negligencia física y emocional, abuso emocional y explotación sexual.

Para propósito del presente trabajo, el síndrome de maltrato abarca todas las clases de abusos que se cometen en los niños, tomando como guía las cuatro categorías de Ruth S. y C. Henry Kempe.

### B. Antecedentes Históricos

En el pasado, el síndrome de maltrato era invisible para las familias y sus comunidades, sin embargo ya existía. A través de investigaciones en los códigos legales y costumbres de culturas antiguas se ha podido observar que el maltrato de niños era común y justificado (W. Stacey y A. Shupe, 1983).

En la sociedad Romana, los derechos del padre amparado por la ley incluían el asesinato o mutilación de los hijos, así como también el sacrificio de ellos como ofrenda a los dioses, y poseía el derecho de venderlos como esclavos.

El Dr. Henry Kempe en su libro "El Niño Maltratado", relata que en algunas culturas el infanticidio tenía una gran aceptación como un medio de controlar el tamaño de la población y para eliminar a los niños con defectos congénitos.

Durante muchos siglos, el tratamiento severo era justificado por la creencia de que el castigo físico era necesario para mantener la disciplina,

transmitir enseñanzas educativas y repeler a los malos espíritus.

En las escuelas de Sumaria, 5000 años atrás, había un hombre encargado de azotar a los niños como castigo. Los filósofos en la antigüedad golpeaban a sus alumnos sin misericordia.

La Biblia está llena de historias de infanticidio y violencia inflingida a los niños. En la antigüedad, las ciudades cristianas acostumbraban azotar a los niños en conmemoración a la masacre de niños inocentes que hubo durante el tiempo de Herodes. W. Stacey y A. Shupe (1983) relatan lo siguiente:

"A pesar de que se había denunciado por los profetas, el sacrificio de los hijos primogénitos era común en Palestina antigua. El Libro de Crónicas específicamente nombra al Rey Moabite Mesha, quien quemó a su hijo mayor como ofrenda al dios Chemosh; los Ammonites ofrecieron a sus hijos a Moloch.

... La práctica de la inmolación de niños era tan común en el Israel antiguo que algunos investigadores creen que el Infierno era el nombre original de Gehenna o Ge-Hinnom, un valle cerca de Jerusalem en donde los niños eran sacrificados. Este valle fue convertido más tarde, en un lugar donde se quemaban los desechos; desde entonces adquirió una imagen literal de las llamas del infierno."

Relata el Dr. Kempe que ocasionalmente había períodos de protesta, individuos influyentes que estaban en contra del maltrato. Platón, 400 A.C., aconsejaba a los maestros que trataran a los niños sin coacción y que utilizaran los juegos como medio en la enseñanza.

Según relatan W. Stacey y A. Shupe, el movimiento para establecer los derechos del niño en contra del abuso físico es relativamente nuevo. En Estados Unidos empezó poco después de la Guerra Civil. Este movi-

miento fue impulsado por el caso de una niña de nombre Mary Ellen, quien fue removida de su familia por haber sido golpeada frecuentemente. En vista de que no habían agencias de servicio social, la "Sociedad Protectora de Animales", mantuvo la postura de que "como miembro del reino animal ella podría ser removida de sus padres abusadores, con el mismo derecho de los otros animales". La sociedad ganó el caso. El caso de Mary Ellen contribuyó a que en 1871, en la ciudad de Nueva York se formara la "Sociedad Preventiva de la Crueldad en el Niño"

Siguiendo el ejemplo, muchas sociedades con objetivos similares fueron formadas en diferentes partes de los Estados Unidos y Gran Bretaña.

En 1909, se fundó la "Asociación Americana para el Estudio y Prevención de la Mortalidad Infantil". Más tarde, fue evidente que las causas del maltrato en niños provenían de un complejo fondo psicosocial, sin embargo, poco se sabía acerca de la naturaleza real del problema.

En 1860, el síndrome de maltrato fue por primera vez descrito por Ambroise Tardieu, profesor de Medicina Legal en París. Él observó por medio de autopsias realizadas en su clínica, que 32 casos correspondían a niños que murieron debido a golpes y quemaduras. En el mismo año, Athol Johnson, en el Children's Hospital en Londres, le llamó la atención la frecuencia de fracturas repetitivas en un mismo niño. Él lo atribuyó a la condición de los huesos, ya que en esa época, el raquitismo era casi universal en los niños londinenses. Ahora se sabe que casi todos los

casos que el Dr. Johnson describió, fueron de niños maltratados. Los récords oficiales de Londres revelaron que cerca de 3926 niños menores de cinco años, habían muerto por accidente o por violencia en 1870; 202 fueron catalogados como homicidios no premeditados; 95 por negligencia, 18 por exposición al frío; todos ellos víctimas del maltrato. No obstante, aún persiste la teoría del raquitismo (Dr. H. y R. Kempe, 1978).

No fue hasta en 1946, que John Caffey publicó sus observaciones respecto de la inexplicable asociación del hematoma subdural y los cambios anormales de rayos X en huesos largos. Más tarde, Caffey y F.N. Silverman definieron claramente la naturaleza traumática.

En 1960, el término del síndrome de maltrato fue introducido por el Dr. C. Henry Kempe en un simposio de la Academia Americana de Pediatría. Desde 1962, miles de artículos han sido publicados para el mejor entendimiento de dicho síndrome.

No obstante, los valores antiguos no han podido ser erradicados totalmente.

### C. Epidemiología

#### 1. Incidencia

##### a. Número de casos reportados:

Según Fontana(1974), en los últimos años las estadísticas recopila-

das de casos reportados como síndrome de maltrato sólo nos dan una idea muy aproximada de lo que en realidad sucede, ya que están lejos de ser todos. Muchas veces el maltrato no es reportado porque es encubierto por los abusadores, o bien, las víctimas son menores de dos años de edad que aún no pueden expresarse.

En 1962, Kempe et. al reportan los resultados de una investigación hecha en Estados Unidos a través de todo el país, e indican la alta incidencia del síndrome del niño maltratado en el período de un año. Un total de 749 niños fueron reportados como maltratados; de este número, 78 murieron y 114 sufrieron daño cerebral permanente. En sólo la tercera parte de los casos, el diagnóstico médico apropiado inició la acción de la corte.

Según Vincent Fontana (1974), el Centro Nacional de Abuso y Negligencia en el Niño de Estados Unidos reportó que son maltratados 652,000 niños por año. Actualmente, se cree que las incidencias son mayores.

A. Palomares (1983) afirma que no sólo sucede en Estados Unidos. En ese campo, México tampoco se queda a la zaga. En efecto, según las investigaciones realizadas, 40 de cada 100 niños maltratados mueren como consecuencia de los castigos recibidos.

Este mismo autor comenta que en Brasil, Paraguay, Argentina y Bolivia, más de 10 millones de niños sufren distintas formas de maltrato, al igual

que el 43% de la población infantil de Haití, República Dominicana y El Salvador.

b. Edad de la víctima:

Muchos investigadores han observado que los niños víctimas del maltrato y negligencia son de escasa edad. El maltrato y negligencia puede ocurrir a cualquier edad, pero existe una mayor incidencia en niños menores de 3 años .

Mc. Henry et. al (1963) en el Children's Hospital en Pittsburgh, estudió 50 casos y encontró que el 60% de los casos eran menores de 9 meses de edad. Boardman (1962) observó 12 casos en el Children's Hospital en Los Angeles; todos eran menores de 3 1/2 años de edad. De Francis (1963) reportó que el 56% de 662 casos de una investigación de prensa eran niños menores de 4 años.

Fontana (1978), en su investigación sobre una muestra de 313 niños, reportó que un 28% eran menores de 1 año; un 41% entre los 2 y 5 cinco años; 23% entre los 5 y 10 años; y un 8% eran mayores de 10 años.

c. Edad y sexo del abusador:

En cuanto a la incidencia de quien es el transgresor, se ha encontrado que frecuentemente es la mujer, más que el hombre. Uno de los padres es usualmente el agresor activo y el otro acepta pasivamente los maltratos.

En el estudio de B.J. Steele y C.B. Pollock (1968) encontraron que la madre había sido la transgresora en el 50% de los casos; en el estudio de N. Lukianowicz, la madre era brutal en el 80% de los casos; en el de A.E. Skinner y R.N. Castle, lo era en el 56% de los casos y el padre, el 44%. En el estudio de T. G. Gill, había una ligera preponderancia de las madres, pero los incidentes fatales eran ocasionados por los padres en el 53% de los casos

El 80% de los transgresores viven regularmente en los hogares donde el niño es maltratado. La edad promedio de la madre que comete el abuso es de 26 años y la edad promedio del padre es de 30 años (Ajuriaguerra, 1979).

*" El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre... "*

*(Declaración de los Derechos del Niño, Principio 6)*

## II. LA ETIOLOGIA DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

Así como ha crecido una preocupación sobre el niño maltratado en los años recientes, así también han aumentado las explicaciones de este problema. Hasta la fecha, los investigadores han reunido evidencias para apoyar numerosos modelos alternativos sobre la etiología del niño maltratado y descuidado, y han incluido modelos que enfatizan la perturbación psiquiátrica parental (H. Kempe, 1978; Ajurriaguerra, 1979), el stress social (Gelles, 1973, 1975, 1976), creencias y actitudes culturales (Gil, 1971; W. Stacey, 1983)); características del niño (H. Kempe, 1978; Belsky, 1980) y las perturbaciones en los patrones de interacción familiar (H. Kempe, 1978; W. Stacey, 1983; Burgess, 1978).

Jay Belsky (1980) ha propuesto un sistema para integrar los diferentes puntos de vista etiológicos del síndrome del niño maltratado, con el propósito de demostrar que:

- a. el maltrato está múltiplemente determinado por fuerzas que actúan en el individuo, en la familia, en la comunidad y la cultura.
- b. estos múltiples determinantes están ecológicamente entrelazados uno con otro.
- c. el conflicto teórico con que ha sido caracterizado el estudio del niño

maltratado ( y posiblemente ha obstruido el progreso) es más aparente que real.

### A. Modelo Etiológico

Jay Belsky, en su modelo etiológico, presenta cuatro niveles de análisis. Estos niveles son:

1. desarrollo ontogénico
2. el microsistema
3. el exosistema
4. el macrosistema

El **desarrollo ontogénico** representa lo que los padres abusadores, de una manera individual, traen consigo al grupo familiar y al rol parental.

El **microsistema** representa el grupo familiar, esto es, el contexto inmediato en donde el síndrome del niño maltratado toma lugar.

El **exosistema** representa las estructuras sociales, formales e informales (e.g., el mundo del trabajo, el vecindario, la distribución de bienes y servicios) que influye al microsistema familiar.

Finalmente, el **macrosistema** representa los valores y creencias culturales que promueven el abuso y negligencia. Estos valores y creen-

cias ponen en acción el desarrollo ontogénico, el micro- y exosistema.

### 1. Desarrollo Ontogénico

Como se había descrito anteriormente, el desarrollo ontogénico representa según J. Belsky, lo que los padres abusadores, de una manera individual, traen consigo al grupo familiar y al rol parental. Parece ser que en este punto existe un acuerdo entre los investigadores en este campo.

#### a. El padre abusador.

Según Kempe (1978) la violencia fue usualmente atribuída a un padre alcohólico o a una madre inadecuada. Pero en las últimas dos décadas, se ha visto que los padres abusadores provienen de todas las esferas socioeconómicas, con educación o sin ella, de todas las razas y religiones. Es posible describir las características que tienen en común, pero no hay un estereotipo, pues los padres no se adecuan a un patrón psicológico simple que pueda ser dado por un diagnóstico psiquiátrico.

Como indican B.J. Steele y C.B. Pollock (1979), los sujetos que maltratan a los niños han sido descritos como "inmaduros", "impulsivos", "dependientes", "sadomasoquistas", "egocéntricos", "narcisistas" y "exigentes". Sin embargo, estas características están tan difundidas entre la población en general, que constituye un débil apoyo para una comprensión específica.

Ajuriaguerra (1979) observa que algunos padres abusadores son extremadamente infantiles; muestran un resentimiento contra la dependencia y las necesidades de su hijo y expresan ese resentimiento por vías hostiles; proyectan sus dificultades sobre sus hijos y tienen la impresión de que el niño es causa de las mismas.

#### El ciclo del abuso:

La característica más prominente y consistente de las historias del maltrato infantil, es la repetición de una generación a otra.

Según Kempe (1978) estima que más del 90% de los padres abusadores fueron maltratados en su niñez.

Este investigador explica los procesos por los cuales un niño posteriormente en su etapa adulta se convierte en un padre abusador. Afirma que la habilidad de ser padre es transmitida de una generación a otra, y el canal más significativo es la experiencia de haber tenido una crianza empática en la infancia. Sin embargo, en el caso del maltrato infantil, vemos que el niño ha incorporado en su inconsciente los métodos punitivos y restrictivos a los que ha sido expuesto durante toda su infancia. Este niño puede llegar a convertirse en un padre potencialmente abusador.

Por lo tanto, Kempe dice que cuando la relación padre-hijo ha llegado a un punto increíblemente estresante es muy raro que gobierne el pensamiento lógico del padre potencialmente abusador. Y es entonces que muchos padres interesados y conscientes pueden llegar a repetir en un

momento de crisis, los métodos con que fueron criados.

Además muchos psicólogos, trabajadores sociales y sociólogos han dicho que los niños que son expuestos a la violencia crecen para ser adultos violentos no sólo a nivel padre sino a nivel pareja. Este concepto se le conoce como hipótesis de transmisión generacional.

Esta hipótesis puede funcionar de dos formas:

1. El niño imita la conducta de sus padres e indirectamente aprende lo que es apropiado. Tal imitación, puede producir diferentes resultados en el sexo masculino y femenino. A través de la observación de sus padres, los varones pueden aprender que la violencia es una táctica exitosa para ganar la complacencia de las mujeres. Por medio de la observación de sus madres, las niñas pueden aprender que el ser golpeadas es parte de la vida de la mujer.
2. El niño maltratado cree que es normal cuando lo golpean aquellas personas que supuestamente lo aman. (W. A. Stacey y A. Shupe, 1983).

Otros investigadores están de acuerdo con que el niño no sólo aprenderá a ser abusador a nivel padre, sino que también a nivel pareja. Estos investigadores Murray, Strauss y Gelles (1980) dicen lo siguiente:

"Cada generación aprende a ser violenta por ser un participante en la violencia familiar... Generalmente aquellos que crecen en hogares cuyos padres son violentos uno con respecto del otro, tienden a ser violentos uno con otro en sus propios matrimonios... Padres que fueron sometidos en su infancia a una gran cantidad de castigo físico tienen una gran probabilidad de ser ellos los mismos abusadores de sus propios hijos."

En cada generación se puede encontrar de una forma o de otra, la distorsión de las relaciones entre padres e hijos que privan a los últimos de una nutrición física y emocional adecuada (H. y R. Kempe, 1978; W. Stacey y A. Shupe; J. Belsky, 1980).

Además, los investigadores Burgess y Conger (1978) reportan que la falta de experiencia de ser bien atendidos y la privación emocional son los responsables de la inversión del rol que a menudo se observa en los padres abusadores, quienes esperan ser cuidados por sus propios hijos.

Según Jay Belsky (1980), ha demostrado también que la privación emocional experimentada por el padre abusador en su infancia, contribuye a que el dolor de la víctima y el sufrimiento no funcione como inhibidor de la conducta abusadora. Es la responsable de su aparente insensibilidad al dolor que ellos causan a sus víctimas.

Este mismo autor afirma que la ausencia de la experiencia en cuidar niños representa otro aspecto del desarrollo ontogénico que puede jugar un rol importante en el proceso del abuso.

Whiting (1975) en su estudio antropológico de la crianza de niños de seis culturas, sugiere que la práctica temprana del cuidado de niños promueve el desarrollo de una conducta responsable, nutriente y social.

A un nivel general, Elder (1977) postula que una adaptación exitosa para un nuevo rol, en este caso el parentaje, depende, además de otros factores, de una práctica previa de tal rol.

Kempe concluye que las historias del desarrollo de los padres juegan un rol importante en el proceso del maltrato, los predispone a responder a ciertas situaciones con agresividad e insensibilidad.

Los resultados de una reciente investigación dan evidencias para apoyar este punto, indicando que cuando los padres están sujetos a cambios de vida rápidos, las historias de una infancia llena de maltratos se correlaciona con una conducta abusadora o negligente en la etapa adulta (Burgess y Conger, 1979).

## 2. El Microsistema

El microsistema representa el grupo familiar, el contexto inmediato donde el síndrome del niño maltratado toma lugar.

### a. **La familia**

Debido a que el microsistema representa el grupo familiar, se hace necesario describir la estructura familiar y los diferentes cambios de una familia para comprender mejor la dinámica que tienen los diferentes factores etiológicos.

### La Estructura Familiar

Salvador Minuchin (1980) define a la estructura familiar como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse. Éstas regulan la conducta de los miembros de la familia.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas. Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las díadas, como la de marido-mujer o madre-hijo, pueden ser subsistemas.

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites (reglas que definen quiénes participan, y de qué manera) de los subsistemas deben ser claros. Deben definirse con suficiente precisión para permitir a los miembros de los subsistemas, el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, y también permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

### **El subsistema conyugal**

El subsistema conyugal se constituye cuando dos adultos se unen con la intención expresa de constituir una familia. Posee tareas o funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia. Tanto el esposo como la esposa, deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia.

El subsistema conyugal representa un refugio ante las tensiones externas, y es la matriz para el contacto con otros sistemas sociales. Fomenta el aprendizaje y el crecimiento. Cualquier disfunción en este subsistema, va a repercutir en toda la familia. En situaciones patógenas, un niño puede ser el "chivo expiatorio", o posiblemente un aliado de uno de los esposos en contra del otro (S. Minuchin y H. Fishman, 1981).

Al comienzo del matrimonio, la pareja debe enfrentarse con un cierto

número de tareas. En este proceso de mutua acomodación, los esposos desarrollan una serie de transacciones; formas en que cada esposo estimula y controla la conducta del otro y, a su vez, es influido por la secuencia de la conducta anterior. Estas pautas transaccionales constituyen una trama invisible de demandas complementarias que regulan muchas situaciones de la familia. Cuando una pareja se une, cada uno de sus miembros espera que las actitudes del otro sean semejantes a las que está habituado. Cada cónyuge intentará que el otro asuma las actitudes conocidas o preferidas por él; e incitará al otro a hacerlo. A medida que se acomodan y se asimilan las preferencias del otro, algunas conductas son reforzadas y otras descartadas. De ese modo, se constituye un nuevo sistema familiar.

Del mismo modo, los encuentros con los elementos extrafamiliares -trabajo, deberes y ocios- deben reorganizarse y regularse de un nuevo modo. Se deben adoptar decisiones concernientes al modo en que se permitirá que las demandas del mundo exterior interfieran con la vida de la nueva familia.

### **El subsistema parental**

Cuando nace el primer hijo, señala un cambio radical en la organización de la familia. El funcionamiento de una unidad conyugal debe modificarse para enfrentar los requerimientos de la paternidad. En general, el sistema debe efectuar los complejos cambios requeridos para pasar de un sistema de dos a un sistema de tres. Se debe trazar un límite que permita el acceso del niño a ambos padres y al mismo tiempo, que lo excluya de las relaciones conyugales.

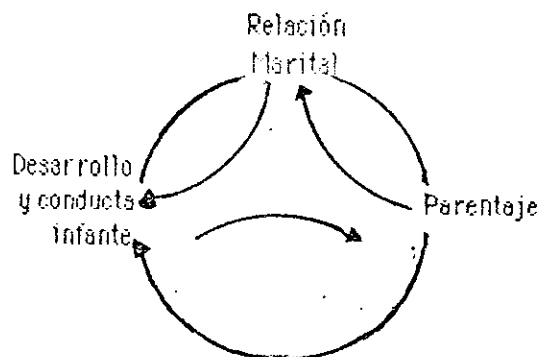
El subsistema parental debe adaptarse a los nuevos factores que actúan en el marco de la socialización. Como dice Salvador Minuchin:

"El ser padre es un proceso extremadamente difícil. Nadie lo desempeña a su entera satisfacción, y nadie atraviesa el proceso incólume. Es probable que ello haya sido imposible en todas las épocas, en mayor o menor grado. En la sociedad actual, compleja, de rápido desarrollo, en la que las brechas generacionales corresponden a intervalos cada vez más pequeños, las dificultades de ser padre se han incrementado."

El parentaje ofrece múltiples posibilidades para el crecimiento individual y para consolidar el sistema familiar; al mismo tiempo, es un campo en el que se disputan muchas batallas arduas. A menudo, los conflictos no resueltos entre los esposos son desplazados al área de la crianza del niño debido a que la pareja no puede separar las funciones de padre, de las funciones de esposo (S. Minuchin y H. Fishman, 1981).

Existen tres puntos de interrelación dentro del sistema familiar; (a) parentaje/desarrollo del infante, (b) desarrollo del infante/relaciones maritales, y (c) relaciones maritales/parentaje. Como la Figura 1 presenta- el parentaje afecta y es afectado por el infante, quien a su vez influye y es influido por la relación marital; ésta en su momento, afecta y es afectada por el parentaje (J. Belsky, 1981).

Fig. 1



### La adaptación de la familia

Según Minuchin (1981), una familia se encuentra sometida a una presión interna originada en la evolución de sus propios miembros y subsistemas, y a presión externa originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas, que influyen sobre los miembros familiares. La respuesta a estos requerimientos, tanto internos como externos, exige una transformación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, para que puedan crecer mientras el sistema familiar conserva su identidad.

El stress sobre un sistema familiar puede originarse en el contacto de un miembro o de toda la familia con fuerzas extrafamiliares. Los momentos transicionales en la evolución de la familia también pueden ser fuente de tensión.

Minuchin concluye que el esquema conceptual de una familia funcional presenta tres facetas:

1. La familia sufre cambios a través del tiempo; se adapta y se reestructura de tal modo que pueda seguir funcionando.
2. La familia posee una estructura que sólo puede observarse en movimiento.
3. La familia se adapta al stress de un modo tal, que mantiene la continuidad, al mismo tiempo que permite reestructuraciones. Si una familia responde al stress con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales.

## **b. Interacción familiar en familias abusadoras:**

Jay Belsky (1981) enfatiza que dentro del microsistema de la familia, el maltrato debe de ser considerado como un proceso de interacción. La apreciación de este hecho ha estimulado a varios investigadores a estudiar más a fondo el microsistema del niño maltratado, mediante el examen de patrones de la interacción familiar en hogares abusadores y no-abusadores.

### Interacción padre-hijo

En un estudio cuidadoso y sistemático sobre familias abusadoras y descuidadas, Burgess (1978) demostró que las familias abusadoras tenían menos interacción entre sus miembros, comparadas con familias no abusadoras. Reportó que el 40% de las madres de familias abusadoras interactuaban menos positivamente (i.e. conducta afectiva y de apoyo) y el 60% de las madres mostraban una conducta negativa (i.e., amenazas, quejas) en comparación con las del grupo control. Los resultados de este estudio fueron los siguientes:

1. En las familias abusadoras se encontró que las madres eran menos comunicativas, menos comprensivas con sus hijos. Existía una disminución de contactos positivos con ellos. Además, los padres abusadores no demostraban afecto comparados con los del grupo control.
2. Las madres de familias negligentes mostraron que sus relaciones con los miembros de la familia eran muy negativas.
3. Los padres negligentes eran menos tolerantes y positivos con sus

hijos. Además, interactuaban menos con ellos. Se observó que los niños respondían menos a sus padres.

4. Las madres abusadoras interactuaban menos con sus niños, los esposos interactuaban más. En la familia negligente, los padres interactuaban menos. Por lo tanto, en las familias abusadoras, los padres aparentemente tomaban mayor responsabilidad en tratar a sus hijos, mientras las madres de las familias negligentes asumían ese rol.

Jay Belsky (1980) afirma que las familias donde se exhiben diferentes clases de conductas desviantes son más silenciosas, tienen menos interacciones positivas y más negativas, y en general, son menos dinámicas que las familias normales.

Aragona y Eyberg (1981) encontraron que las madres negligentes describen a menudo a sus hijos como niños problema. Estas madres son críticas y autoritarias. No ponen atención a las actividades que sus hijos realizan. Además no los motivan en sus tareas diarias.

#### Interacción hijo-padres

Ajuriaguerra (1979) ha demostrado experimentalmente que los padres que muestran un alto porcentaje de interacciones negativas con sus niños (quejas, amenazas, críticas o castigos), aumentan la conducta desviante de ellos.

Según Ajuriaguerra, el niño maltratado puede reaccionar de una

manera pasiva o reactiva, lo cual puede en ambos casos aumentar la agresividad del padre. El mayor peligro estriba en que la brutalidad se integre en una fórmula de diálogo aceptado por el agresor y la víctima.

El Dr. Kempe(1978) realizó un estudio. Elaboró un experimento donde la madre después de un episodio de intercambio afectivo con el niño, lo dejó momentáneamente y regresó por segunda vez. Esta vez el niño la saludó afectivamente, pero ella permaneció pasiva y no respondió. El bebé probó una y otra vez provocar una respuesta en la madre pero finalmente se rindió. El Dr. Kempe afirma que si el niño conoce la pasividad, no sólo por dos minutos, sino por cada contacto con sus padres, su capacidad innata de actividad y de socialización será extinguida.

Como dice Jay Belsky es necesario obtener más información para así determinar si es la conducta parental la que creó esa conducta negativa por parte del niño o si fue la conducta negativa del niño la que incitó la hostilidad del padre.

#### Interacción esposa-esposo

Muchos investigadores han encontrado que el subsistema padre-hijo (el crucial para el maltrato) está anidado dentro de la relación de pareja.

Evidencia de tal unión entre estos dos sistemas diádicos (parental y conyugal) se observa en el alto porcentaje de conflictos y de discordia marital que se da en las familias abusadoras (H. Kempe, 1978).

Jay Belsky, ha encontrado que en los padres que utilizan tácticas (físicas y verbales) para resolver sus disputas maritales tienden a adoptar tácticas similares con sus niños.

Asimismo, trabajadores sociales han notado repetidamente la existencia de una frecuente conexión entre esposas maltratadas y el niño maltratado. Lenore Walker (1979) notó que la violencia física en las esposas maltratadas se vuelve más aguda durante el embarazo y en la infancia de sus hijos. Ella cree que tal aumento se debe a que los hombres dependientes de sus esposas, se frustran cuando la mujer atiende más a sus hijos.

Otros trabajadores sociales, W. Stacey y A. Shupe(1983) también hicieron un estudio sobre esposas maltratadas. El estudio constó de una muestra de 424 mujeres. Encontraron un 45% de niños maltratados o desatendidos. Existió una similitud en la forma en que los niños y las mujeres fueron maltratados.

La relación marital también puede crear el maltrato a través de la interacción con la historia del desarrollo infantil de los padres. Muchos investigadores clínicos han sugerido que los padres buscan en sus hijos el amor y cuidado que les fue denegado en su niñez (un proceso llamado inversión de roles). Cuando el esposo o la esposa fracasa en reconocer estas necesidades emocionales, buscan ese amor en sus hijos. El maltrato ocurre cuando los padres se frustran y se enojan por la inhabilidad de los niños en preocuparse de ellos satisfactoriamente (J. Garbarino, 1976 ; H. Kempe, 1978 y J. Belsky, 1980).

Según Kempe (1978), en algunas situaciones cuando no se reconocen los problemas maritales el hijo resulta ser el chivo expiatorio. En esa familia la prioridad es mantener la relación marital intacta.

La experiencia de este autor le ha enseñado que los padres solteros son menos abusadores que las parejas. Los cónyuges de las familias abusadoras no se apoyan. En lugar de tratar de ser útiles en encontrar soluciones más exitosas para criar a sus hijos, cada uno rechaza cualquier involucración o crítica, dejando al otro sintiéndose desamparado.

Muchos investigadores están de acuerdo en que la transición al parentaje constituye una crisis para la díada marital. Tal adaptación es requerida cuando la díada esposa-esposo es transformada en la tríada madre-padre-infante (K. Alison, 1978; J. Belsky, 1980, 1981; A. Frodi & M. Lamb, 1980 y S. Minuchin, 1981). Este cambio, producto del nacimiento del primer hijo, puede crear un conflicto marital y, posteriormente producir el maltrato en el niño- especialmente si el cuidado del infante es agravado por ciertos problemas característicos (e.g., nivel alto de irritabilidad, trastornos del sueño, defectos congénitos, etc.) y/o si la historia de desarrollo de los padres los predisponen a responder a tal stress de una manera agresiva.

### c. El niño maltratado.

Tradicionalmente, el examen del sistema familiar del niño maltratado

se había centrado en los padres. Sin embargo, recientemente se ha llegado a reconocer que dentro de la familia, los niños maltratados son también contribuyentes potenciales en su propio maltrato (Belsky, 1978; Parke y Collmer, 1975, H. Kempe, 1978).

#### Factores que intervienen en el maltrato:

Según Kempe, en suma a las experiencias de la propia niñez de los padres, hay otros factores que están relacionados con la llegada de cada niño. Estos factores no sólo conciernen al stress provocado por la llegada del bebé en la vida de los padres, sino también al significado emocional que el bebé tiene para ellos. Desde el inicio del embarazo, hay factores que pueden influir desfavorablemente.

Este mismo autor ha enfatizado que las enfermedades durante el embarazo, la prolongación y dificultad en el trabajo de parto, malformaciones congénitas, lesiones en el nacimiento (particularmente aquellas que resultan en un daño cerebral) y premadurez, están asociados con el aumento del potencial del maltrato. La separación del bebé de la madre por ser prematuro o enfermo aumenta la tensión.

Para la madre, el embarazo no deseado puede complicarse aún más debido a problemas personales como la deserción del padre, su mala salud o la total ausencia de algún apoyo. Puede sobrevenir una premadurez deliberada y la tiene que enfrentar sola. La premadurez del bebé puede causarle decepción y miedo de criar a alguien que probablemente no pueda sobrevivir.

Además, cualquier dificultad temprana (ta) como un problema severo de alimentación, el llanto y la pérdida del control de esfínteres ) puede ser lo suficientemente pesado para perder el balance y provocar el maltrato.

Muchos padres han revelado que el llanto constante lo perciben como si fuera una acusación . Estos padres son incapaces de dejar al niño llorando e insisten en calmarlo hasta que llega un momento de frustración. Sienten como si el bebé les estuviera diciendo: "Si fueras buena madre no estaría llorando de esta manera". (H. Kempe, 1978 y A. Frodi y M.Lamb, 1980 ).

Otras investigaciones experimentales han descubierto que la apariencia de los niños prematuros , así como también la falta de atractivo en niños mayores puede jugar un papel importante en el proceso del abuso .

#### Primeras señales del problema:

Según los doctores Ruth y Henry Kempe, usualmente existe una evidencia de maltrato infantil en el primer año de vida. Se presenta una desviación generalizada en el desarrollo. Son comunes los retrasos en el desarrollo motor, social, cognitivo y del habla .

Estos mismos investigadores consideran que una de las señales de la negligencia es usualmente el síndrome de falta de lozanía (negligencia nutricional). Este síndrome es común encontrarlo en los dos primeros años de vida . El niño con falta de lozanía se encuentra demacrado, pertur-

bado emocionalmente y es difícil tenerlo en brazos. Es fácil distinguirlo de otros niños con problemas de alimentación, porque este niño en el hospital come vorazmente.

El niño descuidado se encuentra sucio, vestido inapropiadamente y a menudo hambriento.

Según Ajuriaquerria (1979) en el niño existe un cambio de actitud hacia el padre brutal y síntomas de stress emocional -enuresis diurna o nocturna, encopresis, rechazo de alimentos o vómitos.

#### Características del niño maltratado:

Kempe (1978) ha encontrado que una característica notable del niño maltratado es su conformidad y aceptación por todo lo que pasa. Es pasivo y obediente. No expresa ningún sentimiento aunque exista el dolor físico.

Sin embargo, afirma Kempe, no todos los niños maltratados están deseosos de complacer. Al menos uno de cada cuatro niños es negativo, agresivo y usualmente hiperactivo. Se mueve constantemente, no puede sentarse por mucho tiempo, su atención es corta y es incapaz de jugar aceptablemente con otros niños.

Algunas veces la hiperactividad puede ser lo suficientemente severa para ser neurológicamente determinada. También se observa que sufre de una ansiedad desorganizadora.

Kempe afirma que algunos niños maltratados son incomprensibles. A

veces son dulces y complacientes, pero otras veces se muestran impulsivos sin provocación aparente.

Como dice Ajuriaguera, inicialmente estos niños se presentan apáticos con falta de interés; más tarde adoptan una postura violenta que expresa el deseo de ser reconocido por un adulto a través de la descarga de energía muscular (las actividades son menos violentas en niñas).

El niño maltratado tiene una gran dificultad en reconocer y verbalizar sus propios sentimientos -especialmente de gusto, soledad, tristeza y de placer. Tiene mal concepto de sí mismo.

#### *Conducta del niño preescolar*

Kempe dice que el niño de tres años encuentra dificultad en confiar en los adultos. Se relaciona indiscriminadamente, rápidamente hace amistades superficiales pero también se encuentra preparado ante la primera señal de rechazo.

Además, se muestra desinteresado, no se ríe, o llora y es incapaz de concentrarse (L. Young, 1965).

#### *Conducta del niño escolar*

El niño escolar maltratado es por lo general más discreto acerca de su situación, por miedo de romper la "unidad familiar" y porque no miran cómo un cambio puede ser posible. Busca substitutos del amor y hace un gran esfuerzo por encontrar un amigo de su misma edad y sexo. Pero estos intentos tienden a fracasar, porque sus demandas son excesivas y éstas no son comprendidas por sus amigos.

Muestra suficiente evidencia de trastornos de conducta (rebelde , agresivo, mentiroso) y por esta razón es difícil de diagnosticar en este caso el maltrato, porque los padres justifican sus acciones diciendo que el niño es incorregible. Además, presenta problemas escolares, tanto en la lectura como en la escritura.

El Dr. H. Kempe dice que ciertos estudios parecen indicar que algunos niños se encuentran deprimidos al extremo de que pueden suicidarse .

### *Conducta del adolescente*

Los adolescentes encubren el maltrato como un secreto vergonzoso. Si el abuso es severo, el adolescente puede escapar de su casa repetidamente pero desafortunadamente, no busca la ayuda apropiada . Muchos empiezan a expresar su cólera por medio de una conducta delictiva. El pertenecer a una pandilla, les da un sentimiento de ser queridos, pero también puede convertirse en un medio para descargar la agresión .

Brandt Steele y Joan Hopkins (1978) hicieron un estudio de 1,000 adolescentes llevados a los centros de detención juvenil por primera vez. Encontraron que 84 habían sido maltratados antes de los 6 años, y 92 habían sido abusados sexualmente 18 meses antes de la detención aproximadamente .

### 3. El Exosistema

El exosistema está compuesto por las estructuras formales e informales (el mundo del trabajo, el vecindario) que influyen en el micro-

sistema.

Para entender el desarrollo humano es básico la apreciación de la participación del individuo y la familia dentro de unidades sociales más grandes.

Burgess y Conger (1980), basados en investigaciones sobre la etiología del maltrato y negligencia, han identificado dos factores del exosistema que pueden provocar una crisis a través de la influencia que ejercen en el microsistema de la familia: el mundo del trabajo y el vecindario.

#### **a. El mundo del trabajo**

Un concepto importante en las investigaciones sociológicas sobre la violencia familiar es el **stress**. J. Garbarino (1976) examinó la relación entre stress y violencia familiar. Encontró que el stress económico y del trabajo eran unos de los mayores contribuyentes en la violencia familiar. Sin embargo, indicó que estos factores sólo contribuyen a que la violencia familiar aumente, pero no son realmente sus causas.

Muchos autores están de acuerdo que la evidencia más directa que une el mundo del trabajo con el maltrato provienen de la investigaciones realizadas sobre el desempleo (Belsky, 1980, Kempe, 1978, K. Alvy, 1975, J. Garbarino, 1976).

Asimismo, Garbarino, Laurence D. Steinberg, Ralph Catalano y David Dooley (1981) afirman que un cambio indeseable en la economía hogareña

guía al aumento del abuso. Pero enfatizaron que el estudio realizado no reveló ninguna dirección causal entre el factor económico y el maltrato, por lo tanto, deja la posibilidad abierta de que la relación entre la economía y el maltrato en niños es motivada por múltiples variables.

Además se ha encontrado que el stress económico y los recursos educacionales inadecuados minan el funcionamiento de los padres, y de este stress sobreviene el abuso (J. Garbarino, 1976).

Steinmetz y Strauss (1974) encontraron que paralelamente a un aumento considerable de desempleo hubo un aumento en la incidencia del maltrato de esposas.

Además de que el desempleo está íntimamente relacionado con la falta de recursos económicos suficientes, Belsky (1981) ha observado otras consecuencias; una de ellas es que el padre desempleado se siente con menos poder y se siente fracasado como proveedor familiar; este sentimiento pueden incrementar la violencia familiar.

Otro hecho que ha observado este autor con respecto de las consecuencias que trae el desempleo al hogar es que el padre desempleado tiene más tiempo libre de interacción con su hijo, lo que aumenta la probabilidad del maltrato.

La pérdida de trabajo de alguno de los padres es el factor más importante a través del cual influye el mundo del trabajo en el micro-sistema familiar.

Sin embargo, existen otros aspectos del trabajo que pueden influir en el maltrato infantil. Steinmetz (1976) demostró que el dogmatismo de los padres y las prácticas disciplinarias estaban asociadas con sus ocupaciones características. Asimismo, McKinley (1979) encontró en su estudio, que los padres insatisfechos con sus trabajos ejercían una disciplina severa con sus hijos.

Kempe (1976) concluye que si bien los efectos estresores de la pobreza continua contribuyen en un momento de crisis a que el maltrato ocurra, las soluciones no sólo involucran reformas económicas y sociales sino también tratamiento psicoterapéutico de toda la familia.

#### **b. La influencia del vecindario:**

La influencia que el vecindario ejerce en la etiología del niño maltrato ha sido demostrada en repetidas observaciones.

Existen casos en donde los padres abusadores son exitosos en sus trabajos y no sufren problemas económicos, sin embargo, presentan crisis en sus relaciones interpersonales; tienden a ser aislados, sin amigos y sin confidentes. En tiempo de crisis, estos padres sienten que deben de afrontarla solos; pedir ayuda sería una señal de fracaso (H.Kempe, 1976).

Como Garbarino (1977) ha señalado, cada investigación, que ha examinado el aislamiento social como una variable etiológica, ha encontrado asociación entre éste y el niño maltratado.

Según J. Belsky (1980), la ausencia de estos sistemas de apoyo, puede ser en parte una situación que la misma familia ha creado. Tal aislamiento frecuentemente resulta de la inhabilidad de establecer y mantener amistades por parte de los padres.

Fontana(1970) en su estudio encontró que las familias involucradas en el maltrato demostraron poca integración en las asociaciones grupales de la comunidad; el 50% no tenían un grupo formal; el 28% poseían solamente una asociación grupal, frecuentemente la iglesia. Además observó que estas familias no eran aceptadas por sus comunidades.

Los resultados de varios estudios recomiendan que una manera prometedora de tratar con el problema social del niño maltratado es establecer sistemas de soportes para los padres.

En conclusión podemos decir que al evaluar las influencias del exosistema, es necesario enfatizar varios puntos importantes. El primero es que estas influencias tienden a estimular el abuso y negligencia por medio de presiones que se presentan dentro de la familia y el stress creado por éstas. Si el stress dentro del microsistema familiar es ya de por sí alto (atribuido a un conflicto marital, un bebé con cólico, etc), la probabilidad del maltrato aumenta si la familia es aislada o el padre pierde su trabajo. Si la historia de desarrollo del padre lo predispone aún más a responder a tal stress de una manera agresiva o a utilizar el castigo físico como medio para disciplinar al niño, entonces la probabilidad del maltrato aumentará más.

Belsky opina que para entender realmente la naturaleza multifacética de la etiología del niño maltratado, el análisis debe de trasladarse más allá del individuo, la familia, y aún de la comunidad en donde interactúan.

#### 4. El Macrosistema

Mediante el examen de la gran fábrica de cultura en donde el individuo, la familia, y la comunidad interactúan una con otra, podemos analizar el papel que juega el macrosistema en el síndrome del niño maltratado. Dentro de este análisis se encuentran las actitudes que tiene la sociedad hacia la violencia, el castigo corporal y el niño (Alvy, 1975).

Según Kempe (1978) y Belsky (1980) la sociedad tolera niveles altos de violencia, permite la violencia familiar; y diferentes formas de maltrato infantil.

Shupe (1983) afirma que es aceptado el castigo físico como medio para controlar la conducta del niño. No sólo la práctica de castigo se hace con frecuencia, sino que está explícitamente apoyada.

También dentro del análisis del macrosistema está implicado la actitud general de la sociedad hacia el niño. Todavía persiste la creencia de que el niño es propiedad de los padres y que pueden manejarlo como ellos deseen. (cf. Garbarino, 1977; Kempe, 1978).

J. Garbarino comenta que a pesar de que se han logrado avances para abogar por los derechos del niño, es difícil que el maltrato pueda ser eliminado mientras los niños sigan viviendo en una sociedad donde la violencia es frecuente, el castigo corporal es aceptado como una técnica

de disciplina, y el parentaje por sí mismo se construye en términos de propiedad.

*"El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata..."*

*(Declaración de los Derechos del Niño, Principio 9)*

### III. CLASIFICACION DEL SINDROME DEL NIÑO MALTRATADO

#### A. Violencia física

La violencia física implica un daño físico provocado por una acción dirigida en contra del niño; que da como resultado, contusiones, quemaduras, lesiones de la cabeza, fracturas, lesiones abdominales o envenenamiento. Los daños ocasionados por la violencia física requieren de una atención médica inmediata (Dr. H. Kempe, 1978).

Ajuriaguerra (1979) opina que se debe de considerar el síndrome del niño maltratado cuando se presenta una o varias de estas señales: (1) el niño presenta cualquier fractura, hemorragia meníngea, heridas o hematomas múltiples, trastornos atípicos del crecimiento; (2) el niño muere repentinamente y/o (3) la naturaleza de las heridas no corresponden al relato que ofrece la familia sobre las circunstancias del accidente.

Este mismo autor, ha puesto de manifiesto que los niños con signos de violencia física, pueden presentar además de las lesiones óseas puestas en evidencia por los exámenes radiológicos, lesiones buconasales y anomalías oculares.

Las secuelas óseas son de diverso orden:

1. encoqueamiento de la diáfisis humeral<sup>+</sup>
2. limitación de los movimientos del codo
3. deformaciones de los dedos
4. coxavara<sup>+</sup>
5. deformaciones de las vértebras lumbares

Los golpes buconasales pueden ser:

1. destrucciones y cicatrices del velo +
2. lisis del tabique nasal +

Los daños oculares se caracterizan por:

1. puentes atróficos en la periferia del campo retiniano temporal. +

Fontana (1974) afirma que en algunas ocasiones el reconocimiento clínico del niño golpeado es difícil, debido a que los síntomas y signos de la lesión, especialmente en lactantes, pueden ser mínimos. Una fractura puede presentar sólo un movimiento limitado, una ligera tumefacción o un aumento de calor y sensibilidad de la extremidad afectada.

Los cambios iniciales en rayos X pueden ser mínimos. Las pequeñas fracturas de astillas y ligeros desplazamientos de las epifisis + no son fáciles de descubrir. La presencia de lesiones óseas múltiples producen confusión en el diagnóstico y algunas veces sugiere alguna enfermedad ósea generalizada o una púrpura trombocitopénica. +

### 1. El infanticidio

Es un fenómeno complejo cuya patogenia es diferente según la edad de la víctima. Algunos investigadores designan con el término de infanticidio a cualquier asesinato de un niño. Sin embargo, otros utilizan el término "neonaticidio" para designar el asesinato de un recién nacido y

el término "filicidio" para designar el asesinato de un niño por su padre o madre.

a. El neonaticidio:

Según Ajuriaguerra (1979) son a menudo las madres quienes lo cometen. Los métodos empleados son: la sofocación, el traumatismo craneano y el ahogamiento.

Se trata en general, de madres relativamente jóvenes, primerizas e inmaduras de las que sólo el 19% están casadas. Las madres neonaticidas presentan trastornos psicóticos y depresivos.

Entre los motivos invocados por la madre, el más importante es el del niño no deseado (83% de los casos). Según P. J. Resnick(1976) desde el punto de vista psicológico se pueden describir dos grupos de madres. Las madres del primer grupo se caracterizan por el rechazo del embarazo e inmadurez. Según M. Brozovsky y H. Falit(1977), estas madres en el momento del parto, enfrentadas con la realidad, sufren de una desorganización aguda que las lleva a cometer el asesinato. En el segundo grupo, mucho más raro, comprende a las jóvenes dotadas de fuertes impulsos instintivos y pocas restricciones éticas; son más severas, egoístas e inteligentes que las del primer grupo; el crimen es habitualmente premeditado.

b. El filicidio:

Ajuriaguerra (1979) hizo una revisión mundial de la literatura sobre el filicidio y observó que el asesino era la madre en la mayoría de los casos.

El filicidio sobreviene fundamentalmente en el transcurso de los seis primeros meses después del parto. A menudo, las madres ahogan, sofocan o matan con gas, mientras que los padres tienden a utilizar métodos más activos tales como golpear, aplastar o apuñalar.

Puede ser cometido por el "bienestar" de la víctima, por amor maternal, filial y conyugal. Estos padres tienen la convicción de que sólo la muerte puede evitar a la víctima un destino peor. Ajuriaguerra se pregunta hasta qué punto esto no oculta un rechazo o una verdadera incapacidad de establecer buenas relaciones con el hijo.

La mayoría de los casos publicados corresponden a estados psicóticos y depresivos, o a una psicosis post-partum.

Según Ajuriaguerra, existen en las mujeres normales, en el momento de post-partum, una crisis de depresión muy débil debido a un sentimiento de pérdida. Sin embargo, determinadas depresiones post-partum y otras psicosis puerperales pueden desarrollarse en mujeres que no fueron capaces de hacer frente, de una manera adecuada a problemas de pérdida o de separación en el transcurso de su propia infancia; por esto, no son capaces de aceptar la pérdida del bebé, es decir, de una parte de ellas mismas, en el proceso de parto y de entrar en relación con él en una

adecuada relación afectiva. Otras mujeres pueden desarrollar una necesidad de destruir algo que sienten como una parte mala de sí mismas que está identificada con el bebé y experimentada como un cuerpo extraño.

Sin embargo, Schatchter (1958) comenta que es más apropiado considerar el infanticidio como una de las vías por las que una actitud inhumana puede manifestarse contra un hijo.

Las mujeres son absueltas en estos casos, ya que la noción del amor materno está tan arraigado que no se comprende bien cómo una madre puede matar a su hijo, más que por razones profundamente patológicas (Auriaguerra, 1978).

### B. Negligencia Física y Emocional

Si bien muchísimos niños sí reciben de sus padres las condiciones generales necesarias para su adecuado desarrollo, los hay muchos que no cuentan con estas condiciones, este es el caso del niño descuidado.

La negligencia es definida como el fracaso del padre a actuar apropiadamente para salvaguardar la salud, seguridad y el bienestar de su hijo (Dr. H. Kempe, 1978).

Los padres negligentes dedican poco tiempo e interés a asuntos como alimentación, vestido, progreso en la escuela, elección de amigos y actividades sociales de sus hijos.

La mayoría de las veces, estos casos son difíciles de detectar y si no

hay contacto con un doctor u otra persona interesada, pueden persistir y pasar inadvertidos por mucho tiempo.

Kempe divide la negligencia en dos categorías: negligencia física o nutricional y negligencia emocional.

a. Negligencia física:

La negligencia física es definida como el fracaso del padre en proveer los cuidados físicos y médicos necesarios. La negligencia nutricional da como resultado una alimentación inadecuada en calorías para el niño.

Una de las señales de la negligencia es usualmente el síndrome de falta de lozanía (failure to thrive), donde el niño no crece, no aumenta de peso y su conducta no progresa con celeridad normal durante los primeros meses de vida. Es una condición que amenaza la vida del niño.

b. Negligencia emocional:

La negligencia emocional es la falta de reconocimiento del padre de las necesidades de amor de su hijo.

Mientras que el padre abusador puede simultáneamente amar y odiar a su hijo, el padre negligente tiene poco o nada de afecto hacia él. Es incapaz de involucrarse con su hijo y emocionalmente está ausente. Los impulsos naturales del niño son apagados por la indiferencia de sus padres (L. Young, 1975).

### C. Abuso Emocional

Backwin (1976) comenta que en este tipo de abuso, la conducta de los padres hacia el niño es de rechazo; se caracteriza por castigo severo, desprecio, regaño, indiferencia, irritación, amenazas, trato incoherente, suspicacia y desfavorables comparaciones con hermanos y otros niños.

Los padres reducen al mínimo sus éxitos. Por el contrario, los rasgos indeseables son resaltados o exageran las menores desviaciones en la conducta.

Lamentablemente, el abuso emocional tiende a ser diagnosticado por los psiquiatras y psicólogos años después, conforme los síntomas de perturbación emocional se vuelven más obvios.

Kempe afirma que en todos los casos de maltrato infantil existe abuso emocional.

### D. Abuso Sexual

El abuso sexual es definido como el involucramiento de un niño inmaduro y dependiente en actividades sexuales que no son de su comprensión.

Según Kempe(1978), el abuso sexual se clasifica en: pedofilia, violación y todas las formas de incesto.

Se ha observado que los casos de abuso sexual más reportados son los actos pedofílicos y la violación. Las víctimas de tales abusos reciben el

apoyo familiar y profesional que tanto necesitan.

El descubrimiento del incesto ocasiona más bien otro tipo de reacción en la familia y comunidad. Si la víctima reporta su caso, pocas veces existe el apoyo familiar o una exitosa persecución del criminal.

### 1. Clasificación del Abuso Sexual

- a. **Pedofilia-** es una desviación sexual en la que un adulto desea o se empeña en tener relaciones sexuales con un niño. Puede ser de carácter homosexual o heterosexual. Esta forma de abuso involucra un contacto sexual no violento, puede consistir en caricias o exhibición de los genitales y/o contacto orogenital. La edad de la víctima generalmente está comprendida entre los dos años y la adolescencia temprana.
  
- b. **Molestia violenta y violación-** consiste en tener relaciones sexuales con un menor de edad, por la fuerza. Es más delicado porque generalmente resulta en un daño físico y psicológico tremendo. En esta clase de abuso sexual no es necesario que halla ruptura del himen o penetración en la vagina para que el estatuto (lo establecido por la ley) de violación sea aplicado. La molestia orogenital puede no dejar evidencia, exceptuando la historia del niño, la cual se debe de creer afirma Kempe, pues ningún niño fabrica historias o actividades sexuales tan detalladas a menos de que hayan sido los mismos testigos.

**c. El incesto-**

El incesto es definido por Sarason (1980) como las relaciones sexuales entre miembros muy próximos de la familia.

Este mismo autor afirma que los tabúes y las leyes sobre el incesto proceden desde hace muchos siglos y su existencia ha sido defendida sobre la base de que el incesto acarrearía el trastorno de las distinciones de edad, mezclaría las generaciones y provocaría cambios radicales de los papeles que se desempeñan dentro de la familia.

Henry Kempe et al (1978) opinan que el incesto ha ido aumentando en los Estados Unidos en años recientes, debido a grandes cambios en la vida familiar; el aumento de divorcios, el control de la natalidad, el aborto, y un punto de vista más tolerante sobre los actos sexuales entre miembros no parientes que habitan en la misma casa y que provienen de hogares desintegrados.

Usualmente el incesto es mantenido en secreto por años y solamente sale a la luz pública durante un cambio dramático en la situación familiar, tal como rebeldía en la adolescencia, actos delictivos, embarazo, enfermedad venérea, enfermedad psiquiátrica o en una discusión familiar.

*Tipo de incesto más frecuente*

Según Ajuriaguerra(1979) todos los investigadores están de acuerdo en admitir que el incesto padre-hija es mucho más frecuente .

El incesto padre-hija abarca el 75% de los casos de incesto. Las niñas

se ven involucradas con los padres o padrastros. La mayoría de las veces, el padre escoge a la hija mayor como primera pareja, pero más tarde puede continuar con otras hijas más jóvenes. H. Cavallin (1978), observó en un estudio, que en el 40% de los casos, los padres tuvieron relaciones incestuosas con más de una hija.

Le sigue en frecuencia el incesto hermano-hermano, luego el de madre-hijo, haciendo el 25% restante.

Ajuriaguerra afirma que el incesto madre-hijo es raro. En su trabajo, N. Lukianowicz no cita más que 3 casos. En uno de ellos, la madre era esquizofrénica y sus tentativas sobre su hijo parecían haber sido impulsivas, no premeditadas y bastante infantiles. En los otros dos casos, parece que las madres (una viuda y la otra muy desgraciada en su vida conyugal) eran muy dependientes de su hijo mayor y buscaban un apoyo moral, una protección; el hijo representaba una especie del joven amante idealizado. En estos casos, los hijos están gravemente trastornados y pueden presentar episodios psicóticos.

Las relaciones incestuosas son la mayoría de las veces heterosexuales, siendo más raras las de tipo homosexual.

#### *Edad de los miembros de la relación incestuosa*

Según Kempe (1978), las relaciones incestuosas, en los niños pueden empezar desde los cinco años y continuar en la vida adulta; la edad media es entre los 9 y 10 años.

Ajuriaguerra encontró que en el incesto padre-hija, la edad del padre oscila entre los 30 y 45 años aproximadamente. La duración de las relaciones es variable oscilando entre los 4 meses y 12 años, siendo la media de 8 años.

### *Perfil de las personalidades de los padres incestuosos*

Muchos de los padres involucrados en relaciones incestuosas, tienen personalidades introvertidas y están aislados socialmente.

Algunos autores describen organizaciones defectuosas de la personalidad del padre: relación inadecuada o débil, personalidad mal organizada con identidad mal definida y actitud paranoide que tienden a aislarlo de la familia y de la sociedad. Sin embargo, hay padres incestuosos que presentan una compostura social aparentemente satisfactoria y mantienen fachada patriarcal. El acto incestuoso es en su opinión, un derecho natural y pese a reconocer su carácter ilegal, no lo clasifican en el el cuadro de una verdadera responsabilidad moral.

Según Ajuriaguerra (1979), el alcoholismo no es un factor significativo en la relación incestuosa como muchos piensan. H. Maisch, ha encontrado que la inteligencia es normal en el 60 a 85% de los casos. Los niveles mentales bajo (CI inferior a 70) oscilan entre 2 y 9%. H. Cavallin encuentra desorganizaciones psicóticas en dos casos sobre 12, además de dos casos borderline. N. Lukianowicz no encuentra ni estados psicóticos, ni estados neuróticos en sus casos.

Muchos autores han insistido en el rol que desempeña la mujer en las relaciones incestuosas padre-hija. En algunos casos, se ha observado que la esposa inconscientemente arregla la situación para que haya privacidad entre padre e hija.

Dr. J. Herman (1980) afirma que la esposa mantiene en secreto la relación incestuosa debido a que existen frecuentes trastornos conjugales; los padres se sienten frustrados por una mujer fría, hostil o sexualmente rechazante y esto los incita a buscar gratificaciones sexuales en otra parte.

Asimismo, D.I. Raphling (1974) ha encontrado en varios casos que la madre no es capaz de asumir su rol de esposa; responsabiliza a su hija y le hace desempeñar el rol de esposa y amante de su propio padre y descarga sobre ella el rol que no puede desempeñar personalmente.

El Dr. Henry Kempe está de acuerdo con el rol que juega la madre en la relación incestuosa:

"Generalmente, una esposa dependiente percibe a su esposo como la manera de satisfacer sus necesidades. Además, le provee el apoyo económico que necesita. Por lo tanto, percibe a su hija como la manera de proveer un vínculo joven y sexual más atractivo dentro de la familia. Es más de lo que ella puede ofrecer. Esto es especialmente cierto si ella es frígida, o existe un rechazo sexual o es promiscua."

Como dice Ajuriaquerria, la madre es la piedra angular de este sistema familiar patológico.

## 2. Consecuencias del abuso sexual:

En el niño menor de cinco años, el abuso sexual agresivo produce un estado de temor, terrores nocturnos, conducta errática y alguna forma de

regresión.

En la edad escolar, el niño puede presentar crisis de ansiedad, miedo, depresión, insomnio, histeria, una pérdida de peso repentino o bien aumento de peso y fracaso escolar.

En la adolescencia, el síntoma principal del incesto es una rebeldía profunda, particularmente en contra de la madre. Las hijas involucradas en las relaciones incestuosas eventualmente perdonan a sus padres, pero raramente podrán perdonar a sus madres quienes fracasaron en protegerlas. Se observa una conducta delictiva, acompañada de una pérdida enorme de autoestima. Además presentan depresión crónica y aislamiento social.

Ajuriaguerra describe cuatro grupos diferentes de respuestas y consecuencias en los 26 casos de incesto que estudió, éstos son:

1. En once muchachas observó desórdenes del carácter y conducta social trastornada; cuatro de ellas llegaron a ser prostitutas y la mayoría presentaba conducta delincuente o predelincente.
2. Cinco presentaron frigidez y aversión por las relaciones sexuales con su marido después del matrimonio; tres de ellas mostraron síntomas de personalidad histérica.
3. En cuatro se observaron síntomas psiquiátricos de neurosis de angustia aguda.
4. En seis muchachas no se observó ningún defecto aparente sobre la actividad sexual ulterior, pero algunas se volvieron celosas cuando su

padre dejó de mantener relaciones con ellas para volverse hacia su hermana más joven.

Comenta este autor que en realidad, las consecuencias psicológicas de estas niñas depende mucho de la constelación en la que tiene lugar la situación incestuosa; la mayor o menor aceptación del acto por la hija y la coacción más o menos impuesta por el padre.

### 3. Pronóstico del Abuso Sexual.

Kempe ha encontrado en sus estudios que:

- a. una molestia sexual simple, particularmente la no violenta, ocasiona un daño mínimo si el niño vive en un ambiente funcional y seguro con sus padres.
- b. El incesto que ocurre antes de la adolescencia provoca menos estrago que el incesto que continúa en la adolescencia. La excepción es en el caso de la niña pequeña que es entrenada para ser objeto sexual. Estas niñas tratan de hacer de cada contacto con un adulto un evento sexual evidente. Han sido entrenadas para una profesión, la prostitución. Los padres involucrados en esta forma de "entrenamiento incestual" no son curables, según la experiencia del Dr. H. Kempe, así como también las niñas debido a la prolongada exposición que han tenido con este tipo de conducta.
- c. El incesto durante la adolescencia es especialmente traumático. Algu-

nas de las incapacidades crónicas observadas en las mujeres que experimentaron relaciones incestuosas sin recibir ayuda fueron frigidez, histeria, promiscuidad, fobias, intentos de suicidio y conducta psicótica.

d. Emocionalmente, los niños son más afectados que las niñas. Cualquier incesto madre-hijo o padre-hijo deja al niño con un problema severo que puede llegar a bloquear su crecimiento emocional.

En general, los investigadores están de acuerdo que el descubrimiento temprano del incesto contribuye a un pronóstico alentador y satisfactorio. El foco de atención en el tratamiento es la familia. Sin embargo, en algunos casos la familia no es funcional; por lo tanto se recomienda al joven que construya una vida independiente con la ayuda de otros.

*"El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse f[ísica, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad..."*

*(Declaración de los Derechos del Niño, Principio 2)*

## IV. TRATAMIENTO

### A. Prevención

K.T. Alvy ( 1974 ) dice que existen dos tipos de prevenciones. Éstas son :

1. La prevención primaria- en este tipo de prevención el objetivo es prever el abuso antes de que éste ocurra y busca promover el cuidado de los niños. Las intervenciones primarias preventivas están dirigidas a los padres y a las condiciones ambientales en donde se cuida al niño.
2. La intervención secundaria es utilizada después de que el maltrato ha ocurrido. La ayuda consiste en aliviar el impacto y los efectos negativos del abuso mediante la identificación temprana y el tratamiento urgente. Las intervenciones preventivas secundarias están dirigidas hacia el niño maltratado, el padre abusador y las condiciones ambientales en donde el abuso se ha realizado.

#### 1. Prevención primaria

Desde que los niños maltratados se desarrollan en la vida adulta como padres abusadores, la intervención y tratamiento no sólo sirve para proteger al niño en el presente, sino también para romper las cadenas que conectan a las futuras generaciones.

Los doctores Ruff y Henry Kempe afirman que es posible detectar a los padres potencialmente abusadores.

### **Un sistema temprano de alarma:**

Según Ruth y Henry Kempe (1978) cada vez que un niño nace los médicos y enfermeras tienen la oportunidad de observar cómo la madre y el padre, aceptan al nuevo ser a quien cuidarán de ahora en adelante. Kempe cree que la técnica de sondeo es efectiva para predecir el éxito o fracaso del método de crianza que proviene de las observaciones hechas en las salas de partos. Por lo tanto, el equipo médico puede evaluar si los padres son potencialmente abusadores. Estos predictores son:

- a. La madre trata de negar su embarazo (por ej. no quiere ganar peso, no tiene planes para el bebé), se siente deprimida y tiene miedo del parto.
- b. Los padres dicen que el bebé va ser una carga para ellos.
- c. Los padres provienen de hogares abusadores o negligentes.
- d. Los padres se ven muy preocupados por el sexo del niño.
- e. La madre responde pasivamente a su hijo (no lo toca, lo toma o examina).
- f. Los padres se encuentran decepcionados del sexo del bebé.
- g. La madre no está contenta en compartir su tiempo con el niño o lo encuentra muy demandante a la hora de comer.
- h. La madre se molesta cuando el niño llora.

### **2. Prevención Secundaria**

V. Fontana (1976) afirma que el abuso y la negligencia de niños puede incluir desde la privación de comida, vestido, refugio y amor paternal, hasta un trauma físico obvio.

Según este autor, el niño maltratado es llevado al hospital o con un doctor presentando signos de "falta de lozanía", malnutrición, mala higiene, irritabilidad y otras señales obvias de negligencia.

Los niños con maltrato más severo son vistos en las salas de emergencia de los hospitales con evidencias externas de un trauma corporal, contusiones, irritaciones, cortadas, laceraciones, quemaduras, inflamación del tejido blando y hematomas. Además pueden presentar deshidratación, dificultad para mover ciertas extremidades, por luxaciones y fracturas asociadas con signos neurológicos de daño intracraneano.

Otros signos clínicos y síntomas atribuidos al maltrato pueden incluir un daño de un órgano interno. Un trauma abdominal puede ser el resultado de rupturas inexplicables del estómago, hígado, páncreas, intestino. Los niños que manifiestan maltrato dan evidencia de una o más dolencias. Aquellos con lesiones más severas llegan al hospital o a la clínica del doctor en estado de coma o con convulsiones, y algunos llegan ya moribundos.

Fontana opina que el doctor debe de pensar en el diagnóstico del síndrome del niño maltratado, siempre que mire a un niño lastimado y cuando la historia de los padres no concuerda con las lesiones. Ningún castigo es razonable si involucra una herida. Cuando los accidentes son genuinos, los padres usualmente explican en detalle lo que pasó, las explicaciones vagas hacen sospechar el maltrato.

Los niños menores de seis años no se inducen accidentes; además, no existe niño que deliberadamente se lastime a sí mismo al menos, que sea psicótico.

Algunos padres abusadores no muestran preocupación por las lesiones de sus hijos ni cómo ésta va a ser tratada. Otros están extremadamente temerosos y nerviosos. Cualquiera de estas conductas pueden ser posiblemente un signo de alarma o de sospecha.

Según Fontana, siempre existe dificultad en obtener la historia del incidente por lo tanto, el diagnóstico depende del examen físico, de los rayos X y de un índice alto de sospecha por parte del médico (ver tabla 1).

**TABLA 1**

**INDICE DE SOSPECHA DEL MEDICO**

---

**Historia**

- La historia relatada por los padres es una variante con los hallazgos clínicos
- Existe múltiples visitas a varios hospitales
- Discordia familiar o stress económico
- Resistencia por parte de los padres a dar información

**Examen Físico**

- Señales de negligencia general, falta de higiene, malnutrición y aislamiento, irritabilidad, personalidad reprimida
- Laceraciones, hematomas, tejidos blandos inflamados y lesiones antiguas cicatrizadas
- Dislocaciones evidentes o fracturas de las extremidades

**Manifestaciones radiológicas**

- Hematomas del subperostio
  - Separaciones epifisales
  - Desgarramiento del perostio
  - Fragmentación metafiseal
  - Reacciones del perostio previamente cicatrizadas
-

Kempe opina que cuando los doctores sospechan que ha habido maltrato, deben admitir al niño en el hospital, y decirles a los padres que las heridas del niño deben de ser observadas. Mientras el niño está hospitalizado, los servicios sociales pueden empezar a investigar el caso.

Una vez que el niño ha sido maltratado, el equipo médico y los trabajadores sociales necesitan medios para evaluar el riesgo al devolver al niño a su hogar. Para evaluar ese riesgo, Ruth y Henry Kempe han recurrido a una lista de factores que pueden predecir ese riesgo acertadamente. Estos factores son:

1. El padre fue repetidamente maltratado cuando era un niño.
2. El padre tiene record de enfermedad mental o actividad criminal.
3. El padre es sospechoso de abuso físico en el pasado.
4. El padre sufre de pérdida de autoestima, aislamiento social o depresión.
5. El padre ha experimentado muchas tensiones: discordia marital, divorcio, deudas, pérdidas significativas.
6. El padre tiene explosiones violentas de temperamento.
7. El padre tiene expectativas rígidas e irreales sobre la conducta del niño.
8. El padre castiga al niño severamente.
9. El padre mira al hijo como un niño difícil y provocador (no importando si lo es o no).
10. El padre rechaza o tiene dificultad en formar un vínculo afectivo con el niño.

a. Tratando a los padres abusadores

Para los padres abusadores existen dos clases de tratamiento; el "hotline" (teléfono de emergencia) o la enfermería de crisis, y la terapia a largo plazo.

Todos los tratamientos para los padres utilizados en Estados Unidos se expondrán brevemente a continuación con el propósito de que sirvan de base para una aplicación en Guatemala. Es indispensable recordar en toda terapia que los padres abusadores tienen una enorme necesidad de amor, aceptación y de aprobación.

**Teléfono de emergencia:**

El hecho de saber que un tratamiento de emergencia para crisis es accesible puede resultar mucho más fácil para que los padres logren solucionar sus problemas.

La simple existencia de este hotline ayuda a los padres que están a punto de cometer el maltrato.

Se anota la información acerca del abuso o negligencia, discordia marital, problemas de conducta del niño y condiciones médicas, y esa información se pasa al departamento de servicio social.

**Consultorio de crisis:**

Estos consultorios son manejados por el servicio social o por una organización voluntaria; son lugares en donde los padres pueden dejar a sus hijos cuando ellos no pueden en ese momento controlarse o cuando necesitan un lugar para dejarlos mientras están en tratamiento.

Además de los consultorios de crisis, se han creado en Estados Unidos, refugios para mujeres que han sido maltratadas por sus maridos.

### **Psicoterapia:**

En este tipo de tratamiento, los pacientes deben estar altamente motivados. A los padres abusadores, los ayudan a resolver la ambivalencia que tienen hacia sus propios padres y observan cómo sus propias experiencias afectan sus relaciones con sus hijos.

Antes de que cualquier terapia sea aplicada se debe hacer un diagnóstico psiquiátrico del paciente y de toda su familia. Es vital entender las fuerzas existentes entre esposo y esposa, sus interacciones, y el balance emocional entre ellos; así como reconocer cuáles son las necesidades de uno y otro. Es de gran ayuda involucrar a ambos padres porque les da la oportunidad de crecer y ajustarse al cambio.

### **Terapia de grupo:**

La terapia de grupo, en conjunto con una terapia individual, puede resultar muy exitosa- especialmente cuando el grupo es de parejas.

Este tipo de terapia llamada los "Padres Anónimos" (funciona al igual que los Alcohólicos Anónimos) es bastante efectiva porque está organizado por los mismos padres. Los participantes en los grupos de Padres Anónimos se sienten libres en expresar los sentimientos que tienen sobre sus hijos y tienen la oportunidad de compartirlos. Habiendo compartido

los mismos problemas, son menos renuentes en admitir los sentimientos considerados a veces como vergonzosos.

Estos grupos están supervisados por un consejero profesional, cuya ayuda previene cualquier crisis que pueda desarrollarse dentro de la sesión terapéutica.

### **Tratamiento residencial:**

Un centro residencial permite ofrecer un cuidado inmediato. El niño puede vivir en el centro y pasar gradualmente períodos con sus padres conforme ellos vayan reasumiendo su responsabilidad paternal.

### **b. Tratando al niño maltratado**

Para planificar el tratamiento del niño maltratado o desatendido se deben hacer evaluaciones físicas, neurológicas, cognitivas, sociales y psiquiátricas. Es importante también que los hermanos del niño maltratado sean tratados, porque pueden estar con más desventajas que el primero.

Antes de empezar un programa terapéutico a largo plazo, especialmente si van a estar los padres involucrados, hay que estar seguros de que los padres estén por su lado recibiendo algún tipo de tratamiento. Esto previene el sabotaje en la terapia del niño.

### **Cuidado físico:**

Las lesiones más severas necesitan tratamientos continuos que pueden ser largos y complicados como es en el caso de las quemaduras.

Aparte de este tratamiento médico, se hace necesario comprobar si existen lesiones con consecuencias permanentes; o si se presentan retrasos en el desarrollo y del habla.

Un fisioterapeuta puede ayudar en casos donde los niños han sufrido lesiones en los músculos motores.

### **Terapia de Juego Individual:**

La terapia individual beneficia indudablemente al niño maltratado. Existen serias dificultades en llevar a cabo una terapia de juego con niños cuyo lenguaje es limitado y difícil de entender. Sin embargo, lo principal es proveer una relación estable, confiable y comprensiva de parte del terapeuta.

Para el infante maltratado, el juego es un instrumento de comunicación en el cual, el niño revela a través de juegos dramáticos con muñecos, marionetas o animales lo que le acontece.

La tarea constante y central del terapeuta es mantener un cuadro firme de la realidad en el cuarto de juegos, para contrastar con el mundo fantástico del pequeño paciente y su experiencia con el mundo exterior. Esto hace que las inconsistencias del mundo del hogar sean más claras y da paso a formar nuevos patrones de conducta.

### **Cuidado adoptivo y sus alternativas:**

Generalmente, el primer paso a seguir en cualquier cuidado para un niño maltratado es removerlo temporalmente de su casa. Si su condición física no justifica una hospitalización, es apropiado colocarlo en un hogar adoptivo temporal hasta que la familia entera sea diagnosticada y exista

un plan de tratamiento. El cuidado adoptivo tiene la ventaja de mantener al niño a salvo durante la crisis familiar.

Para el niño esto significa separación de su familia pero al mismo tiempo significa un alivio.

### B. La familia intratable

Según Kempe (1978) el "ser tratable" es un término relativo; en general cada miembro de una familia abusadora requiere de tratamiento. Pero el hecho es que en algunos casos, el niño nunca va a poder prosperar dentro de su propia familia.

Este mismo autor afirma que dentro del grupo de los padres abusadores, el 10% son enfermos mentales severos a tal grado que es muy difícil un tratamiento efectivo. En estos casos el niño tiene que ser removido.

Este 10% está formado por cuatro grupos:

1. El 1% a 2% de los padres abusadores sufren de una psicosis. Algunos de estos padres pueden incluso creer: "Dios está diciendo que asesine a mi hijo". O también es el caso donde la madre mira al niño como una extensión simbiótica de ella misma.

2. El 2 o 3% de padres abusadores son sociópatas; se comunican solamente con golpes. Golpean a sus amigos, sus esposas y a sus niños

indiscriminadamente. Las formas más usuales de psicoterapia y consejería son poco efectivas ya que estos sociópatas raramente responden bien a cualquier tipo de ayuda. El pronóstico es por lo tanto, muy pobre y el bienestar de los niños, muy remoto. En este grupo se incluyen también los padres adictos al alcohol o a las drogas.

3. Un 1% o 2% de los padres abusadores intratables son realmente crueles; torturan a sus hijos de una manera premeditada, prolongada y repetitiva.

4. Un 2 o 3% son los fanáticos. Este grupo incluye una gran variedad de personas que usan términos religiosos u otros para justificar sus creencias y técnicas de crianza. Estas creencias son clara y enteramente irracionales. Las formas extremas de fanatismo, por lo tanto se pueden considerar incurables, porque los padres no son personas abiertas a sugerencias; sus creencias están fundadas en bases emocionales inconscientes.

Cuando los padres pertenecen a uno de estos cuatro grupos, Kempe recomienda la terminación temprana de los derechos de los padres en lugar de un tratamiento prolongado.

Además de estos grupos, existe otro de padres con características semejantes a los anteriores. Entre este grupo están:

1. Los padres que son severamente retrasados o madres muy jóvenes para criar a sus hijos.

2. Las familias donde otros niños han sido seriamente dañados y donde ha habido una o más muertes inexplicables.

En estos grupos también se recomienda la terminación de los derechos de los padres después de 6 o 9 meses de tratamiento sin mejoría.

Una vez que el psiquiatra, trabajador social y pediatra hayan examinado a todos los miembros de la familia del niño y obtengan la información suficiente, pueden aconsejar a los tribunales si puede o no vivir a salvo el niño en ese hogar. Esta actitud puede considerarse como una intrusión, pero en algunos casos no hay otra alternativa para la salud, el desarrollo normal e incluso para la vida del niño (Kempe, 1978).

## V. PRONOSTICO DE LAS FAMILIAS ABUSADORAS

Si una familia abusadora ha llegado a solicitar ayuda, el pronóstico tanto de los niños como de los padres dependerá del grado de perturbación emocional de la familia, la edad del niño, el tiempo que ha sido maltratado y la manera en que el maltrato lo ha afectado.

H. Kempe, hizo un estudio de seguimiento de las familias abusadoras después de 10 a 20 años de haber tenido el contacto inicial.

Lo que encontró fue lo siguiente:

- Un 10% de las familias fueron intratables, los niños que no fueron rescatados se arriesgaron o se expusieron a una lesión cerebral permanente o incluso la muerte.
- Un 10% de las familias no pudieron desarrollar lazos afectivos; las terapias resultaron ser un fracaso.
- El 80% restante, la mitad requirieron de una terapia a largo plazo y lentamente llegaron a tener una mejoría. La otra mitad requirieron de un tratamiento a corto plazo y se independizaron en el transcurso de uno a tres años.

Los resultados son mejores cuando la terapia está orientada hacia la familia como un todo. El progreso de los padres siempre es lento, cualesquiera que sean las circunstancias, pero el progreso de los niños si son tratados tempranamente es a menudo rápido y profundo (H. y R. Kempe, 1978).

## VI. CONCLUSIONES

1. La etiología del maltrato infantil es múltiple. Es causado por fuerzas que pueden actuar en el niño, en su familia, su comunidad o su cultura.
2. No existe un estereotipo para los padres abusadores. La característica más prominente y más consistente de las historias de maltrato en familias, es la repetición, de una generación a otra.
3. Entre los factores que contribuyen al maltrato infantil están: las enfermedades durante el embarazo, una prolongación y dificultad en el trabajo de parto, malformaciones congénitas, lesiones en el nacimiento, premadurez, la apariencia y sexo del niño.
4. El maltrato está más apto a ocurrir cuando ocurre una crisis.
5. El tratamiento del niño maltratado debe incluir evaluaciones físicas, neurológicas, cognitivas sociales y psiquiátricas. Es indispensable también que la familia reciba tratamiento psicoterapéutico.
6. El maltrato y/o negligencia que no se detecta y trata tempranamente va a producir consecuencias devastadoras en el niño que repercutirán para toda su vida.

## HISTORIA CASUISTICA

### CASO 1:

El paciente nació prematuramente a los 6 meses. A la edad de 1 año, fue llevada a la sala de emergencia de un hospital con la historia de que se había caído de su cuna. Los rayos X revelaron fracturas de costillas del lado izquierdo y derecho también. No fue admitida en el hospital en ese tiempo. Semanas más tarde, la madre la llevó a otro hospital, donde dijo que se había caído con la niña; tenía los tobillos inflamados, las radiografías revelaron fracturas de los dos tobillos. Dos meses más tarde, la paciente fue admitida en un tercer hospital con el brazo izquierdo fracturado y síntomas de desnutrición. El estudio de rayos X revelaron fracturas antiguas cicatrizadas, así como también una nueva fractura en el húmero izquierdo. El caso fue referido a una trabajadora social, quien después de una investigación, reportó que los padres no habían infringido el trauma y consideró el ambiente familiar adecuado. Ya no hubo acción posterior después de este reporte del servicio social.

A la edad de 2 años, la niña fue admitida en un hospital con fracturas múltiples y síntomas de desnutrición. El caso fue otra vez estudiado por el servicio social del hospital y otra vez más el ambiente hogareño fue encontrado aceptable. La "Sociedad Preventora de la crueldad hacia los Niños" investigó el problema familiar para descartar el abuso físico. A ese tiempo, la madre manifestó que ella era víctima de ataques epilépticos. La sociedad creyó que las lesiones fueron el resultado de los ataques y no por negligencia o por maltrato de parte de los padres.

Seis meses después, la niña fue llevada otra vez al hospital donde fue declarada muerta. La madre dijo que se había caído de las gradas con la niña en brazos.

La autopsia reveló: hemorragia subdural, edema cerebral, contusión del cráneo y cara, abrasiones múltiples y extremidades con formaciones de costras, antiguas laceraciones en los labios. El médico diagnosticó el síndrome del niño maltratado, sin embargo ninguna acción legal fue tomada en ese tiempo.

BIBLIOGRAFIA

## REFERERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AJURIAGUERRA, J. de  
Manual de psiquiatría infantil. París: Toray-Masson, S.A. 1979.
2. ALISON, K. Clarke-Stewart  
"And Daddy Makes Three: The Father's Impact on Mother and Young Child".  
Child Development. 1978, Vol. 49, pp. 446-478.
3. ALVY, Kerby T.  
"Preventing Child Abuse". American Psychologist. American Psychological  
Associations, Inc. 1975 (September), pp. 921-928.
4. ARAGONA, John A. y Sheila M. Eyberg  
"Neglected Children: Mothers' Report of Child Behavior Problems and  
Observed Verbal Behavior". Child Development. 1981, 52, pp. 596-602.
5. BACKWIN, H y Ruth Morris  
Desarrollo Psicológico del Niño. México, D.F.: Editorial Interamericana,  
1974.
6. BELSKY, Jay  
"Child Maltreatment, An Ecological Integration". American Psychologist.  
American Psychological Associations, Inc. 1980 (April), 35, No. 4, pp. 320-335.
7. BELSKY, Jay  
"Early Human Experience: A Family Perspective". Developmental  
Psychology. 1981, Vol. 17, No. 1, pp. 3-23.
8. BURGESS, Robert L. y Rand D. Conger  
"Family Interaction in Abusive, Neglectful, and Normal Families". Child

9. FONTANA, Vincent  
"Child Maltreatment and Battered Child Syndromes". Manual de Psiquiatría II, 2284.10.
  
10. FRODI, Ann M. y Michael Lamb  
"Child Abusers' Responses to Infant Smiles and Cries". Child Development, 1980, 51, pp. 238-241.
  
11. GARBARINO, James y Deborah Sherman  
"High-Risk Neighborhoods and High-Risk Families: The Human Ecology of Child Maltreatment". Child Development, 1980, 51, pp. 188-198.
  
12. GARBARINO, James  
"A Preliminary Study of Some Ecological Correlates of Child Abuse: The Impact of Socioeconomic Stress on Mothers". Child Development, 1976, 47, pp. 178-185.
  
13. GARDNER y Helen S. Schacter  
These are your Children. Glenview, Illinois: Scott, Foresman and Company, 1975.
  
14. GEORGE, Carol y Mary Main  
"Social Interactions of Young Abused Children: Approach, Avoidance, and Agression". Child Development, 1979, 50, pp. 306-318.
  
15. HARRÉ, Rom y Roger Lamb  
The Enciclopedia Dictionary of Psychology, Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 1983.
  
16. KEMPE, Ruth S. y C. Henry Kempe

17. MINUCHIN, Salvador y H. Charles Fishman  
Family Therapy Techniques. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1981.
  
18. MINUCHIN, SALVADOR  
Familias y Terapia Familiar. Barcelona, España: Granica Editor, S.A. 1977.
  
19. PALOMARES, Agustín  
Niños maltratados. Nuestras indefensas víctimas. México: Editores Mexicanos Unidos, S.A., 1983.
  
20. STRAKER, G. y R. S. Jacobson  
"Agression, Emotional Maladjustment, and Empathy in the Abused Child"  
Developmental Psychology, 1981, Vol. 17, No. 6, pp. 762-765.
  
21. STEINBERG, Laurence D., Ralph Catalano y Davis Dooley  
"Economic Antecedents of Child Abuse and Neglect. Child Development, 1981, 52, pp. 975-985.
  
22. STACEY, William A. Stacey y Anson Shupe  
The Family Secret. Domestic Violence in America. Boston: Beacon Press, 1983.
  
23. YOUNG, Leontine  
"The Wednesday Child". Psychology Today, Mayo 1985, Vol. 12, No. 5
  
24. Glosario Terminológico de Ciencias Médicas, Novena Edición, Barcelona España: Salvat Editores, S.A., 1966.

Puentes atróficos en la periferia del campo retiniano temporal- porción de tejido atrofiado situado en el área visual.

púrpura trombocitopénica- afección caracterizada por la formación de manchas rojas de la piel, constituidas por pequeñas extravasaciones sanguíneas subcutáneas.

Velo del paladar- tabique musculomembranoso, móvil, cuadrilátero, cuyo lado superior está fijo en el borde posterior de la bóveda palatina.

## GLOSARIO

Coxavara- deformidad que consiste en curvatura hacia abajo del cuello fémur sin afección de la articulación; debida generalmente al raquitismo.

Diáfisis humeral- tallo del hueso largo del brazo, desde el hombro hasta el codo( húmero).

epífisis- extremo de un hueso largo.

fragmentación metafiseal- punto de la unión de la diáfisis con la epífisis.

Hematoma subdural- tumor por acumulación de sangre debajo de la duramadre.

hematoma subperiostio- hemorragia situada debajo del periostio.

Lisis del tabique nasal- lesión que afecta la pared cartilaginosa que divide longitudinalmente las fosas nasales.

Osteogénesis imperfecta- defecto congénito del desarrollo del sistema óseo-caracterizado por la fragilidad de los huesos.

periostio denudado- privación quirúrgica o patológica de las envolturas naturales que rodea completamente al hueso.