

Familia y Abuso Infantil

Resumen

El objetivo de esta investigación consistió en realizar una revisión acerca de las características familiares en cuadros de abuso infantil, describiendo factores particulares de familias de niños que atravesaron realidades de maltrato en la infancia. Para la clasificación del abuso infantil, se diferenciaron seis categorías (Salmerón Giménez, Pérez Hernández, Andreu Fernández & Calvo Rodríguez, 2007): Maltrato Físico, Síndrome de Munchausen por poderes, Maltrato emocional o psicológico, Abuso sexual, Negligencia Física y Negligencia Emocional. El conocer la ausencia de competencias, asertividad y habilidad en la crianza no busca condenar a los progenitores, sino brindar un análisis desde una mirada preventiva que aloje el desarrollo parental de estos recursos. No juzgar, sino ayudar y reparar.

Palabras clave: Maltrato infantil, familia, abuso.

Abstract

The objective of this investigation consisted in carrying out a review about the family characteristics in child abuse pictures, describing particular factors of families of children who went through realities of child abuse. For the classification of child abuse, six categories were differentiated (Salmerón Giménez, Pérez Hernández, Andreu Fernández & Calvo Rodríguez, 2007): Physical Abuse, Munchausen Syndrome by Power, Emotional or psychological abuse, Sexual Abuse, Physical Negligence and Emotional Negligence. Knowing the absence of competences, assertiveness and ability in parenting does not seek to condemn parents, but to provide an analysis from a preventive perspective that accommodates the parental development of these resources. Do not judge, but help and repair.

Keywords: Child abuse, family, abuse.

Introducción

El objetivo de esta investigación consistió en realizar una revisión acerca de las características familiares en cuadros de abuso infantil, describiendo

factores particulares de familias de niños que atravesaron realidades de maltrato en la infancia. El abuso infantil es definido por la Organización Mundial de la Salud (2010) como:

Los abusos y la desatención de que son objetos los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo, dignidad del niño o poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (Organización Mundial de la Salud, 2010, p.1).

De acuerdo con lo planteado por Arrubarrena (2011) el principal lugar donde se suele expresar el abuso infantil es dentro del hogar, de manera tal que los niños no tienen un lugar seguro donde recurrir. Quienes son comúnmente los actores del abuso infantil son familiares o cuidadores de los niños.

Al respecto, Barilari (2009) desarrolla las características de los padres o cuidadores que abusan y señala que no cuentan con competencia, asertividad y habilidad en la crianza de los menores. Adultos que no poseen el conocimiento, habilidades, disposiciones y conductas lógicas y fiables, para realizar la ardua tarea que conlleva la crianza de menores. A su vez, se creería que son adultos que no pueden expresar adecuadamente cualquier emoción, sino que en su lugar es la angustia la que queda expresada hacia el menor.

La asertividad según Wolpe (1977) es la expresión conveniente de cualquier emoción que no sea ansiedad hacia el otro individuo. Este término consiste en conocer los propios derechos y defenderlos, respetando a los demás; tiene como premisa fundamental que toda persona posee derechos básicos. Caballo (1993) define habilidad como un grupo de acciones expresadas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo acorde a la situación venerando esas conductas en los otros. La conducta se considera hábil cuando las respuestas son adecuadas o apropiadas para una situación particular y logra objetivos concretos. En este trabajo se tomará el término habilidad con respecto a la crianza (Barilari, 2009).

A pesar de lo difícil que es llegar a un consenso a la hora de clasificar el abuso infantil, es loable diferenciar cinco categorías (Salmerón Giménez, Pérez Hernández, Andreu Fernández & Calvo Rodríguez, 2007): maltrato

físico, síndrome de Munchausen por poderes, maltrato emocional o psicológico, abuso sexual y negligencia física y emocional. A su vez, se podría agrupar las primeras cuatro categorías en abuso infantil intrafamiliar activo, y las últimas, como abuso infantil intrafamiliar pasivo.

Objetivo

El objetivo general de este trabajo fue describir qué características familiares se encuentran en cada tipología de abuso infantil.

Metodología

Se llevó un estudio de revisión (Montero y León, 2011) valiéndose como fuente de información primaria libros, revistas científicas y tesis. Como fuente de información secundaria, se utilizaron diversas bases de datos como Google Académico, Scielo, Ebsco, Redalyc, entre otras. Los términos y palabras clave empleados en la búsqueda fueron abuso infantil, maltrato infantil, características familiares, prevención, abuso sexual, maltrato psicológico, maltrato físico, maltrato emocional, desatención infantil, negligencia, negligencia física, negligencia emocional, explotación infantil, prevención, síndrome de Munchausen por poderes.

Familia

Anderson y Carter (1994) caracterizan a la familia como un holón, que posee las características de un sistema social, pero que a la vez se puede diferenciar de los otros sistemas gracias a sus objetivos, funciones, clima y sentimientos. La familia es quien brinda la oportunidad de una interacción social íntima a todos sus miembros y es por otro lado, la base de la seguridad personal. La comunicación en la familia es en extremo sutil y compleja a causa de las diversas funciones que cumple.

Así mismo, Anderson y Carter (1994) se refieren a unas de las funciones troncales de toda familia, la adaptación, en donde se considera a la familia como un sistema de ajustes a los cambios sociales, ya que posee esencialmente la capacidad de modificar su estructura y sus funciones a fin de adaptarse a los cambios del entorno. La familia se mantiene gracias al

intercambio de energía de sus componentes e intercambia energías con los sistemas significantes del entorno. Entonces, una familia se adapta mal cuando no puede ajustarse a las cambiantes demandas de sus miembros y del entorno.

Al respecto, Rodrigo y Palacios (1998) señalan que, los valores que las personas asumen y que guían su conducta social dependen de un verdadero proceso de aprendizaje, dado que se aprenden desde muy temprano en la interacción con los otros. La familia es el primer y más importante contexto socioeducativo de valores, puesto que es el primer núcleo de convivencia y el referente más importante para sus integrantes. De ahí que, la construcción de valores en la familia requiere tener en cuenta el papel activo que tienen los hijos para asumir o no los valores de los padres.

La familia se postula a modo de la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros que debe presentarse a la sociedad y posibilitar la continuidad de la cultura (Losada, 2015). La heterogeneidad familiar posibilita percibir estas características familiares en transformación, tener la apertura para el ingreso y egreso de miembros y aceptar la aparición de las nuevas tecnologías de la comunicación en los grupos familiares. Los valores sobre si está bien o mal, si esto es bueno o malo, se topan encauzados a través del momento histórico del que se proviene y de las dificultades para aceptar los cambios. Losada (2015) expresa que la plasticidad familiar es la capacidad para consentir los cambios familiares, y más aún, disfrutar de ellos como aire fresco. Heterogeneidad familiar y plasticidad familiar se postulan como constructos en desarrollo ante la premura de consentir y fortalecer grupos familiares.

La competencia parental es una manera de nombrar las capacidades prácticas que tienen los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, asegurándoles un desarrollo suficientemente sano (Cáceres Rivas, 2012). Por otro lado, Barilari (2009) define la competencia como el conjunto de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que tiene una persona, que le permite la realización exitosa de una actividad. La competencia parental es parte de la parentalidad social, que se diferencia de la parentalidad biológica, que es la capacidad de procrear. La mayoría de los padres pueden asumir la parentalidad social como un continuo de la parentalidad biológica.

De esta forma, los hijos son cuidados, educados y protegidos por sus padres. Sin embargo, algunos padres si bien tuvieron la capacidad biológica para tener hijos, no han podido desarrollar las capacidades para ejercer la

parentalidad social adecuadamente. Las causas de estas incompetencias se encuentran tanto en las historias personales, como familiares y sociales de estos padres. En la mayoría de los casos encontramos antecedentes de malos tratos infantiles, desprotección, institucionalización, pérdidas y rupturas, antecedentes de enfermedad mental de uno o de ambos padres, pobreza y exclusión social (Cáceres Rivas, 2012).

Los componentes para evaluar la parentalidad son: a) **Las capacidades parentales fundamentales**: son el conjunto de facultades cuyo origen está determinado por factores biológicos y hereditarios, que son modulados por las experiencias vitales y son influenciados por la cultura y los contextos sociales. b) **La capacidad de apegarse a sus hijos**: son los recursos emotivos, cognitivos y conductuales que los padres poseen para apegarse a sus hijos. c) **La empatía**: es la capacidad de captar las vivencias internas de sus hijos por medio de la comprensión de sus expresiones emocionales y gestuales por las cuales demuestran sus necesidades, y de este modo, poder responder adecuadamente a sus necesidades. d) **Los modelos de crianza**: es poder saber responder adecuadamente a las demandas de cuidado de los hijos, como también protegerlo y educarlo. e) **La capacidad de participar en redes sociales y de utilizar los recursos comunitarios**: comprende la capacidad de pedir, aportar y recibir colaboración de sus redes de familiares, instituciones y profesionales que tienen el mandato de promover la salud y el bienestar infantil. f) **Las habilidades parentales**: tiene que ver con la plasticidad de las madres y padres, que les posibilita dar una respuesta adecuada y pertinente frente a las necesidades de su hijo, de manera singular a la etapa del desarrollo que se encuentra. Esta plasticidad está basada en las experiencias adecuadas del contexto social (Cáceres Rivas, 2012).

Por otra parte, **la asertividad** es definida por Caballo (1993) como la expresión adecuada de cualquier emoción que no sea ansiedad hacia la otra persona. Este término consiste en conocer los propios derechos y defenderlos, respetando a los demás; tiene como premisa fundamental que toda persona posee derechos básicos (Barilari, 2009). De igual manera, Caballo (1993) sostiene que la asertividad: 1) Es una característica de la conducta, no de la persona, 2) Es una característica específica a la persona y a la situación, no es universal, 3) Debe contemplarse en el contexto cultural de un individuo, así como en términos de otras variables situacionales, 4) Está basada en la capacidad de un individuo de elegir libremente su accionar, 5) Es una

característica de la conducta socialmente efectiva, no dañina. Es característico en las personas asertivas que suelen defenderse bien en sus relaciones interpersonales. Está satisfecho de su vida social y tiene confianza en sí mismo para cambiar cuando necesite hacerlo. El individuo asertivo es expresivo, espontáneo, seguro, y es capaz de influenciar y guiar a los otros. Pero fundamentalmente, la persona que actúa asertivamente tiene la posibilidad de darse cuenta respecto de sí mismo como del contexto que lo rodea. Tiene la capacidad de conocer las probables consecuencias de una conducta en particular en un lugar determinado, y tomar la responsabilidad si decide actuar de esa conducta (Caballo, 1993).

Referente a **la habilidad** es definida por Caballo (1993) como grupo de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que verbaliza sus los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos, de un modo apropiado a la situación respetando esas conductas en los demás. La conducta se considera hábil cuando las respuestas son adecuadas o apropiadas para una situación particular y logra objetivos concretos. En este trabajo se tomará el término habilidad con respecto a la crianza (Barilari, 2009).

Abuso Infantil

El maltrato infantil es un fenómeno que surge con el hombre siendo tan antiguo como la humanidad misma. Es un fenómeno universal que no tiene límites culturales, sociales, ideológicos ni geográficos; no existe país ni comunidad que escape a él y se presenta tanto en países industrializados como en aquellos en vías de desarrollo. Entonces es un fenómeno que no entiende de carencia ni de opulencia, sino que es una enfermedad de la sociedad (Herrera Basto, 1999; Massa & Alvarez, 2009; Tavira, Sánchez Ahedo & Herrera-Basto, 1998).

Massa y Alvarez (2009) coinciden en que el maltrato en la infancia abarca desde el niño golpeado hasta las violencias psicológicas y el abuso sexual, junto con la negligencia en la atención a las necesidades para un crecimiento y desarrollo adecuados. A lo que otros autores agregan que la relación de abuso se refiere a un desequilibrio de poder y esto incluye conductas de una de las partes que, por acción u omisión, ocasionan daño físico o psicológico a otro miembro de la relación (Seldes, Ziporovich, Viota & Leiva, 2008).

Desde hace siglos, el maltrato de los menores ha sido consignado en la literatura, el arte y la ciencia en muchas partes del mundo. Los informes sobre infanticidio, mutilaciones, desamparo y otras formas de violencia contra los niños se remontan a las civilizaciones más antiguas. En los registros históricos también abundan los casos de niños descuidados, débiles y malnutridos, echados del hogar por su familia para que se valieran por sí mismos, y de niños que han sufrido abuso sexual (Krug, Dahlberg, Mercy, Zivi & Lozano, 2003).

La agresión ha sido justificada de diversas maneras, se ha sacrificado a los niños para agradar a los dioses o mejorar la especie, o también como una forma de imponer disciplina (Tavira, Sánchez-Ahedo & Herrera-Basto, 1998). Mitos, leyendas y descripciones literarias refieren a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores. En la mitología se relata que Saturno devora a su progenitor. En la Biblia se relata el caso de Abraham, quien estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac, así como la matanza de los inocentes ordenada por Herodes. El Códice Mendocino describe diversos tipos de castigos que se imponían a los menores como pincharlos con púas de maguey, hacerlos aspirar humo de chile quemado, dejarlos sin comer, quemarles el pelo, largas jornadas de trabajo, entre otros castigos (Tavira, Sánchez-Ahedo & Herrera-Basto, 1998). A lo que Herrera Basto (1999) agrega que en épocas pasadas el padre era considerado como el dueño y no como el protector de su hijo, ya que ejercía un poder absoluto sobre él.

El cambio de actitud social ante el maltrato se ha traducido en una modificación del ordenamiento jurídico, en la aceptación social de que no existen razones educativas ni de otro tipo que justifiquen la violencia hacia la infancia y en la comprensión de las consecuencias negativas que sobre el niño tiene el maltrato, tanto desde la perspectiva clínica como de costes sociosanitarios (Massa & Alvarez, 2009).

El problema no recibió gran atención por parte de los profesionales de la medicina o el público general hasta 1962, con la publicación de un trabajo de gran trascendencia, *El síndrome del niño golpeado*. Se acuñó el término síndrome del niño golpeado para caracterizar las manifestaciones clínicas del maltrato físico grave en los niños pequeños. Todo enfoque integral del maltrato de menores debe tener en cuenta las diversas normas y expectativas del comportamiento de los padres en las distintas culturas del mundo. Conviene recordar que la cultura es el acervo común de creencias y

comportamientos de una sociedad y sus ideas acerca de cómo deben conducirse las personas. Entre esas ideas están las que definen qué actos omitidos o cometidos podrían constituir maltrato y descuido (Krug, Dahlberg, Mercy, Zivi & Lozano, 2003; Massa & Álvarez, 2009; Tavira, Sánchez-Ahedo & Herrera-Basto, 1998).

Las diferentes culturas tienen reglas distintas acerca de cuáles prácticas de crianza son aceptables. Krug, Dahlberg, Mercy, Zivi & Lozan (2003), Massa & Alvarez (2009) y Tavira, Sánchez Ahedo & Herrera Basto (1998) han señalado que los criterios sobre la crianza de los niños en diversas culturas quizá diverjan a tal grado que resulte sumamente difícil alcanzar un consenso sobre qué prácticas implican maltrato o descuido.

Características familiares y Maltrato Infantil Intrafamiliar Activo

En el maltrato físico el agresor se muestra como incapaz de controlar sus impulsos, enojado la mayor parte del tiempo, al más mínimo estímulo responde con agresión física. Se trata de personas muy frustradas, con grandes montos de hostilidad dirigida a terceros, alto potencial de agresión, antecedentes de haber sido maltratados en su niñez (Santana-Tavira, Sánchez-Ahedo & Herrera-Basto, 1998). A lo que Salmerón Giménez, Pérez Hernández, Andreu Fernández y Calvo Rodríguez (2008), agregan que son personas que utilizan una disciplina severa, inapropiada para la edad y problema de conducta del niño; son padres que no se preocupan por el niño; perciben al niño de manera negativa creyendo que son malos, perversos; personas que consumen de manera abusiva alcohol u otras drogas.

El perfil de los padres en cuanto al *Síndrome de Munchausen por poderes*, se trata de progenitores que se exhiben como altamente colaborativos hacia los profesionales, aunque ésta actitud se modifica cuando se descartan causas orgánicas de enfermedad. La mayoría son madres, quienes tienen alguna experiencia o cercanía con el área de la salud y padres que usualmente no saben de la existencia de la supuesta enfermedad o están muy poco involucrados en el cuidado del niño. Las madres, extremadamente atentas a las necesidades del niño, que se hacen cargo de estas necesidades en una proporción mucho mayor a la de una mamá promedio. Son madres que tienden a discutir la enfermedad del niño

de una manera que denota gran conocimiento. Muestran un afecto inapropiado cuando se les da información sobre la enfermedad del niño o cuando se discuten técnicas invasivas. Postulan conductas de colaboración a las enfermeras en sus tareas cotidianas o acompañar a los médicos en sus turnos o a comer. Los padres de estos niños suelen estar menos presentes en el cuidado de sus hijos y frecuentemente tienen trabajo lejos de la familia por largos períodos de tiempo. Se ha observado que las relaciones maritales son pobres.

En cuanto al perfil de los niños, un patrón que frecuentemente se ha descrito en *el síndrome de Munchausen* por poder es que los niños, al hacerse mayores se vuelven colaboradores de los padres al adoptar el rol del niño enfermo. Pasivamente aprenden a tolerar los procedimientos médicos. Se ha descrito tanto el comportamiento hipocondríaco de estos niños más adelante en sus vidas, como el antecedente personal de convertirse en perpetuadores de un *síndrome de Munchausen* por poder con sus propios hijos (Cujiño, Dávila, Sarmiento, Villarreal & Chaskel, 2012; Espinosa Brito, Figueiras Ramos, Mendilahaxón López & Espinosa Roca, 2000).

A la vez, en el Maltrato emocional o psicológico, el cuidador renuncia a su rol parental, presentando inaccesibilidad, carencia de disponibilidad para el niño, falta de respuesta a las conductas sociales de los niños, de atención, de dedicación, de participación en las actividades diarias del niño. Insulta o desaprueba constantemente al niño. Culpa o desprecia al niño. Es frío o rechazante. Niega amor. Trata de manera desigual a los hermanos. Parece no preocupado por los problemas del niño. Exige al niño por encima de sus capacidades físicas, intelectuales, psíquicas. Tolera absolutamente todos los comportamientos del niño, sin ponerle límite alguno. O por lo contrario, es muy poco tolerante. En cuanto a características generales, son padres o cuidadores que tienden a la depresión. Presentan problemas con el consumo de alcohol y drogas (Salmerón Giménez, Pérez Hernández, Andreu Fernández & Calvo Rodríguez, 2008; Santana-Tavira, Sánchez-Ahedo & Herrera-Basto, 1998).

Según Pedreira Massa y Marín Álvarez (2009), otras actitudes de los adultos que son responsables de la crianza del niño y que se pueden evidenciar en la consulta son: rechazo verbal, menosprecio y desvalorización, relaciones basadas en el temor o disciplina severa.

Exigencias excesivas e inadecuadas a la etapa evolutiva y/o a las características individuales del niño.

De manera análoga, en el Abuso Sexual infantil, los cuidadores de los niños que son abusados pueden mostrarse extremadamente protectores o celosos del niño. Aunque de modo contrario, pueden alentar al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador. Experimenta dificultades en su matrimonio. En algunos casos se presentan conductas de abuso de drogas o alcohol (Salmerón Giménez, Pérez Hernández, Andreu Fernández & Calvo Rodríguez, 2008). Por otro lado, Santana Tavita. Sánchez Ahedo y Herrera-Basto (1998), agregan características particulares como: impiden amistades con el menor del sexo opuesto. Por lo general son cuidadores, tienden al aislamiento y no se auto-reconocen como maltratadores.

Características familiares y Maltrato Infantil Intrafamiliar Pasivo

En los casos de **Negligencia Física** pueden observarse en los agresores apatía, desinterés, viendo al niño como una carga. Ejercen poca supervisión y vigilancia en sus hijos. Se presenta despreocupación sobre las enfermedades de sus hijos y por su prevención, como el incumplimiento del calendario de vacunación. Pueden presentar problemas en sus relaciones de pareja, problemas económicos, una vida en el hogar caótica, abuso de drogas o alcohol, o padecimientos de enfermedad crónica (Salmerón Giménez, Pérez Hernández, Andreu Fernández & Calvo Rodríguez, 2008; Santa-Tavira, Sánchez-Ahedo & Herrera-Basto, 1998).

En la **Negligencia Emocional** los agresores renuncian a su rol parental, presentándose inaccesibles, no disponibles para el niño. Muestran faltas de respuesta a las conductas sociales de los niños, de participación en las actividades diarias del niño, de respuestas por parte de los padres o cuidadores a la proximidad e interacción iniciadas por el niño, privación afectiva y de iniciativa de interacción y contacto por parte de una figura estable. No atienden las necesidades afectivas del niño, como el cariño, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección, rol en la familia, autoestima. Insultan o desaprueban constantemente al niño. Culpan o desprecian al niño. Ignoran, privan al niño de la estimulación necesaria limitando su crecimiento emocional y su desarrollo intelectual. Aíslan al

niño de oportunidades para entablar relaciones sociales. Son padres fríos o rechazantes, que niegan amor. Tratan de manera desigual a los hermanos. Parecen no mostrarse preocupados por los problemas del niño. Exigen al niño por encima de sus capacidades físicas, intelectuales, psíquicas y a la vez toleran absolutamente todos los comportamientos del niño, sin ponerle límite alguno (Salmerón Giménez, Pérez Hernández, Andreu Fernández & Calvo Rodríguez, 2008).

Las consecuencias de la negligencia emocional en la salud de los niños implican tanto aspectos emocionales como comportamentales, del tipo de baja autoestima, hiperactividad, traumatismos auto infligidos, relaciones entre iguales deficitarias, trastornos somato formes, bajo rendimiento escolar, trastornos de la conducta alimentaria, depresión, ansiedad, toxico dependencias (Pedreira Massa & Martín Alvarez, 2009).

Tipología del Maltrato Infantil Intrafamiliar activo

Maltrato Físico

Pedreira Massa y Martín Alvarez (2009) definen el maltrato infantil como cualquier acción no accidental que provoque daño físico y/o enfermedad en el niño. Salmerón Giménez, Pérez Hernández, Andreu Fernández y Calvo Rodríguez (2008) exponen que el maltrato físico es considerado como toda acción de carácter físico voluntariamente realizada que provoque o potencialmente pueda provocar lesiones físicas en el menor. El uso del castigo físico como disciplina habitual, como golpear o dar palizas al niño, a causa de la falta de control o por reacciones de ira de los cuidadores; también que el niño se encuentre con una mala alimentación, mal vestido, sin higienizar; que no sea atendido médicamente cuando es necesario, que no reciba las medidas de seguridad correspondientes, o de educación entre otras carencias. Así mismo, Calzada Reyes (2004) refiere a la violencia física en relación con el uso de la fuerza humana para el deterioro de las condiciones de otro ser, objeto o sí mismo. Esto entonces abarca golpes, cachetadas, empujones, patadas, heridas de fuego, entre otras acciones de fuerza humana.

Sobre los indicadores de maltrato en niños que propone Herrera Basto (1999) se desprenden una serie de indicadores que presentan los

niños víctimas del maltrato físico, en donde se pueden observar contusiones, moretones, inflamación –eritemas-, laceraciones, quemaduras, fracturas, deformidades; signos de intoxicación o envenenamiento, como también, signos de traumatismo craneal con daño visceral; marcas de objetos utilizados para agredir como cinturones, zapatos, cadenas y planchas. Estas lesiones, que generalmente son múltiples, no están ubicadas en el rango de lo común para un menor, tanto por su localización poco habitual como por su mayor frecuencia e intensidad o porque se trata de lesiones aparentemente inexplicables o que no concuerdan con las explicaciones dadas por los padres o el niño. En los casos del maltrato crónico, las lesiones antes mencionadas se presentan con cicatrices, deformidades óseas por fracturas antiguas o con secuelas neurológicas o sensoriales.

En la misma línea, Salmerón Giménez, Pérez Hernández, Andreu Fernández y Calvo Rodríguez (2008) realizan una descripción de los indicadores en el niño víctima del maltrato físico, postulando:

- Hematomas en el rostro labios o boca en diferentes fases de cicatrización, en el torso, espalda.
- Quemaduras de puros o cigarrillos, que se pueden observar en distintas partes del cuerpo como ser manos, pies, nalgas; en los genitales como consecuencia de inmersión en un líquido caliente; quemaduras en las extremidades del cuerpo, cuello o torso provocadas por haber sido sometido a estar atado fuertemente con cuerdas o cadenas; quemaduras provocadas por objetos claramente definidos como ser parrillas, planchas, entre otros objetos.
- Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula; fracturas ocasionadas por una fuerte torsión de las extremidades son llamadas fracturas en espiral; fracturas múltiples; cualquier tipo de fractura en menores de dos años.
- Lesiones abdominales como ser hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos constantes.
- Mordeduras de un adulto.
- Intoxicaciones por ingesta de sustancias químicas, como medicamentos.

- Cortes o pinchazos.
- Lesiones por asfixia o ahogamiento.
- Padres despreocupados ante la gravedad de las lesiones de sus hijos (Pedreira Massa & Martín Álvarez, 2009).

En el ámbito escolar es frecuente la inasistencia y el bajo rendimiento. Autores como Pedreira Massa y Martín Álvarez (2009), quienes hablan de las actitudes del niño que nos estaría hablando de un contexto maltratante, indican como elementos a tener en cuenta la ansiedad excesiva cuando los especialistas hablan con ellos, o los exploran en los hospitales. Así mismo, pasividad inadecuada para la edad que tienen y atención extrema. Su conducta y/o su forma de jugar son de forma agresiva, con excesiva actividad. Y podemos observar proximidad o distancia inhabitual entre padres e hijos.

Síndrome de *Munchausen* por poderes

Cujiño, Dávila, Sarmiento, Villarreal y Chaskel, (2012) describen al síndrome de *Munchausen* por poder como la fabricación de síntomas sobre otra persona de tal intensidad que logran que el personal médico les crea. El personal médico, entonces, somete a los enfermos a pruebas, hospitalizaciones, a un sin fin de procedimientos e incluso intervenciones quirúrgicas; es decir, que son vistos en realidad como personas enfermas estando sanas físicamente. Pedreira Massa y Martín Álvarez, (2009) agregan a esta descripción del Síndrome de *Munchausen* por poderes que debe ser definido como una forma de maltrato físico, debido a la inducción o simulación de síntomas, la mayoría de las veces evocadas de patologías graves. Se inicia la sospecha ante: síntomas y signos que no se explican por los cuadros clínicos y pruebas habituales. Síntomas y signos que solo ve la persona que cuida del niño o que sólo aparecen cuando el niño está en casa o en el camino de casa al hospital. Y la demanda excesiva de pruebas complementarias sin base clínica ni preocupaciones por las consecuencias de éstas para el niño. La Dra. Calzada Reyes (2004), cuando define el Síndrome de *Munchausen* por poderes, lo hace alertando que suelen ser los padres o tutores los que someten al niño a continuos ingresos y a un sin fin

de exámenes médicos, declarando síntomas físicos patológicos ficticios o generados de manera intencional por el adulto.

Quien introduce el término de Síndrome de *Munchausen* es Ascher en 1951 y lo hace para referirse a aquellos pacientes que inventaban historias clínicas con síntomas ficticios y hasta absurdas evidencias sobre enfermedades. Se exponen a diversas investigaciones médicas, intervenciones quirúrgicas y tratamientos sin necesidad, y en ocasiones, son riesgosas para la vida de los enfermos. Ascher se inspiró en el personaje de Barón *Karl Friedrich Hieron y mus Von Munchausen* (1720-1797), un soldado germano, aventurero, notorio por los relatos absurdamente exagerados y fantasiosos de sus hazañas (Espinosa Brito, Figueiras Ramos, Mendilahaxon López & Espinosa Roca, 2000).

Pero la descripción del síndrome fue recién en 1982 por un médico inglés, Roy Meadow, profesor de Pediatría en Leeds. Él describió el síndrome de *Münchhausen* por poderes en 19 niños cuyas madres inventaron historias clínicas y simularon signos, de modo de provocar investigaciones médicas innecesarias, internaciones hospitalarias y tratamientos cuya duración varió entre pocos meses y 4 años. Meadow interpretó a este síndrome como una forma de maltrato y no como un trastorno del perpetrador (Domínguez, 2011).

Meadow propuso diversos **criterios esenciales para facilitar su diagnóstico**. El **primer criterio** es la presencia de signos o síntomas físicos o psicológicos producidos o inventados por los padres o cuidador. El **segundo criterio** es la negación del responsable de la invención o de la producción de los hechos. El **tercer criterio** es la ausencia de los signos o síntomas cuando el niño es separado de sus padres o cuidador. **Cuarto, y último criterio** es la necesidad del responsable de generar en el niño el rol de enfermo o de realizar este comportamiento con el fin de llamar la atención (Cujiño, Dávila, Sarmiento, Villarreal & Chaskel, 2012).

Cujiño et.al (2012) plantean que el problema más relevante que se encuentra en este síndrome es que no posee una presentación clínica típica que pueda guiar a los médicos a una sospecha diagnóstica y a una remisión rápida y oportuna derivación. Entonces **los signos de alarma** a los que debe estar atento el personal médico, que hacen sospechar un síndrome de *Munchausen* por poder son: Enfermedad persistente o recurrente que no puede ser explicada adecuadamente con una base médica; Signos y

síntomas que aparecen en la presencia del cuidador y desaparecen en su ausencia; Madre sobre comprometida con la atención del paciente y siempre presente en el hospital; Caso que se describe como un trastorno raro, que nunca se habían visto antes; Ausencia de respuesta a tratamientos adecuados; Divergencia entre la historia, los hallazgos clínicos y el buen estado del niño; Madre menos preocupada que el personal médico acerca de la enfermedad del paciente; Familias con antecedentes de muertes infantiles inexplicadas; Cuidador con experiencia o entrenamiento en el campo de la salud; Historia psiquiátrica de la madre; Conducta extraña de la madre en el hospital y Gran cantidad de exámenes paraclínicos realizados y dentro de límites normales. Por todo esto, para establecer el diagnóstico se requiere de la evaluación de la historia clínica del paciente tanto actual como antigua, comunicación clara entre los profesionales de la salud involucrados en el cuidado del niño y una aproximación multidisciplinaria (Cujiño, Dávila, Sarmiento, Villarreal & Chaskel, 2012).

Las consecuencias a largo plazo son tan serias para el niño afectado y potencialmente para los otros niños de la casa. Por este motivo, es que se ha considerado en varias oportunidades el uso de videocámaras para vigilar al paciente. Se debe hacerse con consentimiento legal de los padres, los cuales usualmente se niegan a hacerlo. La tasa de mortalidad de los niños diagnosticados con síndrome de *Munchausen* por poder es de 9%. Las causas más frecuentes de muerte son sofocación y envenenamiento. En aquellos pacientes que no habían sufrido previamente heridas físicas y fueron devueltos a sus familias, se encontró evidencia de maltrato subsecuente en 17% a los 2 años de seguimiento.

Tras la muerte del primer niño abusado puede iniciarse el síndrome en otro de los niños de la casa. Es importante reconocer la psicopatología del cuidador sobre preocupado y que hace daño directamente, pues de esto depende el nivel de intervención que habrá de realizarse. Entonces por todo lo anterior expuesto, se hace necesario y pertinente que el personal que tiene en sus manos el cuidado de los niños como el pediatra, psiquiatra y psicólogo infantil, aprenda a sospechar, diagnosticar, seguir y tratar pacientes con síndrome de *Munchausen* por poder (Cujiño, Dávila, Sarmiento, Villarreal & Chaskel, 2012).

Maltrato emocional o psicológico

El maltrato psicológico comprende aquellas situaciones en donde se halla un comportamiento inadecuado de los adultos que ha provocado o pueda llegar a provocar un daño significativo en el niño (Arruabarrena, 2011). A lo que los autores Pedreira Massa y Marín Alvarez (2009) agregan que, el maltrato psicológico comprende conductas de hostilidad verbal crónica como insultos, burlas, desprecio, crítica, amenaza de abandono y bloqueo persistente de las iniciativas de interacción infantiles que pueden ser desde la evitación, hasta el encierro o confinamiento.

Calzada Reyes (2004) amplía la definición diciendo que el maltrato emocional incluye todos los actos en los que una persona lastima psicológica o emocionalmente a otra, por medio de desprecios, agresiones, insultos, mentiras, no respeto a la privacidad, a sus creencias e ideas, comentarios sarcásticos y burlas que exponen a la víctima al público. Son los factores culturales los que influyen poderosamente en las modalidades no físicas que los padres y tutores eligen para disciplinar a los niños, algunas de las cuales pueden ser consideradas psíquicamente nocivas por personas de otros ambientes culturales (Krug, Dahlberg, Mercy, Zivi & Lozano, 2003).

Por otra parte, Santana-Tavira, Sánchez- Ahedo y Herrera-Basto (1998) hacen una diferenciación entre el maltrato emocional y psicológico. **El Maltrato emocional**, es la respuesta emocional inapropiada, repetitiva y sostenida a la expresión de emoción del niño y su conducta acompañante, siendo causa de dolor emocional; por ejemplo, miedo, humillación, ansiedad, desesperación, entre otras, lo cual inhibe la espontaneidad de sentimientos positivos y adecuados, ocasionando deterioro de la habilidad para percibir, comprender, regular, modular, experimentar y expresar apropiadamente las emociones produciendo efectos desfavorables en su desarrollo y vida social.

El Maltrato psicológico es la conducta sostenida, repetitiva, persistente e inapropiada, como violencia doméstica, insultos, actitud impredecible, mentiras, decepciones, explotación, maltrato sexual, negligencia y otras conductas, que dañan o reducen sustancialmente tanto el potencial creativo, como el desarrollo de facultades y procesos mentales del niño como la inteligencia, memoria, reconocimiento, percepción,

atención, imaginación y moral, que lo imposibilita a entender y manejar su medio ambiente, lo confunde y/o atemoriza haciéndolo más vulnerable e inseguro, afectando adversamente su educación, bienestar general y vida social. En el maltrato psicológico, la sintomatología de alarma o sospecha no es exclusiva del maltrato en la infancia, pudiendo estar relacionada con otras causas, individuales o sociales, como los trastornos mentales o madurativos de causa especificada (Pedreira Massa & Marín Alvarez, 2009).

Los signos clínicos de sospecha o alarma del maltrato psicológico en la infancia pueden ser: Indicadores físicos en el niño: Retraso en el desarrollo físico, talla y miembros cortos, cráneo y cara mayores con relación a su edad, piel fría y sucia, delgadez y desnutrición, cabellos frágiles con placas de alopecia. A su vez, los indicadores comportamentales en el niño se postulan como el retraso en el desarrollo emocional e intelectual, desconfianza hacia el adulto, inhibición del juego, paradójica reacción de adaptación a personas desconocidas, retraso en la maduración psicomotora (Pedreira Massa & Marín Alvarez, 2009; Salmerón Giménez, Pérez Hernández, Andreu Fernández & Calvo Rodríguez, 2008).

Herrera Basto (1999) suma a estos indicadores algunos otros indicadores psicológicos o emocionales como las explicaciones del adulto 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, como el descrédito, ridiculización, descalificación, amenazas, indiferencia, o bien, rechazo explícito o implícito.

Abuso sexual infantil

Pedreira Massa y Martín Alvarez (2009) definen el abuso sexual infantil como actividades sexuales de cualquier tipo, como por ejemplo, sodomía, exposición visual, sexo oral, toqueteos, conversaciones, insinuaciones, comercio sexual, con un niño menor de 18 años, por parte de un adulto, que puede ser o no de la familia, pero que representa una figura de autoridad para el niño. Se incluye la excitación y/o satisfacción

sexual de esa figura adulta. A esto Losada (2012) agrega que el abuso sexual infantil es la utilización por parte de un adulto de un menor. Lo hace sin el consentimiento de éste, y lo realiza por el uso de la fuerza o por no entender en su totalidad el acto al cual ha sido sometido por su inmadurez psicofísica o por su nivel de comprensión.

El abuso sexual infantil es una problemática social, por un lado por la gran cantidad de casos y, por otro lado, por ser una forma de maltrato infantil. Las víctimas suelen ser más frecuentemente mujeres, en un 58,9%, que hombres, que representan un 40,1% y situarse en una franja de edad entre los 6 y 12 años, si bien con una mayor proximidad a la pubertad. Hay un mayor número de niñas en el abuso intrafamiliar, con una edad de inicio anterior de 7-8 años, y un mayor número de niños en el abuso extrafamiliar, con una edad de inicio posterior de 11-12 años.

Por otra parte, los niños con mayor riesgo de victimización son aquellos con una capacidad reducida para resistirse o revelarlo, como los que todavía no hablan y los que muestran retrasos del desarrollo y discapacidades físicas y psíquicas. También, son sujetos de alto riesgo los niños que se encuentran sin el afecto en la familia, que pueden inicialmente sentirse halagados por la atención de la que son objeto, al margen de que este placer con el tiempo acabe produciendo en ellos un profundo sentimiento de culpa (Echeburúa & de Corral, 2006).

Losada (2011) describe **las cinco instancias** que se incluyen en el **síndrome de acomodación al abuso sexual** desarrolladas por Summit:

1. **Secreto:** ocurre frecuentemente que el agresor presione a la víctima para que esta mantenga en secreto el abuso sexual. El secreto se impone por la manipulación emocional, las amenazas y los sentimientos de culpabilidad. Es el agresor quien persuade a su víctima convenciéndola de que tiene el poder para destruir a su familia y es la responsable de mantenerla unida. Todo el mal que le produce este secreto a la víctima hace que no pueda construir vínculos profundos con otras personas. Esto la lleva a aislarse y haciendo cada vez más grande el sentimiento de culpa y vergüenza. El niño mantiene el secreto a pesar de vivir la relación como peligrosa e incorrecta.

2. **Desprotección o Indefensión:** la educación que reciben los niños en la infancia lleva a que los menores eviten a las personas desconocidas y que obedezcan, sean amables y cariñosos con las personas

cercanas, conocidas, esto constituye un factor de riesgo para el abuso sexual infantil, y a su vez para el sentimiento de desprotección de la víctima, ya que si un adulto de su entorno lo somete al abuso sexual el menor se sentirá traicionado en su confianza y sin protección alguna. El menor frente a esta situación se encuentra totalmente indefenso frente al abusador.

3. **Atrapamiento y adaptación:** el abuso sexual infantil intrafamiliar es una experiencia que ocurre periódicamente, que se produce más de una vez. Dado que para la víctima es casi imposible poder frenar el abuso sexual, tiende a adaptarse a la situación abusiva como método de supervivencia.

4. **Develamiento tardío:** es una fase de revelación tardía, conflictiva y no convincente. La víctima que se mantuvo en silencio mucho tiempo, puede comenzar a hablar y, cuando lo hace, duda del relato. Se le cuestiona el hecho de no haber hablado antes, se lo acusa de que son fantasías, entre otras cosas. Por este motivo, hay una gran cantidad de casos de abuso sexual infantil que nunca se han descubierto.

5. **Retractación:** es usual que la víctima se retracte de lo dicho, dado que no reciben el apoyo correcto luego de la revelación del hecho, tanto porque no le creyeron o porque no se tomaron las medidas específicas para anular los sentimientos de culpa, vergüenza y hasta detener el abuso sexual (Losada, 2011).

El abuso sexual infantil tiene lugar, la mayoría de las veces, en el hogar del niño o bien en lugares que son familiares para él, y los abusadores suelen ser familiares, amigos o del círculo de confianza del niño. Es en el inicio del síndrome de acomodación al abuso sexual, donde se pueden ver en los niños víctimas de abuso sexual desórdenes disociativos, en donde hay una disminución de su interés por el colegio, los amigos, las tareas de todos los días. El abuso sexual infantil se muestra en forma arrasadora en un Yo débil, en donde se ve un niño en estado de letargo de sus emociones con grandes miedos al contacto, rechazo y un gran monto de angustia que está unido a la culpa. Si el abuso sexual infantil continúa y/o el síndrome de acomodación al abuso sexual cumple con sus cinco instancias, se presentan en el niño trastornos en el sueño, trastornos alimentarios, depresiones severas con ideaciones y/o intentos suicidas, patología en la alimentación como anorexia o bulimia y trastornos

esfinterianos, como encopresis y enuresis. Frente al abuso sexual infantil el Yo se defiende por medio del mecanismo de disociación (Losada, 2009).

En sintonía con esta tipología de maltrato, los indicadores en la esfera sexual se ubican en el orden del rechazo de las caricias, de los besos y del contacto físico. Pueden manifestarse conductas seductoras, especialmente en niñas, precoces o conocimientos sexuales inadecuados para su edad, interés exagerado por los comportamientos sexuales de los adultos, agresión sexual de un menor hacia otros menores o confusión sobre la orientación sexual (Echeburúa & de Corral, 2006).

Tipología del Maltrato Infantil Intrafamiliar pasivo

Negligencia física

La negligencia es el estado en donde las necesidades primarias tanto de alimentación, vestimenta, protección y vigilancia, o las relacionadas con los cuidados médicos de los niños, en situaciones peligrosas, no son atendidas temporalmente o habitualmente por ningún adulto que convive con el niño, sean sus padres o cuidadores (Calzada Reyes, 2004; Pedreira Massa & Martín Alvarez, 2009). Salmerón Giménez, Pérez Hernández, Andreu Fernández y Calvo Rodríguez (2008) suman a la descripción de la negligencia las formas de negligencia física que podemos ver en los menores, estas son: desatención, abandono, retraso de crecimiento no orgánico, malnutrición, raquitismo, niños en la calle, constantemente sucio, problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de los cuidados médicos rutinarios como ser el calendario de vacunaciones.

Entonces, así es como se llega a la definición de negligencia física que se origina cuando el progenitor o cuidador del menor deja de proporcionarle lo necesario para proteger su integridad física, como la carencia de cuidados por una lesión física, enfermedad o ausencia de atención médica adecuada y oportuna; falta de acompañamiento; dejar al niño al cuidado de personas que no están calificadas para el cuidado; no cuidarlo frente a situaciones de riesgo y peligro en su casa u otros lugares; una nutrición no adecuada para su edad y necesidades, vestido e higiene y otras formas de descuidar su bienestar y seguridad (Mieles Barrera, Gaitán Espitia & Cepeda Gaitán 2012).

La negligencia física como forma de maltrato infantil no presenta signos y síntomas de sospecha tan evidentes como podemos ver que ocurre en otros tipos de abusos, como el maltrato físico infantil, dado que esta forma de maltrato se puede dar en otras situaciones que se pueden clasificar como riesgo para el desarrollo psicomotor inadecuado o de riesgo psicosocial. Esto conlleva a que existan servicios de protección para el menor, frente a circunstancias que necesiten de la intervención de estos, sea por la gravedad de las consecuencias en el niño o por ser imposible para la familia asegurar una crianza y educación adecuada a las necesidades del niño (Pedreira Massa & Martín Alvarez, 2009).

Vale decir que, los indicadores manifiestos en los niños que son víctimas de la negligencia física, se subdividen en indicadores físicos y comportamentales (Santa-Tavira, Sánchez-Ahedo & Herrera-Basto, 1998). **Los indicadores físicos** son: Higiene insuficiente, alimentación y/o hábitos inadecuados, desnutrición en grado variable, aspecto enfermizo, decaimiento de fuerzas que se caracteriza por apatía, fatiga física o ausencia de iniciativa, astenia, y una extrema debilidad muscular que impide los movimientos, adinamia permanente. Así también pueden observarse hematomas inexplicables, o accidentes frecuentes por falta de supervisión en situaciones peligrosas, retraso del crecimiento y/o ropa inadecuada para el lugar o las condiciones climáticas.

Los indicadores comportamentales que pueden detectarse son: retraimiento, apatía, depresión, somnolencia, timidez, hiperactividad, agresividad; pide o roba comida; asistencia irregular a la escuela; bajo rendimiento escolar; se suele quedar dormido en clase; llega muy temprano a la escuela y se va muy tarde, porque no hay quien lo cuide; indiferencia al medio ambiente externo; comportamientos antisociales: vandalismo, prostitución, toxicomanías. También, puede presentar una permanencia prolongada fuera de la casa y/o retraso en áreas madurativas (Herrera-Basto, 1999; Pedreira Massa & Martín Alvarez, 2009; Salmerón Giménez, Pérez Hernández, Andreu Fernández & Calvo Rodríguez, 2008; Santa-Tavira, Sánchez-Ahedo & Herrera-Basto, 1998).

Negligencia psíquica o emocional

La negligencia se manifiesta en dejar o prescindir de estar a la mira de las necesidades del niño y a los compromisos de guarda y protección o cuidado inapropiado del niño (Salmerón Giménez, Pérez Hernández, Andreu Fernández & Calvo Rodríguez, 2008). La negligencia emocional se observa cuando existe una desatención de las necesidades afectivas y emocionales de los niños, negación del afecto, aislamiento del grupo familiar. La negligencia emocional se presenta cuando hay una falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas de proximidad e interacción iniciadas por el niño, y carencia de iniciativa de interacción y contacto, por parte del padre o cuidador.

Algunas veces se parece a un abandono emocional, cuando los padres o cuidadores conviven con los niños, pero no están presentes para acompañarlos en el desarrollo, consolarlos y permitir con su presencia y cercanía la construcción de una relación afectuosa, continua y permanente (Mieles Barrera, Gaitán Espitia & Cepeda Gaitán 2012).

La negligencia psicológica, es la carencia persistente de respuestas a señales infantiles, como la sonrisa y el llanto, y la falta de iniciativa en la interacción y contacto con el niño por parte de figuras estables imprescindibles, como los padres y cuidadores en los primeros años de vida (Pedreira Massa & Martín Alvarez, 2009).

Los indicadores que se pueden observar en los niños que son víctimas de la negligencia física se subdividen en Indicadores físicos y comportamentales (Salmerón Giménez, Pérez Hernández, Andreu Fernández & Calvo Rodríguez, 2008). **Indicadores físicos** en los niños: Retraso en el desarrollo físico, talla y miembros cortos, cráneo y cara mayores en relación con su edad, piel fría y sucia, delgadez y desnutrición, cabellos frágiles con placas de alopecia.

Indicadores comportamentales en los niños: Retraso en el desarrollo emocional e intelectual, desconfianza hacia el adulto, inhibición del juego, paradójica reacción de adaptación a personas desconocidas (Pedreira Massa & Martín Alvarez, 2009; Salmerón Giménez, Pérez Hernández, Andreu Fernández & Calvo Rodríguez, 2008).

Discusión

En esta pesquisa se realizó una revisión acerca de las características familiares en cuadros de abuso infantil, desarrollando los factores característicos de familias de niños abusados. En las familias el individuo aprende a aprender. Este contexto se encuentra dañado ante la presencia de episodios abusivos infantiles que traen como consecuencia un bloqueo de la capacidad comunicativa, del reconocimiento de las señales identificadoras de mensajes, que se trasladan en sobre interpretaciones rígidas y vivencias de aislamiento (Rodríguez Ceberio y Losada, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (2010) señala que:

Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo, dignidad del niño o poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (Organización Mundial de la Salud, 2010, p. 1).

El principal lugar donde se suele expresar el abuso infantil es dentro del hogar, de manera tal que los niños no tienen un lugar seguro donde recurrir. Quienes son comúnmente los actores del abuso infantil son familiares o cuidadores de los niños (Arrubarrena 2011).

Barilari (2009) define la función del progenitor como: “La ocupación del adulto responsable de un niño con el cual tiene una relación consanguínea o familiar al cual debe prodigarle afecto, cuidado, límites, protección, transmisión de valores y normas, es decir brindar lo necesario para cubrir las necesidades primarias y secundarias (Barilari, 2009 p.69)”. Para la clasificación del abuso infantil, se diferenciaron seis categorías (Salmerón Giménez, Pérez Hernández, Andreu Fernández & Calvo Rodríguez, 2007): Maltrato Físico, Síndrome de Munchausen por poderes, Maltrato emocional o psicológico, Abuso sexual, Negligencia Física y Negligencia Emocional.

Las características que estos padres o cuidadores abusivos no han desarrollado se constituyen como competencia, es decir, el conjunto de conocimientos, habilidades, disposiciones y conductas que posee una persona, que le permiten la realización exitosa de una actividad. La asertividad a modo

de expresión adecuada de cualquier emoción que no sea ansiedad hacia otra persona, consiste en conocer los propios derechos y defenderlos, respetando a los demás (Caballo, 2005); y la habilidad en la crianza de menores que se postula como el conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás. En contraposición, se considera hábil cuando las respuestas son adecuadas o apropiadas para una situación particular y logra objetivos concretos. En este trabajo se tomó el término habilidad adecuado a la crianza (Barilari, 2009).

En fin, el conocer la ausencia de competencias, asertividad y habilidad en la crianza no busca condenar a los progenitores, sino brindar un análisis desde una mirada preventiva que aloje el desarrollo parental de estos recursos. Insistimos, se trata de: No juzgar, sino ayudar y reparar.



Analia Verónica Losada

Micaela Porto

Argentina

Referencias

- American Psychiatric Association. (2004). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a. Ed.). Washington, DC, EE. UU.: Losada.
- Anderson, R. E. & Carter, I. (1994). La conducta humana en el medio social. Barcelona, España: Gedisa.
- Arruabarrena, M. I. (2011). Maltrato psicológico a los niños, niñas y adolescentes en la familia: definición y valoración de su gravedad. *Psychosocial Intervention*, 20 (1), 25-44.
- Barilari, M. Z. (2009) Inhabilidades de los adultos que cumplen la función del progenitor. 62-73. En Losada (Abril 2009). Nuevos aportes al abuso sexual infantil. Buenos Aires, Argentina: RV Ediciones.
- Cáceres Rivas, N. Los buenos tratos a la infancia. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Los-Buenos-Tratos-a-La-Infancia/4711862.html>
- Caballo, V. (1993). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología*. 13.

- Caballo, V. (2005). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Siglo XXI. España, Madrid
- Calzada Reyes, A. (2004). Algunos aspectos de interés sobre la violencia y el maltrato infantil. *Revolución Cubana Medicina Integral*, 20 (5-6)
- Cujiño, M. F., Dávila, A., Sarmiento, M. M., Villareal, M. I. & Chaskel, R. (2012). Síndrome de Munchausen por poder. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11 (2): 60-65
- Domínguez, R. (2011). Síndrome de Munchausen por poder. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 82 (1), 36-38
- Echeburúa, E. & De Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 43-44.
- Espinosa Brito, A., Figueiras Ramos, B., Mendilahaxón López, J. B. & Espinosa Roca, A. A. (2000). Síndrome de Munchausen. Un reto para el clínico. *Revista Cubana Médica*, 39 (4), 228-37.
- Herrera-Basto, E. (1999). Indicadores para la detección de maltrato en niños. *Salud pública de México*, 41, 5.
- Krug, E. G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (2003). Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo. En Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización panamericana de la salud y Organización mundial de la salud.
- Losada, A. V. (2011). Abuso sexual infantil y patologías alimentarias. Doctoral dissertation, Tesis de Doctorado. Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Argentina.
- Losada, A. V. (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 201-229.
- Losada, A. V. (2015). Familia y Psicología. Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Mieles Barrera, M. D., Gaitán Espitia, M. V. & Cepeda Gaitán, R. (2012). Las instituciones educativas y la comunidad frente al maltrato infantil: una experiencia de investigación acción participativa. *Educação e Pesquisa*. 38 (1), 79-96.
- Montero, I. y León, O. G. (2011) Usos y costumbres metodológicas en la psicología española: un análisis a través de la vida de *Psicothema* (1990-1999). *Psicothema*, 13 (4), 671-677.
- Organización Mundial de la Salud. (Agosto de 2010). Nota descriptiva N° 150. (<http://www.who.int/mediacentre/factcheets/fs150/es/index.html>)

- Pedreira Massa, J.L. & Martin Alvarez, L. (2009). Maltrato en la infancia. 13-29. http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_maltrato_infancia.pdf
- Rodrigo, M. J & Palacios, J. (1998). Familia y desarrollo humano. Madrid, España: Alianza Editorial, S.A.
- Rodríguez Ceberio, M. & Losada, A V. (2014). Double Bind, Child Sexual Abuse and Speeches. Interlink Continental Journal of Medicine and Medical Sciences, 1(1), 16-23.
- Salmerón Giménez, J. A, Pérez Hernández, F, Andreu Fernández, A & Calvo Rodríguez, AR. Región de Murcia, España (2008). Atención al maltrato infantil desde el ámbito educativo. Manual para el profesional.
- Santana-Tavira, R, Sánchez Ahedo, R & Herrera- Basto, E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. Salud pública de México, 40, 1.
- Seldes, J.J, Ziperovich, V, Viota, A & Leiva, F. (2008). Maltrato infantil. Experiencia de un abordaje interdisciplinario. Archivo Argentina Pediátrica, 106 (6), 499-504.

Las autoras

Analia Verónica Losada: Docente Universidad Católica Argentina. Psicopedagoga. Lic. y Dra. Psicología. Especialista y Magíster en Metodología de la Investigación. Especialista en Psicología Clínica por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Postdoctorado en Psicología. Autora de libros, capítulos de libros y artículos con referato. Miembro de la Comisión de Especialidades del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires.

Correo: analia_losada@yahoo.com.ar

Micaela Porto: Licenciada en Psicología. La presente investigación formó parte de su Tesis de Licenciatura para la obtención del Título de Licenciado en Psicología en la Universidad Católica Argentina.

Correo: micup02@hotmail.com