

TRABAJADOR SOCIAL AVILÉS 2019

TELEOPOSICIONES

[Avda. Maisonnave 28, bis 4ª Planta, Alicante](mailto:temarios@teleoposiciones.es)

temarios@teleoposiciones.es

TEMA 43 Tipología del maltrato infantil. La detección, la prevención, factores de riesgo y factores de protección. Los menores hijos de víctimas de violencia de género.



Definición del maltrato infantil

La Reunión de Consulta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la Prevención del Maltrato de Menores, celebrada en el año 1999, consensuó la siguiente definición sobre el maltrato:

El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Se considera maltrato infantil cualquier acontecimiento en relación con la acción o la omisión que no sea causalmente accidental y tenga una intención de causar dolor por parte de progenitores, familiares o profesionales, que deben velar por que se satisfagan las necesidades básicas del menor y garantizar un adecuado desarrollo a todos los niveles.

En la mayoría de los casos de maltrato infantil se acepta como hipótesis inicial la predisposición sociocultural de los padres, quienes en periodos de crianza como niños han sido a su vez maltratados por sus padres y han sufrido una relación emocional deficitaria; aislados socialmente y poco estimulados a nivel físico y afectivo, han tenido desde pequeños un autoconcepto, una imagen de sí mismos negativa y muy deteriorada.

Los antecedentes generacionales avalan que ligados al maltrato se pueden encontrar problemas de adicciones, alcohol, salud mental, discapacidades, etc.

Relacionados con el maltrato infantil, existen tres componentes fundamentales, que, junto con los indicadores que se detecten y se verifiquen, podemos encontrar ante una situación anómala de este tipo:

- Frecuencia: se refiere al número de veces que se repite esa acción u omisión de maltrato o negligencia.
- Intensidad: se trata de la acción en sí de maltrato y del grado de fuerza o intención que se emplea en el mismo.
- Intencionalidad: se refiere a si es causal o es premeditado, así como si se pretende enseñar o se pretende castigar por medio de agresiones.

Otros factores que pueden agravar más la situación de maltrato infantil son:

- Momento evolutivo en el que se encuentra el menor.
- Circunstancias de vulnerabilidad en las que se encuentra.
- Existencia de daño real o potencial.

La estrategia apropiada a la hora de abordar una situación de maltrato es contemplar los factores determinantes desde una perspectiva individualizada (referida a un niño en concreto) y sistémica (en el marco de una intervención que

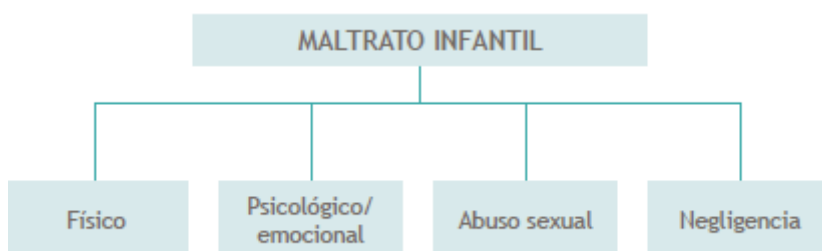
aborde a la familia); y todo ello, en un marco de colaboración con la escuela, el servicio de pediatría y otros contextos implicados en el tratamiento del menor.

Intencionalidad

Tipología y clasificación de maltrato

Clasificación del maltrato infantil

Tradicionalmente se ha venido clasificando el maltrato infantil en las siguientes categorías: físico, psicológico/emocional, abuso sexual o negligencia, tal y como se refleja en el siguiente esquema.



También vamos a mencionar otros tipos de maltrato que también se consideran importantes, ya que afectan a los menores se trata del prenatal, el institucional y el industrial.

Maltrato físico

Es el tipo de maltrato más generalizado en las sociedades actuales. Entraña una manifestación reprimida ante una dificultad o problema de los progenitores en relación tanto con la crisis del ciclo vital en la que se encuentran como con sus propias experiencias de abuso cuando eran niños.

Podemos definir el maltrato físico como una agresión infligida por un adulto a un niño en la que interviene la fuerza física deliberada, bien con el propio cuerpo, bien por medio de un objeto, para golpear o herir al niño y producirle una lesión.

El uso de la fuerza física con resultado de lesiones del progenitor al menor suele ser la causa más frecuente de maltrato físico, aunque también se utilizan las más variadas herramientas, como, por ejemplo:

- Utensilios domésticos de la vida cotidiana (goma de butano, correa de material, zapatilla, escoba, cubiertos, cigarrillos encendidos o de encendedores).
- Uso del frío o del calor natural o artificial, como la inmersión en agua (habitaciones oscuras, sin luz y sin ventilación, duchas frías o muy calientes).
- Materiales químicos y farmacológicos para sedar o intoxicar.
- Animales que causan enfermedades infectocontagiosas o heridas por mordeduras.

La “lista del horror” es interminable e inaudita porque, cuando se trata de infligir daño, el maltratador puede utilizar un sinnúmero de armas y de estrategias no solo para causar el dolor sino también para ocultar pistas e indicios.

En el momento de evaluar a un niño con posible maltrato físico, hay que tener en cuenta una serie de medidas o circunstancias.

Primeramente, hay que discriminar el concepto de accidente, cuestión difícil en los primeros indicadores, ya que no sabemos si existe una intencionalidad o si ha habido omisión de supervisión, por lo que se hace necesario recabar y analizar más datos antes de activar un protocolo de actuación de maltrato.

En concreto, deben examinarse y relacionarse el contexto, la situación, las conductas del niño y los posibles factores de riesgo, así como la comunicación con el menor, y con sus padres o cuidadores, sobre la cuestión a evaluar. Cuanto mayor sea la información obtenida, mejor podemos identificar y detectar lo ocurrido, así como establecer pautas básicas de prevención con los familiares. Los indicadores no son una ciencia exacta, que predicen situaciones de maltrato, sino que sirven como orientaciones relacionales que nos ayudan a discriminar posibles situaciones problemáticas.

Otra cuestión importante, como hecho en sí, es la propia lesión como posible manifestación de agresión. La lesión puede ser accidental o intencionada. No es igual, como ejemplo, presentar lesiones por una posible caída accidental, arañazos o moratones debidos a negligencia que presentar quemaduras de cigarrillo en los brazos.

Es más que probable que en el cuerpo del niño posible víctima de maltrato físico existan pruebas fehacientes que confirmen nuestras primeras hipótesis y sospechas. Dichas pruebas pueden ser lesiones no visibles, como contusiones, magulladuras, irritaciones, heridas, etc. Por ello, para poder hacer un examen visual y físico de su cuerpo es imprescindible examinarlo una vez desvestido el niño.

Las lesiones deben detallarse por escrito, de forma objetiva, para facilitar la identificación de la lesión, su ubicación corporal, su forma, su tamaño y su profundidad; asimismo, se describirán todas aquellas variables y detalles significativos que faciliten el diagnóstico y detección, a fin de comprender de forma global su intensidad, la frecuencia y la intencionalidad del daño. Es muy importante conocer el momento exacto y el tipo de actividad que se realizaba cuando ocurrió el maltrato.

Otro grupo de lesiones que se deben rastrear son los moratones, mordeduras o pérdida del cabello. También se deben inspeccionar posibles rastros de quemaduras, lo que implicaría un estado de ansiedad aguda en el agresor, además de una hostilidad premeditada, con clara intención de causar dolor y sufrimiento. Tales indicadores deben hacernos vislumbrar y sospechar la posible intención continuada en el tiempo de infligir sufrimiento al menor.

Los menores que sufren maltrato físico por quemaduras suelen exhibir una actitud triste, introvertida y reservada, se muestran cabizbajos habitualmente y albergan tendencias depresivas. Más allá de las consecuencias físicas a lo largo del desarrollo, las consecuencias emocionales son destructivas a nivel de interacción y de las relaciones sociales tanto con iguales como con personas mayores.

Otras posibles lesiones derivadas del maltrato físico (y de las más frecuentes) son las fracturas de huesos, especialmente el cráneo y los huesos de las extremidades.

En la época preescolar, durante los primeros años de guardería, el maltrato es mayormente de tipo físico, ya que suele manifestarse como castigo corporal, agresiones verbales, menosprecio, quebranto de la autoestima del menor, fomento de su pasividad, así como en actos sexuales que dejarán traumas y secuelas.

Maltrato psicológico o emocional

Se caracteriza generalmente por mensajes negativos, ausencia de estimulación y de contacto emocional, rechazo, pasividad e ignorancia temporal o permanente, hasta culpabilizar al menor del cambio o de la situación de crisis familiar o del ciclo vital.

Se utiliza por alguno o por ambos progenitores, y el menor tiene la etiqueta de oveja negra o chivo expiatorio de la familia.

La detección del maltrato psicológico o emocional, al no mostrar rasgos ni rastros visibles es mucho más difícil que la detección del maltrato físico. El maltrato emocional suele estar relacionado con la negligencia y el abuso.

Algunas formas de maltrato emocional son:

– Por carencia: relacionado con la pasividad parental, la ignorancia o el abandono, que producen en los niños una falta de estimulación cognitiva, emocional, relacional, social, exploratoria (total o nula permisibilidad que conduce a repetidas situaciones de negligencia).

– Por exceso: ligado a una excesiva dependencia del niño con su madre o su padre, un vínculo demasiado arraigado, enfermizo, casi patológico; una excesiva sobreprotección, a modo de burbuja artificial, que dificulta en sí el desarrollo evolutivo del menor y su proceso de interacción.

Incluye la incapacidad para percibir e interpretar las necesidades del niño y responder de forma contingente. Esto genera una falta de capacidad de protección del menor ante el peligro.

– Por alteraciones: pueden ser alteraciones físicas, fisiológicas o del desarrollo. Puede generar autoritarismo y vivenciarse como una amenaza de retirada de afecto hacia el hijo. El niño se encuentra incapacitado para mantener relaciones sociales básicas.

Dicha incapacidad social se traduce en hábitos nocivos del desarrollo y en hábitos de salud, que se manifiestan como falta de control de esfínteres, dificultades de expresión verbal, alteraciones del lenguaje, dificultades de aprendizaje, etc.; y sin una detección precoz y un programa ajustado de intervención, estas alteraciones pueden perdurar a nivel emocional y físico en la infancia y en la adolescencia, con riesgo de derivar hacia otros trastornos psicológicos.

Estos factores generan en el menor vulnerabilidad y un desarrollo anómalo.

Abuso sexual

Podemos definir el abuso sexual como aquella situación en la que un adulto, desde una posición de poder, utiliza a un niño para su estimulación sexual bajo la apariencia de un juego, utilizando el engaño, con sobornos o amenazas, o recurriendo a la fuerza.

El maltrato sexual más generalizado es el incesto, que afecta a niños de todas las edades. Las víctimas son en su mayoría niñas, y los agresores, varones (primordialmente, los padres adoptivos y amigos de la madre o el padre).

En lo referido al incesto, hablaríamos de abuso sexual intrafamiliar. Muchas veces, la ocurrencia del abuso viene del lado del que debía cuidar al niño. Este puede ser víctima y debe ser escuchado con empatía y sensibilidad. Y si trabajamos con la familia, es siempre con las garantías de que el menor no corra riesgos físicos y psíquicos como consecuencia de haber “destapado” el abuso.

Sin embargo, la temática del abuso sexual infantil genera tantos rechazos y temores que en ocasiones parece mejor no ver, negar que ocurre o tomar la defensa de la familia o el adulto. El propio incesto constituye un tabú cultural que en ocasiones interesa ocultar por convencionalismos pseudomorales y falsas convicciones éticas.

Algunos conceptos básicos relativos al abuso sexual son los siguientes:

Relación sexual: básicamente se refiere a las relaciones sexuales consentidas, de mutuo acuerdo, libremente, en la que exista penetración de algún tipo, en ausencia de coacción, violencia, amenaza o acoso.

Acoso sexual: proposiciones vejatorias constantes de mantener relaciones sexuales por medio de chantajes, amenazas, injurias, desde una posición jerárquica superior del agresor con respecto a la víctima.

Exhibicionismo: perversión consistente en el impulso de mostrar los órganos genitales sin contacto físico, bien el cuerpo del adulto o bien imágenes audiovisuales pornográficas.

Agresión sexual: contacto físico con intención lasciva, mediante intimidación, violencia o uso de la fuerza, sin consentimiento, y durante el cual se producen

tocamientos y caricias en los órganos sexuales, acompañados de una instigación exigente a realizar actos carnales.

Violación sexual: cuando se ejecuta un acto sexual por la fuerza, sin consentimiento mutuo.

Explotación sexual infantil: forma de abuso sexual infantil en la que un adulto explota sexualmente a un menor con el objetivo principal de obtener una ganancia económica. Dentro de la explotación sexual infantil, podemos hablar del comercio sexual infantil, que incluye las siguientes vertientes: prostitución, pornografía, turismo sexual, y la trata y tráfico de menores.

Al igual que comentábamos anteriormente, las formas y posibilidades de abuso a un menor son tan variadas y “retorcidas” como las estrategias que el abusador suele usar para ocultarlas y, llegado el caso, justificarlas.

Negligencia

La omisión y el descuido son variables cotidianas del maltrato. Están íntimamente relacionados con otros abusos que no suelen revestir la intención premeditada de causar dolor y sufrimiento. En ocasiones, tres variables de riesgo inciden directamente en la negligencia: baja o nula supervisión; bajo nivel socioeducativo sobre la crianza; y situación económica familiar baja o precaria.

Por ello, la negligencia puede considerarse un tipo de abandono físico y emocional derivado tanto de una falta de supervisión ante los posibles peligros que rodean al niño como de la omisión de atención, cuidados, afecto y estimulación, o de la ausencia de apego y vínculo emocional.

Obviamente, no debemos olvidar que la función primaria de la familia es proteger al niño, cuidarlo, y facilitar su sano crecimiento y desarrollo. Así, incumplir estas funciones es poner al menor en una situación de riesgo absoluto.

Algunas situaciones de tipo negligente son:

- Falta de supervisión, lo que supone una exposición temporal o permanente del menor a sufrir mayores accidentes de todo tipo, y cuya pauta de repetición accidental puede provocar graves lesiones o alteraciones físicas irreversibles en el desarrollo.
- Falta de cuidados, como las atenciones fisiológicas imprescindibles (alimentación, sueño, higiene).
- Falta de seguimiento médico, tanto en las revisiones sanitarias establecidas como en las vacunas correspondientes o en la atención y tratamiento básico ante una enfermedad común.

Generalmente, las familias disfuncionales y aquellas en las que existe problemática asociada al consumo de sustancias tóxicas y que presentan una red o tejido sociocultural deficientes pueden ser consideradas de alto riesgo de maltrato infantil.

Pero no necesariamente se cumple dicha situación como una condición imprescindible, ya que en el maltrato intervienen multitud de factores de todo tipo.

A modo general, para diferenciar el maltrato de la negligencia y del propio accidente fortuito hay que tener en cuenta que los niños, en su interés por explorar el mundo que los rodea, y como indicadores causales de su propia interacción y descubrimiento con objetos y con el contexto físico, sufrirán lesiones en la parte frontal de su cuerpo (frente, nariz, mandíbula, pómulos, rodillas, manos, codos), así como en la cabeza.

Otras situaciones de maltrato

Maltrato prenatal

Es considerado como una acción de agresión premeditada, por descuido o negligencia no deliberada en la que una mujer en estado expone al feto a un peligro para su desarrollo o puede causarle lesión antes de nacer.

Algunos de los factores a tener en cuenta son:

- Factores ambientales: accidentes laborales por contaminación con microorganismos, exposición de la gestante a irradiaciones y agentes químicos tóxicos.
- Factores de la madre y familia: malnutrición materna durante la gestación, hábitos nocivos para la salud (consumo de tabaco y alcohol de la madre), intentos de provocar un aborto, drogadicción y prostitución (con riesgo de malformaciones y enfermedades de transmisión sexual en el feto), problemas de insalubridad doméstica, violencia de género con alto riesgo de agresiones físicas, rechazo y abandono.

Una vez nacido, dichas ideas negativas de rechazo se agudizan en la primera infancia del niño, por no tener cubiertas las necesidades fisiológicas básicas de alimentación y afecto materno, junto con un déficit muy significativo de la estimulación sensorial temprana.

En ocasiones, pueden estar asociadas a una depresión posparto de la madre, por lo que el abordaje psicológico sería imprescindible.

Maltrato institucional

Es el maltrato que provocan las instituciones públicas, tanto desde la legislación como por programas específicos o actuaciones que supongan un agravio de los derechos de la infancia a nivel emocional, físico o que atenten contra su salud, su bienestar, su alimentación, sus creencias religiosas, etc. También se produce en programas de protección de menores cuando la burocracia es inoperante y los profesionales perpetúan una situación de incertidumbre de los niños, como cuando sus intervenciones o decisiones producen abusos, maltrato, omisión o negligencia, sin tener en cuenta el interés superior del menor ni sus necesidades básicas.

Algunos de los indicadores que están relacionados con el maltrato institucional son:

- Ausencia de asertividad y empatía con el menor y su familia.
- Sin vinculación efectiva ni una relación de ayuda adecuada.
- Incompetencia para atender las necesidades del menor.
- Déficit en la supervisión y en la disciplina de los menores.
- Dificultades para proyectar motivación en los menores.
- Equipos de intervención de menores no coordinados.
- Desconexión con los recursos de menores y familias.
- Incumplimiento de los derechos y deberes de la infancia.
- Estrés laboral y falta de motivación intrínseca.
- Profesionales con el síndrome del trabajador quemado (burnout).
- Profesionales itinerantes y sin formación especializada.

Una forma de maltrato institucional es el maltrato social, que se produce cuando las estructuras y el funcionamiento de un Estado son deficitarios e ineficientes porque priorizan las dificultades por las que atraviesan frente a los derechos básicos y fundamentales de la infancia, de las familias y de otros colectivos sociales; lo que sigue a este enfoque es el deterioro de la sanidad, la educación y los servicios sociales en general.

El maltrato social se debe principalmente a factores económicos, que directamente abocan a la carencia de recursos y servicios, que trascienden negativamente en la dinámica y desarrollo familiar, principalmente en familias de clase media, media-baja y baja.

Actualmente aún pervive el maltrato social en muchos países.

Maltrato industrial

Este tipo de maltrato puede denominarse también maltrato atmosférico. Contiene una parte de maltrato institucional y se da cuando las sociedades industriales y postindustriales priman, por encima de cualquier condición o derecho, la producción y la manufactura a costa de perjudicar el medio ambiente, sin tener en cuenta otros factores sociales.

Podemos señalar que en la Inglaterra de la Revolución Industrial del siglo XIX ya existía el maltrato industrial, mezclado con el maltrato social y con el maltrato físico. Cuando, para poder subsistir, los niños tenían que trabajar largas jornadas en la fábrica, muchos de ellos contrajeron la enfermedad del raquitismo; esta enfermedad sobrevenía por la ausencia de vitamina D en los huesos como consecuencia de no ver el sol durante la jornada de trabajo.

Esta circunstancia no es ajena al mundo de hoy, ya que una gran mayoría de niños de Latinoamérica, África y Asia tienen que trabajar y son explotados para poder subsistir.

China está llegando a unos niveles de polución y contaminación atmosférica tres o cuatro veces por encima de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

En las grandes ciudades, con una industrialización desbocada, el aire está totalmente contaminado por multitud de partículas nocivas para el ser humano. Un 20% de la población china tiene serios problemas relacionados con la salud.

Síndromes de maltrato infantil

A continuación se describen algunos síndromes y situaciones de maltrato infantil que por su complejidad no pueden catalogarse como una entidad única. También se examinan algunas situaciones peculiares, que apelan más, si cabe, a posibles negligencias que a maltrato en sí.

Síndrome de muerte súbita del lactante

Es la muerte inesperada y repentina de un niño menor de un año que no presenta riesgos ni síntomas de enfermedad alguna. Se suele encontrar muerto al infante después de haberlo puesto a dormir. También se conoce como muerte blanca o muerte en cuna.

El fatal desenlace no tiene una explicación científica, y en la autopsia realizada tampoco se obtienen resultados que esclarezcan lo sucedido.

Estadísticamente, casi la totalidad de los casos ocurre en los bebés de entre 2 y 6 meses, y generalmente aumenta el riesgo de incidencia durante los meses de invierno. Es considerada por los expertos como la primera causa de fallecimiento de los recién nacidos.

Aunque no se conocen las causas se han establecido una serie de factores de riesgo y unos factores de protección que están relacionados con él.

ALGUNOS DE ESTOS FACTORES DE RIESGO SON:

- Exposición al humo del tabaco (neonato-tabaquismo).
- Falta de ventilación y aire en las habitaciones.
- Temperatura demasiado elevada en la habitación.
- Exceso de ropa de cama; exceso de ropa del bebé.
- Dormir boca abajo, que puede provocar falta de respiración y asfixia.
- Falta de alimentación con leche de la madre.
- Edad: situación de alto riesgo cuando nace y de máximo riesgo entre los 2 y los 6 meses.

– Alumbramiento prematuro y bajo peso al nacer.

Síndrome de Münchhausen por poderes

Generalmente es y ha sido un síndrome de las personas adultas que se ha extendido luego al mundo infantil.

Los padres (generalmente la madre) provocan, somatizan e inventan los síntomas en el niño para aparentar que este sufre una verdadera enfermedad no diagnosticada ni tratada. La madre exhibe una sobreprotección patológica al niño, y suele quedarse con él en el hospital para dejar constancia de su capacidad de sacrificio por su pequeño aunque tenga más hijos.

Se asocia a menores de 3 años que a su vez han sufrido otros tipos de maltrato. El padre suele ser periférico, parcial o total, con bajo nivel social, cultural o intelectual con respecto a la madre.

La madre ejerce a su vez el papel de padre, y no existe un adecuado sistema conyugal ni parental. El menor es sujeto pasivo del maltrato activo que padece la madre.

El patrón general es el de un niño en situación de riesgo, producto de una relación inestable, con graves problemas y conflictos. También se corresponde con madres adolescentes y jóvenes, inmaduras psicológicamente, mujeres con posibles trastornos mentales o con un vínculo muy obsesivo con sus hijos, dependientes y sobreprotectoras.

Algunas de las enfermedades más comunes vinculadas al síndrome son la hemofilia, el asma y las convulsiones.

Síndrome del niño golpeado (agitación corporal)

Es un tipo de maltrato infantil muy extendido a nivel mundial, que provoca graves daños y secuelas a nivel de desarrollo, con una tasa de mortalidad mayor que otros síndromes y situaciones de maltrato.

Algunos estudios confirman que, de los niños que han sufrido dicho síndrome en Estados Unidos, el 10% pierden la visión; también, que la mitad de las muertes por maltrato infantil guardan una estrecha relación causa-efecto con el síndrome. Los menores de 2 años que lo sufren son los que pueden padecer mayor riesgo durante el desarrollo y una muerte prematura.

La situación ocurre cuando una figura parental, familiar o educativa pierde el control ante el menor; el adulto agarra al niño por los brazos o por los hombros y lo mueve con violencia a un lado o a otro, de delante hacia atrás o viceversa, y ese movimiento corporal no voluntario, de gran agitación, ocasiona en la víctima un notable aumento de la presión entre el cráneo y el cerebro.

Entre otros factores de riesgo para que un niño sufra este síndrome están los siguientes, todos ellos caracterizados por un débil vínculo afectivo entre los adultos y los niños en el hogar o en una institución:

Factores de riesgo

- Niñeras o cuidadoras poco capacitadas.
- Madres trabajadoras.
- Madres solteras.
- Padres jóvenes.
- Padres consumidores de alcohol o drogas.
- Hacinamiento en la vivienda.
- Menores con discapacidad o frecuentemente enfermizos.
- Depresión posparto de la madre.
- Niños prematuros.
- Familias pobres.

Algunos de los factores de protección para evitar que aparezca el síndrome son:

Factores de protección

- Vínculo afectivo y adecuado entre padre e hijos.
- Embarazo deseado.
- Preparación prenatal de los padres.
- Conocer y prevenir el síndrome para evitarlo.
- Formación de Técnico Superior en Educación Infantil (TSEI), educadores, niñeras y cuidadoras.
- Escuela de padres primerizos.
- Grupos de madres lactantes.

Realmente, no hay que tomar los factores de riesgo y protección en sentido estricto, sino bajo la consideración global de que la familia cumple con sus funciones de cuidado, protección y educación de los hijos.

Estadísticamente, quienes sufren dicho síndrome suelen ser varones menores de dos años, que habitualmente están solo con el adulto que produce el maltrato. El daño producido en el niño no es solamente físico sino también emocional.

Como en otras situaciones de maltrato o negligencia, el menor no participa en revisiones médicas de pediatría. El agresor minimiza y omite el maltrato, y la familia no conoce el alcance de la gravedad que puede ocasionar. También, cuando aparecen síntomas más graves y se traslada al menor a urgencias, se niega la agresión de forma rotunda y se dan explicaciones incongruentes que apuntan a un accidente doméstico o a una negligencia por descuido.

La gravedad del síndrome y su continua repetición pueden provocar convulsiones, parálisis cerebral, retraso mental, hemorragias oculares, ceguera y muerte.

Indicadores del maltrato infantil

Es importante establecer una triple relación de los indicadores a nivel de análisis: primeramente, hay que observar y rastrear indicadores físicos en el menor; luego, asociarlos a los indicadores verbales y no verbales que manifiesta por su comportamiento; y, por último, contrastar con los padres o cuidadores lo sucedido y valorar su posicionamiento ante la posible situación.

Hay que tener presentes, como ya se ha explicado, los componentes de frecuencia, intensidad e intencionalidad, conjugados con los niveles de gravedad del maltrato (leve, grave, moderado), y ponerlos en relación con los indicadores del menor y de sus padres, familiares o cuidadores.

Un indicador puede definirse como aquello que muestra o indica algo con indicios o señales. Por ello, los primeros indicadores son los de sospecha, a fin de verificar nuestras primeras hipótesis, o descartarlas ante una explicación razonable. Se realiza una exposición resumida de los indicadores básicos asociados a cada una de las variables del maltrato.

Tipos de indicadores

Se anotan a continuación distintos indicadores que cabe considerar según la situación en que se produce el maltrato.

Ante un posible maltrato físico:

- Indicadores físicos: heridas, quemaduras, raspamientos, cardenales, fracturas, mordeduras.
- Indicadores de conducta: verbales y no verbales, introvertido, reservado, manifiesta con miedo que sus padres le han herido, sufre pánico de algún progenitor, evita el contacto con adultos, demasiado vestido, llora o se muestra agresivo, no quiere volver a su casa.
- Indicadores a valorar con el adulto: minimiza lo sucedido, no se preocupa por el menor, pone excusas incoherentes, no ofrece una explicación convincente. (Aquí hay que sumar otros indicadores; por ejemplo, si sufrió maltrato físico en su infancia, estilo educativo que utiliza con su hijo, abuso de alcohol o drogas).

En condiciones de maltrato psicológico o emocional:

- Indicadores físicos: retraso en el desarrollo físico, psicológico, interaccional, social y del lenguaje, déficits emocionales, enfermedades psicosomáticas.
- Indicadores de conducta: pasividad en las relaciones y figuras de referencia, rechazo de interacciones, mutismo, ansiedad, introversión, negatividad, falta de iniciativa, ansiedad, hiperactividad, dificultades para el control de esfínteres.

– Indicadores a valorar con el adulto: sin interés por los problemas del niño, ausencia de límites y estilo educativo pasivo y permisivo, ausencia de vinculación emocional, niño como chivo expiatorio, sin contacto verbal con el menor, salvo para depreciarle, exigirle o culpabilizarle por algo.

En circunstancias de abuso sexual:

– Indicadores físicos: cardenales, arañazos, dificultades para andar y para mantenerse sentado, ropa manchada y roída, siente dolor y malestar cuando sufre enuresis o encopresis.

– Indicadores de conducta: manifiesta verbalmente dolor en la zona genital, verbaliza mensajes sexuales de adulto, conducta exhibicionista, mensajes de cortejo con profesionales, verbaliza haber mantenido relaciones sexuales, presenta ansiedad, dolores de cabeza, dificultades de sueño, desprecia su cuerpo y el de los adultos, tiene miedo de quedarse solo con un adulto en una habitación.

– Indicadores a valorar con el adulto: manifiesta celos de que el menor se relacione con otros adultos, tiene dificultades en su relación de pareja, posible abuso sexual en su infancia, abuso de alcohol o drogas, progenitor periférico, sobreprotección encubierta, estimula al menor a verbalizar o recrear conductas de contenido sexual.

En un entorno de negligencia o abandono:

– Indicadores físicos: retraso en el desarrollo físico, psicológico y académico, déficit de higiene personal, vestimenta y alimentación, enfermedades leves que no son tratadas, ausencia de consultas pediátricas, visitas a urgencias en situaciones graves por accidentes, ausencia de límites, nula supervisión, heridas, arañazos y lesiones continuadas.

– Indicadores de conducta: absentismo, falta de sueño, apatía, pasividad, sin interés por el aprendizaje, agresividad, historias fantásticas e incoherentes, conductas negativas y disruptivas, no atiende a indicaciones ni a figuras profesionales, manifiesta mensajes de estar solo en su casa sin que nadie le apoye o le ayude, déficits cognitivos y relacionales.

– Indicadores a valorar con el adulto: en su infancia fue objeto de negligencia o abandono, está incapacitado a nivel de enfermedad mental, discapacidad o enfermedad crónica, familia monoparental, bajo nivel socioeducativo, problemas y abuso de alcohol o drogas, comportamiento pasivo y apático, en el domicilio familiar no hay normas, horarios, tareas, costumbres, nula supervisión del menor.

Protocolo de actuación y hojas de detección del maltrato infantil

La intervención en casos de maltrato infantil debe ser flexible y evitar en todo momento la victimización secundaria o la doble victimización. Hay que apoyar al menor en todo momento, escucharle, acompañarle, ofrecerle ayuda.

El protocolo para detectar el maltrato consta de las siguientes fases:

Fases para detectar el maltrato

Detección Se detecta en relación con los indicadores. La detección corresponde a profesionales sanitarios, sociales, educativos, la familia, otros servicios o la familia extensa. En esta fase, interviene el TSEI, quien por medio de su registro de situaciones individuales podrá iniciar el protocolo y avisar del posible maltrato infantil al equipo interdisciplinar.

Notificación Se pondrá en conocimiento de profesionales superiores, que determinarán si el caso es urgente y tiene que intervenir la policía, el juzgado, el centro social, el centro sanitario o los servicios especializados de atención a la infancia; si el caso no es urgente, se notifica a los servicios sociales de atención primaria.

Valoración y diagnóstico Se comprueba la situación, se verifica la notificación, se diagnostica la situación del maltrato y se diseñan las actuaciones que se van a llevar a cabo con el menor y con la familia.

Actuaciones Se ejecuta la intervención diseñada en la fase anterior, que puede consistir en:

- Mantener al menor en su nicho familiar.
- Separar al menor de su nicho familiar (acogimiento familiar, en familia extensa o de acogida, acogimiento residencial, acogimiento simple, permanente o preadoptivo).

Evaluación y seguimiento Se hace un seguimiento de los casos en los que se interviene, y una evaluación en la que se determina si se debe mantener la medida adoptada o si hay que modificarla.

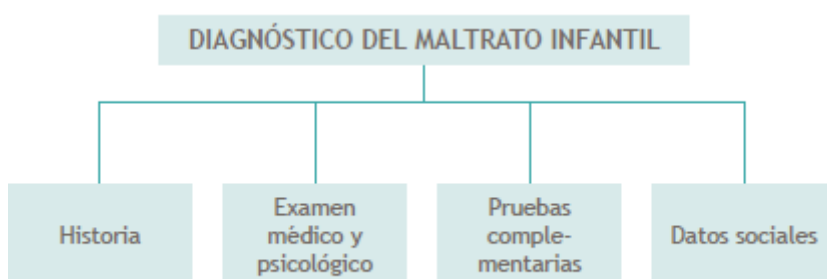
A través de la valoración y diagnóstico, y de las actuaciones, según el Protocolo Individual de Detección del Maltrato, se iniciarán una serie de programas de intervención con el menor y su familia en diferentes recursos especializados. Algunos de ellos son:

- Centros de mediación e intervención familiar.
- Puntos de encuentro familiar.
- Terapia familiar ante el maltrato infantil.
- Escuela de padres y parentalidad positiva.
- Centros de intervención en violencia familiar y maltrato infantil.
- Unidades de valoración e intervención de abuso sexual infantil.

El Observatorio de la Infancia, dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, diseñó un grupo de trabajo sobre el maltrato infantil para unificar actuaciones a nivel estatal y consensuar protocolos básicos de acciones y actuaciones desde distintos ámbitos y organismos (atención primaria, servicios educativos, servicios sociales, policía, recursos especializados, juzgados).

La determinación de un caso de maltrato infantil y su diagnóstico deben realizarse en función de cuatro elementos:

- Historia: datos aportados por el propio niño, otros profesionales (maestro, médico, TSEI, educadores sociales, policía, trabajador social, psicólogos, pedagogos) u otras personas (vecinos, amigos, parientes).
- Examen psicológico-médico: existencia de indicadores físicos y comportamentales del niño y en la conducta del acompañante.
- Pruebas complementarias: realización de pruebas médicas (radiología, análisis), psicológicas (tests, entrevistas), para confirmar o establecer el diagnóstico diferencial con otros procesos.
- Datos sociales: factores de riesgo presentes que actúan como facilitadores de la existencia del maltrato infantil, que nos van a ayudar a entender por qué se produjo esta situación y a orientar en la toma de decisiones y la intervención.



El Observatorio de la Infancia ha diseñado y consensuado hojas de detección del maltrato infantil a nivel estatal para unificar las intervenciones y facilitar un registro de las mismas.

Por ello, existen hojas para los ámbitos social, sanitario, educativo y policial.

El TSEI debe familiarizarse con estos protocolos en el ámbito local o autonómico a fin de establecer el trabajo en equipo y desarrollar estrategias en común con los profesionales de estos ámbitos.

Resiliencia en el maltrato infantil

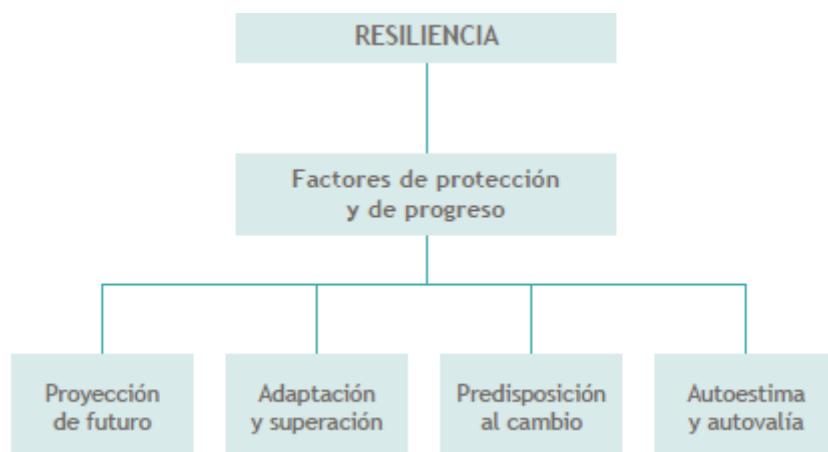
Por suerte, según estudios sobre el maltrato infantil, la mitad de los menores que sufren maltrato infantil no llegan a sufrir dificultades emocionales o problemas graves de salud mental a lo largo de su vida.

Esto confirma que muchos niños y niñas que han sido expuestos a una vida difícil y al maltrato consiguen superar sus problemas, asimilarlos y aprender a vivir con ellos sin que supongan un obstáculo para su des- involucramiento social.

La resiliencia es la capacidad que tiene una persona para mantener de forma eficaz y eficiente su funcionalidad y operatividad frente a las dificultades que le ha tocado vivir y frente a las adversidades que ha encontrado en su ciclo vital.

Se trata de un ajuste saludable de la persona ante la adversidad: una auténtica fortaleza interna.

Algunos indicadores que facilitan la resiliencia en la infancia son la motivación parental ante las dificultades; la personalidad de los progenitores y del menor; la toma de conciencia del problema y la búsqueda de soluciones eficientes; proyección de futuro; vínculos de apego y figuras de referencia sólidas a lo largo de la infancia, adolescencia y juventud; flexibilidad y predisposición al cambio, autoestima, etc.



La resiliencia consiste, pues, en una auténtica garantía interna de protección del menor ante situaciones de riesgo, una garantía que redundará en una mayor fortaleza y en el ajuste personal dentro del marco del desarrollo global. Es una capacidad a considerar y reforzar en la intervención educativa temprana.

Realizad un trabajo en pequeños grupos sobre la resiliencia familiar y exponedlo al grupo de la clase.

LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

1. JUSTIFICACION DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

En estas últimas décadas se ha producido una preocupación especial sobre la violencia existente en la población infantil. Existe una alarma social por un posible incremento de conductas antisociales de niños y adolescentes manifestados tanto por conflictos con la ley a partir de delitos con carácter violento como por comportamientos agresivos que imposibilitan a padres y/o educadores mantener un clima de convivencia con éstos. Al mismo tiempo, nuestra sociedad ha experimentado una mayor preocupación por defender los

derechos de la infancia, y en concreto por proteger a ésta de situaciones violentas que puedan producir trastornos en su desarrollo integral.

Actualmente podemos afirmar que el fenómeno de la violencia en estas etapas tiene causas fundamentales comunes y que las experiencias de violencia conllevan a conducta delictivas violentas (Lindgren, 1987; McCord, 1988; Gray, 1998). Por ello, el marco conceptual de la violencia se sitúa en estas etapas en la propia violencia vivida en los escenarios primarios de socialización del niño: la familia y la escuela. Es desde estos dos escenarios donde fundamentalmente se plantean los programas de prevención (Leitenberg, 1987).

En una reciente revisión sobre los modelos conceptuales de la violencia (Costa y Morales, 1998) hemos expuesto cómo la magnitud de este fenómeno justifica por sí misma la realización de programas preventivos que intenten disminuir las cifras de violencia en nuestra sociedad, más aún cuando tenemos en cuenta que la violencia desencadena no solo posibles secuelas físicas sino sobre todo importantes consecuencias en el desarrollo socioemocional. Múltiples estudios han demostrado la existencia de consecuencias negativas en el desarrollo conductual y en la socialización de los niños que viven en entornos de violencia en general y, en concreto, aquellos niños que sufren de la violencia dentro del ámbito familiar (Aber, Allen, Carlson y Cicchetti, 1989; Erickson, Ege-land y Pianta, 1989; Gelles, 1993). Los escenarios de violencia generan conductas antisociales aprendidas y utilizadas para la resolución de los conflictos, que junto con los otros trastornos conductuales que se producen en el niño y el adolescente explican tanto la transmisión intergeneracional de malos tratos como el hecho de conductas delictivas en la adolescencia y la juventud (Lewis, Mallouh y Webb, 1989; Goetting, 1994).

2. NIVELES DE PREVENCIÓN Y SU CARACTERIZACIÓN

De acuerdo con los criterios establecidos en salud pública y en concreto en la promoción de la salud psicosocial y la prevención de los trastornos psiquiátricos, nos encontramos con tres principales niveles de la prevención de la violencia en general, la violencia doméstica y el maltrato a la infancia:

a) Prevención primaria o intervención general.

Está basada en estrategias preventivas y de promoción de la salud dirigidas directamente a toda la población, sin estar focalizada en ningún factor de riesgo específico o grupos de población a riesgo, con el objetivo principal de reducir la incidencia (aparición de casos nuevos) de situaciones violentas. Entre dichos programas se encontrarían la divulgación de prácticas educativas no violentas, la sensibilización de la población ante las consecuencias negativas de prácticas violentas, los programas de escuelas de padres, los programas preventivos del abuso sexual, e incluso las campañas para reducir la violencia en la televisión.

En este nivel de actuación se trata de reducir determinadas situaciones sociales y actitudes de la población que están implicadas como factores causales funda-

mentales de la violencia: marginación, pobreza, desempleo, conductas agresivas en las relaciones interpersonales, aceptación de la violencia en la resolución de conflictos, pautas de crianza autoritarias, aceptación del castigo físico como forma de disciplina y educación de los hijos. En definitiva, consisten en programas que intentan aumentar la calidad de vida de la infancia en general (De Paúl, 1996). Por ello, la prevención primaria es una intervención no selectiva orientada a aumentar el bienestar infantil, incluyendo el reconocimiento social de la infancia como un grupo social activo con derechos específicos en la participación de la comunidad, en la protección y la previsión de servicios educativos y sociosanitarios.

b) Prevención secundaria o intervención selectiva.

Estrategias preventivas dirigidas a poblaciones vulnerables identificadas como de alto riesgo psicosocial por presentar mayor riesgo de exposición a aquellos factores de riesgo más conocidos dentro del fenómeno de la violencia. Tiene como objetivo principal el reducir la prevalencia de una situación concreta de violencia, como por ejemplo el maltrato dentro del ámbito familiar, o de un trastorno psicosocial determinado como la conducta antisocial.

Este tipo de intervención selectiva está orientada específicamente a grupos de población que están más expuestos a situaciones de violencia, siendo más vulnerables a conductas violentas para la resolución de conflictos en su medio. En el caso concreto del maltrato infantil, los programas están dirigidas a aquellas familias con mayor riesgo de situaciones de violencia doméstica de acuerdo con los modelos conceptuales actualmente vigentes sobre las relaciones maritales y parentales.

c) Prevención terciaria o intervención indicada.

La prevención terciaria, junto con las estrategias de tratamiento de un trastorno, está focalizada en la prevención de las consecuencias y/o su reducción ante casos ya diagnosticados. Estaría ligada con el concepto de rehabilitación intentando reducir la duración y la gravedad de las secuelas que conllevan los actos violentos sobre las víctimas, al igual que evitar las posibles reincidencias del caso. En el ámbito del maltrato infantil, la prevención terciaria se encuadra dentro de los servicios de protección infantil ante un caso investigado y diagnosticado de desprotección con la finalidad de intervenir bajo el principio del mejor interés del niño y de garantizar su seguridad e integridad biopsicosocial reduciendo tanto las secuelas producidas por los malos tratos como evitar aquellas situaciones potenciales que supongan la reincidencia de éstos.

La prevención terciaria y el tratamiento a las víctimas de la violencia tiene una especial importancia para paliar los efectos y secuelas de ésta, sin embargo, son las estrategias de prevención primaria y secundaria las más pertinentes para afrontar de manera significativa este fenómeno (Browne y Saqi, 1988; Costa, Morales y Juste 1995; Costa y Morales, 1997). En primer lugar, existe un importante porcentaje de niños y adolescentes que, aún estando bajo la vigilancia de los servicios de protección y, por tanto, bajo tratamiento y

programas de prevención terciaria, continúan sufriendo malos tratos por parte de sus cuidadores, algunos de los cuales alimentan las cifras de mortalidad de la población infantil (Sabotta y Davis, 1992; Browne, 1988; Browne y Lynch, 1994). En segundo lugar, gran parte de las consecuencias derivadas de la violencia y el maltrato al igual que la severidad de los posibles casos pueden ser paliadas a través de intervenciones más tempranas y con un seguimiento más cuidadoso y más vinculado a los escenarios de la vida del niño.

Por otra parte, los recientes instrumentos de detección de las tipologías de maltrato infantil están todavía dotados de escasa validez y fiabilidad, obteniéndose por ejemplo un elevado porcentaje de casos falsos negativos y positivos (Browne y Saqi, 1988). A pesar de que existe un importante avance en la distinción de las lesiones intencionadas al igual que en la identificación de lesiones producidas por el abuso sexual, nos encontramos con que la mayoría de los actos violentos dirigidos a los niños no dejan secuelas físicas sino importantes trastornos emocionales como ocurre principalmente en las tipologías más frecuentes como son la negligencia y el maltrato psicológico. Se han desarrollado instrumentos de detección de estas situaciones que todavía necesitan ser validadas (Morales y Costa, 1997). Además, todavía no es recomendable para uso en la población general los instrumentos diseñados para la identificación de familias con alto riesgo de maltrato infantil (Mac- Millan, MacMillan y Offord, 1993).

Por lo que respecta a la prevención terciaria de la delincuencia juvenil, las alternativas más comunes que comenzaron a ensayarse en la década de los setenta y que consistían en consejo, trabajo social y programas de restitución en los que los ofensores estaban obligados a compensar a sus víctimas a través de servicios comunitarios no han demostrado ser efectivos (Ziegler, 1994).

3. PRINCIPALES CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS DE LA VIOLENCIA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

3.1. Contenidos generales de los programas preventivos

Teniendo en cuenta que la familia es el principal escenario primario en el desarrollo de la socialización de la infancia (Schaffer, 1979), y que la violencia doméstica es la expresión de la existencia de relaciones disfuncionales con la pareja y con los hijos (Helfer, 1987; Straus y Gelles, 1988), podemos entender que todos los programas preventivos sobre la violencia familiar están basados en los contenidos de la prevención a nivel comunitario para la mejora de la salud mental de la infancia (Kaiser y Hester, 1997). Por ello, podemos decir que la base de la prevención primaria de los trastornos conductuales antisociales de la juventud radican en los programas preventivos de la violencia doméstica en todas sus manifestaciones de disfunción parental (Fergusson, Horwood y Lynskey, 1994). Los hallazgos compilados por el «Comell Consortium for

Longitudinal Studies» (Ziegler, 1994) sugieren que cuánto más tempranamente intervengamos mejores resultados obtendremos.

De acuerdo con los actuales modelos conceptuales de tipo integral sobre la violencia (Morales, Zunzunegui y Martínez, 1997; Costa y Morales, 1998), las estrategias preventivas deben ir dirigidas principalmente a la potenciación de los factores de protección y de resistencia, más aún cuando la reducción de los factores de riesgo desencadenantes de conductas violentas son difícilmente evitables por tratarse en muchos casos de factores estructurales de tipo sociolaboral como son la pobreza y el desempleo o coyunturales de tipo familiar como los conflictos conyugales y la necesidad de una ayuda financiera. Dichos objetivos están focalizados fundamentalmente en influir sobre los principales escenarios de socialización del niño en sus primeras etapas de desarrollo, ya que los más eficaces ámbitos de la prevención de la violencia en la infancia y la adolescencia tienen como la finalidad la mejora de la salud mental de los niños desde el inicio de su desarrollo y, por tanto, en el trabajo preventivo dentro de la esfera familiar y de la escuela (Burchard y Schaefer, 1992; Shure, 1997; Hightower, 1997). Las actividades de dichos programas están orientados principalmente por los siguientes contenidos: a) el desarrollo de redes de apoyo social, b) la potenciación de la capacidad de afrontamiento y el sentido de competencia de los padres, y c) la potenciación de las capacidades de desarrollo de los propios niños.

El desarrollo de redes sociales evita el aislamiento social que frecuentemente presentan las familias en riesgo social y que facilita el mantenimiento de situaciones de violencia tanto por la privacidad del medio familiar como por la perpetuación sin contraste exterior con pautas muy enraizadas a nivel de las generaciones familiares. En este sentido, el papel que el apoyo social tiene en la prevención del maltrato ha sido puesto de manifiesto tanto a través de su efecto indirecto al reducir el aislamiento social de las familias en riesgo como la ayuda instrumental que estas redes prestan a padres con carencias o necesidades especiales. Por una parte, lo que la sociedad va exigiendo cultural y socialmente acerca de lo que se considera buen trato a la infancia, deja de tener su efecto si el propio aislamiento de algunas familias las hace inaccesibles a estas pautas culturales. Por otra parte, el aislamiento social favorece el que los escenarios primarios de socialización se hagan más privados, aún, para decidir arbitrariamente lo que es bueno o malo para quienes aún no tienen la competencia para decidir por sí mismos. El maltrato y/o la negligencia son también más difíciles de detectar.

La potenciación o competencia (Albee, 1980; Costa y López, 1986, 1996) se contempla como una de las principales estrategias preventivas centrada en los individuos, sean estos niños o adultos (Cohn, 1991; Swift, 1992; Elias, 1995). El entrenamiento y la capacitación de los padres para producir cambios en el comportamiento parental es una de las estrategias preventivas más utilizadas para la prevención del maltrato físico y el abandono. Como comentaremos más adelante, los programas orientados por esta estrategia y que ofrecen servicios específicos a los padres de alto riesgo han sido evaluados

como muy efectivos (Olds, Henderson, Chamberlin y Tatelbaum, 1986; Daro, 1991; Butler, Rickel, Thomas y Hendren, 1993; MacMillan et al, 1993; Arruabarrena, y de Paúl, 1994).

Por otra parte, los programas de capacitación de niños y adolescentes se han dirigido preferentemente a proteger a los niños del acoso y ataque de otros niños (Olweus, 1992), promover comportamientos alternativos a la agresión, prevenir embarazos no deseados (Gilchrist, Schinke y Blythe, 1979; Gilchrist y Schinke, 1983; Cáceres y Escudero, 1994) y a la prevención del abuso sexual (López, 1995). Estos últimos son más bien programas de seguridad personal que proveen a los niños de instrucción y entrenamiento sobre cómo discriminar entre caricias adecuadas e inadecuadas, entre lo que es un buen y un mal secreto, a reconocer situaciones de riesgo y a protegerse y defenderse de agresiones sexuales. La capacitación para empatizar con los iguales y solucionar los problemas interpersonales, así como el desarrollo de valores como la tolerancia y el interés social por los otros deben ser adquiridos dentro del contexto del aprendizaje en la curricula de la educación infantil. Sin olvidar que la presencia de figuras de apego estables y predecibles es un componente fundamental en el desarrollo y aprendizaje de estas capacidades (Cerezo, 1995; López, 1995), los programas de capacitación de preescolares similares a los de Spivac y Shure (1974) y todos los estudios realizados en torno a lo que se ha denominado factores de resistencia («resiliency») o de protección (Rutter, 1979; Dugan y Coles, 1989; Wemer; 1989; Albee, 1992) constituyen uno de los principales focos de atención para la prevención primaria. Actualmente, conocemos la importancia de las figuras de apego competentes con capacidad de dar afecto, apoyo y establecer normas claras y coherentes de crianza, además de lo que es deseable en la crianza y educación para el desarrollo de niños competentes y no violentos.

3.2. Programas preventivos de la violencia familiar v el maltrato infantil

Los programas de prevención primaria y secundaria de la violencia familiar han estado focalizados hacia dos tipos principales de intervención por dirigirse a dos problemáticas diferentes (violencia doméstica y abuso sexual), las cuales se diferencian tanto en sus modelos explicativos como en el abordaje de la intervención (Morales et al, 1997):

a) Programas en la etapa perinatal y en la primera infancia basadas en la visita domiciliaria y el entrenamiento a padres en las pautas de crianza. Estos programas se han utilizado sobre todo para la prevención secundaria del abuso infantil y la negligencia en familias en alto riesgo psicosocial.

b) Programas educativos y de entrenamiento de habilidades de asertividad y de identificación de situaciones de abuso dirigidos a padres, niño y profesores orientados a la prevención primaria del abuso sexual.

Mientras en relación a la prevención del maltrato infantil se han encontrado evidencias sobre la eficacia de los programas perinatales tanto en la capacidad de incrementar la competencia parental como en la reducción de casos prevalen-

tes en los grupos de intervención frente a los grupos controles (MacMillan et al, 1994a; Olds, 1997; Caruso, 1997), en cambio los programas preventivos del abuso sexual todavía se mantiene cierto grado de discusión sobre su utilidad y sobre los posible efectos negativos que pueden producirse en los niños sometidos a dichos programas (Finkelhor y Dziuba- Leatherman, 1995). Por una parte, las últimas revisiones sobre estos programas únicamente han demostrado su eficacia en relación al incremento de conocimientos y habilidades preventivas transmitidas tras la realización del programa (Mac- Millan et al, 1994b). Las evaluaciones que comienzan a realizarse sobre los programas de prevención del abuso sexual (López, 1995) concluyen en señalar que los niños mayores se benefician más que los preescolares y que los programas globales y comprensivos y que son apoyados por las familias son más efectivos que los que proporcionan solo servicios específicos de instrucción y/o entrenamiento. Una reciente revisión meta-analítica ha mostrado el mayor tamaño del efecto de los programas como resultado de la intervención basada en el entrenamiento de habilidades de autoprotección, produciendo incluso un mayor mantenimiento durante el tiempo (Rispen, Aleman y Goudena, 1997). Aún desconocemos la capacidad para mantener en el tiempo dichos aprendizajes en el niño y los posibles efectos colaterales en el desarrollo sexual y el contacto físico con los otros (Taal y Edelaar, 1997), y sobre todo si tienen como resultado una disminución de casos de abuso en las poblaciones sometidas a dichos programas educativos.

3.3. Programas preventivos de la violencia entre iguales

Los programas preventivos de violencia entre los niños y las niñas están focalizados principalmente en el medio escolar dado que éste es el primer escenario de socialización entre iguales y en el cual se producen las relaciones con adultos no familiares mediatizadas por el sentido de autoridad que tiene como imagen el maestro y/o educador. El primer principio de prevención de la violencia en la escuela es la creación de un ambiente escolar caracterizado por una relación cariñosa y de apego con los niños, de intereses positivos en los aprendizajes y la limitación de las conductas en la relación con los otros (Olweus, 1992). La creación de este ambiente cálido en la escuela junto con la programación curricular de valores en los aprendizajes sociales son la base de la prevención primaria de la violencia entre iguales. Por otra parte, la vigilancia del comporta- miento entre en la relación entre los niños tanto dentro como fuera del ambiente escolar permite la prevención secundaria contra conductas violentas hacia los otros, tanto en la imposición de castigos pedagógicos ante la violación de reglas de comportamiento como la provisión de ayuda y protección a las víctimas.

4. UNA PROPUESTA PRACTICA DE APLICACION PARA LOS PROGRAMAS DE PREVENCION

4.1. Hacia un cambio en la planificación de los servicios de atención a la infancia

La implantación de programas preventivos a nivel primario y secundario plantea la necesidad de un cambio considerable en la planificación de los servicios

sociales. Dichos cambios pueden encuadrarse principalmente en dos ámbitos: el estilo de atención y la capacidad de coordinación entre los servicios de diferentes ámbitos. Los servicios que presta el sistema de atención deberían estar dirigidos activamente hacia la comunidad en vez de ser pasivos a la espera de tener una demanda específica. Los servicios pasivos solamente verían los casos más extremos de la violencia y por tanto la punta del iceberg de este fenómeno (Costa y Morales, 1997), resultando ineficaces para la prevención (Rapaport, 1977; Costa y López, 1986; Costa, 1994).

Por otra parte, la capacidad de coordinación entre los servicios de diferentes ámbitos de atención (sobre todo el social, sanitario y educativo) permite el trabajo bajo una perspectiva intersectorial capaz de comprender y evaluar a nivel individual los principales escenarios del niño y con ello, permitir la corrección de barreras socioeconómicas que pueden existir en el acceso a los servicios, garantizar el flujo de información de los servicios existentes en los sujetos más vulnerables y trabajar con las redes sociales informales y formales. Las políticas intersectoriales entre los diferentes servicios junto con planes relativos al empleo, la educación y la inserción sociolaboral, la vivienda y la exclusión social permiten el trabajo en las causas fundamentales de la violencia. La intersectorialidad debería estar bajo un concepto básico en la planificación y para ello es fundamental el diagnóstico de situación de la zona geográfica correspondiente en la intervención de programas junto con la elaboración de protocolos consensuados para su aplicación en todos los sectores.

4.2. El trabajo en el ámbito familiar y escolar: el apoyo y la competencia social

La evaluación de los programas preventivos (Olds et al, 1986; MacMillan et al, 1994; Leventhal, 1996) coinciden en señalar que la ayuda a domicilio es un servicio que suele estar presente en aquellos programas que se han destacado por ser efectivos en la prevención de la violencia. La actuación preventiva desde las etapas prenatales ayudan a los padres a cambios importantes de sus estilos de vida y preparación para la crianza de los hijos. Dichos programas estarían imbricados a nivel primario de la atención dentro de los programas de planificación familiar, de salud materno-infantil y del seguimiento del niño sano, aunque estos deben incorporar como se ha comentado anteriormente un carácter integral e intersectorial. No debemos olvidar además que estos programas deben ser estables y continuados en el tiempo con el objetivo de asegurar un reconocimiento temprano de los problemas y necesidades de la familia, proporcionar los servicios necesarios y, sobre todo, para ganarse la confianza de la familia de manera tal que no tuviera obstáculo alguno para entrar en el domicilio, siendo los procesos de influencia del visitador más efectivos.

4. A. MODO DE CONCLUSION: PERSPECTIVAS FUTURAS DE LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN LOS NIÑOS Y LOS ADOLESCENTES

Como ha sido expuesto, los principales contenidos de los programas de prevención están basados en los factores de riesgo y de protección que las investigaciones realizadas han ido poniendo en evidencia científica. La

interacción entre dichos factores es dinámica y afectará de forma diferente a cada niño según el momento evolutivo crítico de su desarrollo. Por ello, los programas de prevención tendrán que ser modificados de acuerdo con los nuevos modelos conceptuales que vayan siendo desarrollados por la investigación, al igual que necesitarán ser adaptados a las características poblacionales concretas de los niños a los que se dirijan dichos programas preventivos (Costa y Morales, 1998).

Por otra parte, muchos programas preventivos no pueden ser evaluados en relación a su eficacia y eficiencia debido fundamentalmente a la falta de recogida de información en la población de referencia sobre la variable dependiente de la violencia existente en sus diferentes ámbitos de acuerdo con los objetivos del programa preventivo. En este sentido, queda mucho por hacer en relación a la evaluación de la prevención de la violencia más aún cuando en muchos casos es necesario realizar un seguimiento de los sujetos sometidos al programa más allá del específico de la duración de éste e incluso durante todo el periodo de desarrollo de los niños hasta las primeras etapas de adultez.

A medida que se implantan diferentes programas preventivos dirigidos a los padres y a los niños, deberemos prestar atención a la necesidad de coordinar éstos con la finalidad tanto de aunar esfuerzos y recursos no sometiendo a la población a semejantes programas preventivos como de realizar acciones preventivas conjuntas desde todos los escenarios de socialización de los niños y los adolescentes. La integralidad de los programas preventivos dirigidos a una comunidad desde los servicios de salud, educativos y sociales es el principio básico para la eficiencia de éstos. Al mismo tiempo, se requiere un importante esfuerzo en incorporar dentro de la curricula académica de los profesionales de todos estos servicios objetivos para capacitarlos en la realización de estos programas y, sobre todo, en el trabajo con las familias y sus hijos.

INDICADORES PSICOLÓGICOS. MODELOS DE INTERVENCIÓN.

La detección de estos indicadores debe realizarse mediante la observación, durante la consulta, de la conducta del niño y del adulto que lo acompaña, así como valorando la calidad de la relación entre ambos; además, se debe hacer una búsqueda sistemática de información acerca de la ocurrencia de maltrato.

La obtención de esta información es compleja, no sólo por el ocultamiento y la negación de los adultos temerosos de un castigo legal o de la censura social, sino también porque el propio niño puede negar el abuso por temor, por un sentimiento de lealtad hacia su familia o porque piensa que no le van a creer. El secreto, del que participan también el niño y otros miembros de la familia, permite la manipulación de la dependencia afectiva de los niños por parte del adulto responsable.

La dificultad es aún mayor en los casos de abuso sexual, aunque a menudo es posible obtener información de manera indirecta o de testigos ajenos a la familia.

Algunos indicadores psicológicos o emocionales de maltrato están dados por lo siguiente:

- Es frecuente observar en el niño conductas de temor y retraimiento, o bien, de inquietud excesiva y apego inadecuado al profesional o técnico que presta la atención.
- Las explicaciones del adulto son generalmente vagas, minimizadoras y en abierta contradicción con los hallazgos.
- Puede observarse falta de interacción y contacto, así como una excesiva dependencia a algunas de las conductas del adulto que caracterizan al maltrato emocional: descrédito, ridiculización, descalificación, amenazas, indiferencia, o bien, rechazo explícito o implícito.
- Otros indicadores psicológicos y conductuales observados son: bajo rendimiento escolar, inasistencia a clases o retardos frecuentes, hiperactividad, agresividad, rebeldía, desorganización, o bien, se pueden identificar niños tímidos, poco comunicativos y de apariencia descuidada.