



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/062.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Secuelas psicológicas: heridas invisibles del Maltrato Infantil**

Autores **Lucía Cabeza de Vaca Lobón, Laura Padilla Sepúlveda, Susana Ruiz García**

Centro/institución Hospital Universitario Virgen Macarena.

Ciudad/país Sevilla, España

Dirección e-mail luciacvl@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Según la OMS, el Maltrato Infantil (MI), se define como 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 o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. (1)

Es considerado un problema de salud mundial de gran complejidad y heterogeneidad, debido a su presencia en todos los países y a las repercusiones que provoca en la integridad física y psicológica de millones de niños. (2)

Existen muy diversos tipos de MI cada uno de los cuales tiene su propia definición, su propia etiología y sus propias consecuencias, y que de forma sencilla se citan a continuación:

- Maltrato físico. Se define como toda acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo ponga en riesgo de padecerlos.
- Abuso sexual. Es cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad. Este tipo de abuso puede clasificarse en función del tipo de contacto sexual, ya que puede darse con o sin contacto físico, y en función de la relación que existe entre la víctima y el ofensor, de manera que se diferencia entre incesto y violación.
- Maltrato emocional o psicológico. Se refiere a formas de hostilidad verbal crónica como insultos, desprecios, críticas o amenazas de abandono, así como al constante

bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro) por parte de cualquier adulto del grupo familiar, e incluye formas de atemorizar, humillar o rechazar a los menores. (3)

- Negligencia. Se refiere al maltrato por omisión, cuyo caso extremo es el abandono. Consiste en el fracaso de los cuidadores en salvaguardar la salud, seguridad y bienestar del niño. (4)

Además debemos incluir:

-Maltrato prenatal: Conductas realizadas voluntariamente por la madre o personas del entorno familiar, o conductas negligentes que influyen negativamente en el embarazo y repercuten en el feto.

- Síndrome de Münchhausen por poderes: Los padres, frecuentemente la madre, provocan o inventan síntomas orgánicos o psicológicos en sus hijos que induce a someterlos a exploraciones, tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios. (5)

La negligencia es el tipo de maltrato más frecuente, representa el 86,4% del total de los maltratos, seguido del abuso emocional y posteriormente el maltrato físico. Los casos de abuso sexual solo representan el 3,6 % de todos los casos informados de maltrato. (6)

El MI constituye uno de los fenómenos psicosociales de mayor impacto sobre la salud de la población infantil, siendo causa de graves trastornos en el desarrollo integral del menor, así como en casos extremos su muerte. Se trata de un problema que presenta múltiples aspectos que justifican y reclaman la atención de la sociedad para atajarlo y ponerle remedio, las consecuencias del maltrato afectan a las víctimas y subrayan la co-responsabilidad que la sociedad tiene con la infancia y la adolescencia. (7)

El MI provoca graves secuelas neurobiológicas, psicológicas y conductuales en los menores que lo padecen, pero es importante resaltar el papel de las diferencias individuales y de la resiliencia, ya que algunas variables, como el sexo de la víctima y el tipo de maltrato recibido van a marcar el desarrollo posterior a la experiencia del maltrato. (8)

El objetivo de esta revisión es conocer la relación entre MI y la existencia de problemas emocionales y comportamentales, desarrollados tanto en la infancia y la adolescencia como en la edad adulta.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en el idioma español e inglés en las siguientes bases de datos: Medline, CINAHL, PubMed, Cochrane Library, Scielo y Joanna Briggs Institute. También se revisaron manuales, publicaciones y guías relacionadas con el tema. Las palabras claves utilizadas fueron: MI, consecuencias, tipos de MI, trastornos de conductas. La búsqueda se realizó entre los años 2000-2014.

Resultados

En los últimos años se han realizado numerosas investigaciones en el campo del MI con el objetivo de alcanzar un mayor conocimiento de las relaciones entre el MI y la existencia de problemas emocionales y comportamentales. Los resultados de estas investigaciones señalan claramente una mayor probabilidad de aparición de problemas de conducta y dificultades emocionales en los menores víctimas de desprotección infantil. (9)

En conclusión a una revisión de los estudios realizados en los últimos diez años sobre las consecuencias del MI, se encuentra una asociación con problemas interpersonales, bajos logros académicos, comportamiento agresivo, baja autoestima, cambios de humor,

desórdenes alimentarios, alteraciones del sueño, desórdenes psiquiátricos (depresión, ansiedad, déficit de atención con hiperactividad y abuso de sustancias), además de consecuencias biológicas como alteraciones en el desarrollo del cerebro. Se constituye como factor de riesgo para ciertas condiciones, como la conducta agresiva y violenta, el abuso de alcohol y el ciclo de la violencia. (10, 11, 12)

Los resultados de varias investigaciones proveen evidencia sobre la relación entre el abuso infantil experimentado y el empleo posterior de prácticas disciplinarias abusivas con los propios hijos denominado como transmisión intergeneracional de la violencia el que se ha encontrado en aproximadamente un tercio de las víctimas del abuso. (13, 14, 15)

Un metanálisis publicado en Lancet (2000) encuentra evidencia de que existe continuidad intergeneracional del abuso infantil, el Riesgo Relativo de transmisión del abuso de una generación a otra es de 12,6 (95% IC: 1,82 – 8). (16)

Un estudio prospectivo realizado a lo largo de 12 años, concluye que el 74% de los adolescentes que habían sufrido maltrato físico presentaron algún problema de conducta frente al 43 % de los chicos que no habían sufrido maltrato físico. Además presentaron más de tres problemas de conducta el 21% de los niños con maltrato frente al 7% del grupo que no recibió abuso físico. (17)

Las chicas que sufrieron abuso físico o sexual más probablemente podían presentar conductas agresivas (Odds ratio (OR) 7,1), depresión (OR 7,2), ansiedad (OR 9,3) o estrés postraumático (OR 9,8). (18)

Se estima que el riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes maltratados es cinco veces más alto, comparado con aquellos que no presentaron maltrato en la infancia. (19)

Investigadores de NSCAW (El National Survey of Child and Adolescent Well-Being) encontraron que niños involucrados en denuncias comprobadas de maltrato tenían riesgo de problemas severos de desarrollo y cognitivos, incluyendo el tener que repetir un curso en la escuela; más del 10% de los niños y jóvenes de edad escolar mostraron algún riesgo de problemas cognitivos o bajo rendimiento académico, el 43 por ciento mostraron problemas emocionales o de comportamiento y el 13 por ciento mostraron ambos. (20, 21)

Otros estudios sugieren que los niños abusados o descuidados tienen más probabilidades de arriesgarse sexualmente al llegar a la adolescencia, aumentando así sus probabilidades de contraer una enfermedad de transmisión sexual. Las víctimas de abuso sexual de menores también corren un mayor riesgo de violación en la edad adulta, y la tasa de riesgo aumenta de acuerdo a la gravedad de la experiencia o las experiencias de abuso sexual de menores. (22, 23)

Según un informe del Centro Reina Sofía sobre el MI en la familia en España, las consecuencias más comunes en las víctimas son los sentimientos de tristeza y depresión (57,58%), el nerviosismo (27,27%) y los comportamientos violentos (27,27%). El 7,84% de las víctimas no sufrió ninguna consecuencia por el maltrato. La tristeza y la depresión son las consecuencias más señaladas en todos los tramos de edad en cuanto a los otros efectos del maltrato; mientras que los niños de 8 a 11 años se sienten nerviosos e incapaces de controlar sus impulsos (35,71%), los de 12 a 17 años se comportan violentamente (36,84%) y tienen problemas de atención (31,58%). Por sexo de la víctima, las dos principales consecuencias que presentan las chicas son sentimientos de tristeza y depresión (73,68%) y nerviosismo (36,84%). Los efectos más comunes entre los chicos son la tristeza y depresión (35,71%), aunque en menor proporción que las chicas, los comportamientos violentos (28,57%) y las lesiones físicas (28,57%). (24)

Conclusiones

Podemos concluir de ésta revisión bibliográfica que independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual todos los subtipos de maltrato dan lugar a diversos tipos de trastornos psicológicos entre los que se destaca: la ansiedad, depresión, trastornos de conducta, baja autoestima, bajo rendimiento escolar, estrés postraumático, conductas agresivas, problemas de socialización, abuso de consumo de alcohol y drogas, conductas sexuales inadecuadas, ideas de suicidio. Afectando directamente al desarrollo integral del niño, tanto cognitivo, social y emocional.

Por lo que los resultados nos indican que los niños maltratados deberán recibir algún tipo de tratamiento psicológico, porque en caso de que éste no se lleve a cabo estarán en riesgo de tener problemas de salud, de alcoholismo, ser víctimas de violencia y reproducir el maltrato en la edad adulta, entre otras muchas consecuencias.

Para el correcto abordaje del MI se precisa de un equipo interdisciplinar (sanitario, social y jurídico) que se encargue del tratamiento integral de la víctima así como del agresor y de toda la familia.

Es muy importante la detección del riesgo o propiamente del maltrato para posibilitar la ayuda a familia y al niño, minimizar las consecuencias, tratar las secuelas y prevenir las recurrencias.

En el MI es muy importante la Prevención, donde Atención Primaria (AP) juega un papel destacado, al ser los únicos servicios comunitarios a los que tienen acceso normalizado y generalizado las familias, en un periodo de edad en el que el niño es especialmente vulnerable (menores de 5 años). Pediatras y personal de enfermería de AP se encuentran en una posición favorable para detectar niños en situación de riesgo, colaborar en la intervención protectora de la población general y realizar actividades preventivas en niños considerados de riesgo. La prevención se va a desarrollar principalmente en menores de 5 años, ya que a partir de esta edad es fundamentalmente la escuela la que tiene un papel principal en la actuación en el maltrato a la infancia.

La prevención tiene diferentes niveles:

- Primaria que tiene en cuenta a la población general (campañas informativas, divulgación de principios de desarrollo infantil, promoción de valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad/maternidad) con el objetivo de evitar la presencia de factores estresantes o de riesgo y potenciar los factores protectores.
- Secundaria dirigida a los grupos de riesgo (padres inmaduros, o con ciertas patologías, situaciones familiares estresantes, etc.) con el objetivo de realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento inmediato, atenuando los factores de riesgo presentes y potenciar los factores protectores.
- Terciaria encaminada a tratar a los niños que han sido víctimas del maltrato y a las familias maltratadoras. (25, 26)

Por lo que es muy importante la coordinación entre médico de familia, pediatra y enfermero de AP, y puedan intercambiar aspectos de las condiciones sanitarias, higiénicas o sociales de cada familia proporcionando una información complementaria y más completa, con el objetivo de reconocer situaciones de MI o de riesgo de padecerla, considerando la remisión de la familia a una ayuda especializada y estableciendo estrategias de tratamiento.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud/WHO, 1999, pp. 15-16. Report of the consultation child abuse prevention. 29-31 March 1999. WHO. Geneva. Ginebra.
2. Organización Mundial de la Salud/WHO,1997. World report on violence and health.
3. Cicchetti D, Toth SL. Child maltreatment. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1: 409-38.
4. De Bellis MD. The psychobiology of neglect. *Child Maltreat* 2005; 10: 150-72.
5. Maltrato Infantil en la familia. Comunidad Valenciana (1997/1998). Valencia: Centro Reina Sofía; 2000. Serie Documentos 3.
6. Informe Maltrato Infantil. España (1997/1998). Centro Reina Sofía
7. Cerezo, M.A. (2002). Coste humano, social y económico del maltrato infantil. En M.A. Cerezo y G. Pons-Salvador (Eds.). *El valor del buen trato a la infancia. Coste humano, social y económico.*
8. Impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar. Ma Angeles Cerezo *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development* Volume 18, Issue 71, 1995.
9. Kaplan, S., Pelcovitz, D. & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part 1: Physical and emotional abuse and neglect. *Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1214-122.
10. Éthier, L. S., Lemelin, J. P., y Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of cronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1265-1278.
11. Malinosky-Rummell & Hansen, D.J. (1993). Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 114, 68-79.
12. Wissow, L. S. (1995). Child abuse and neglect. *New England Journal of Medicine*, 332, 1425.
13. Simons, R.L., Withbeck, L.B., Conger, R.D. & Chyi-In, W.(1991). Intergenerational transmission of harsh parenting. *Developmental Psychology*, 27, 159-171.
14. Haapasalo, J. & Aaltonen, T. (1999). Child abuse potential ¿how persistent? *Journal of Interpersonal Violence*, 14 (6), 571-585
15. Oliver, J.E. (1993). Intergenerational transmission of child abuse: Rates, research, and clinical implications. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1315-1324.
16. Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergeneracional continuity of child physical abuse. How good is the evidence? *Lancet* 2000;356(9232):814-9.

17. Lansford J, Dodge KA, Pettit GS et al. A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioural, and academic problems in adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:824-30.
18. Wolfe DA, Scott K, Wekerle C et al. Child maltreatment: risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:28289.
19. Morales JM; Zunzunegui Pastor V; Martínez Salceda V. Modelos conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial. *Gac Sanit* 1997 Sep-Oct;11(5):231-41.
20. Administration for Children and Families, Office of Planning, Research and Evaluation. (2012b). Adolescents with a history of maltreatment have unique service needs that may affect their transition to adulthood.
21. Administration for Children and Families, Office of Planning, Research and Evaluation. (2011). NSCAW II baseline report: Child well-being. *Dificultades sociales*
22. Felitti, V. J., y Anda, R. (2009). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: Implications for healthcare. En R. Lanius, E. Vermetten, y C. Pain (Eds.), *The hidden epidemic: The impact of early life trauma on health and disease*.
23. Messman-Morre, T., Walsh, K., y DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 34(12), 967–976.
24. Investigación sobre maltrato infantil en la familia en España Informe del Centro Reina Sofía .
25. Bethea L. Primary prevention of child abuse. *Am Fam Physician* 1999 Mar 15;59(6):1577-85 y 1591-2.
26. Esther CB. Prevention of child abuse and neglect in the primary care setting. *Nurse Pract* 1998;23(9):61-2, 67-70, 73.