

1ª Jornada

Sevilla, 16 - 17 de Octubre 2014

SOBRE MALTRATO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



La actuación de enfermería ante la detección de un posible maltrato a los niños con discapacidad

Ana Isabel Carmena Hernández,
Ana Vidal Salcedo y
Sandra Martín Flores

Introducción

El maltrato a menores se ha observado en todas las civilizaciones. Aristóteles decía que un hijo era propiedad de su padre y nada de lo que se haga con la propiedad es injusto, por lo tanto el maltrato infantil no era reconocido. (1) (2)

El maltrato infantil ha sido, y es, una preocupación mundial expresada en multitud de asambleas generales de Naciones Unidas, con el fin de proteger los derechos de los niños (3), y se encuentra presente en cualquier país del mundo y en todas las clases socioeconómicas. Los países desarrollados sufren un pequeño porcentaje de maltrato infantil, siendo este poco investigado y probado.

Existen diversos estudios que certifican la existencia de grandes cifras de menores que sufren maltrato, señalando una mayor probabilidad de sufrir maltrato en niños con discapacidad que los que no la sufrían. (4) (5) (6)

En España, a principios del siglo XX, se aprecian los primeros esfuerzos para generar una ley que proteja a la infancia, en la cual se fomentaban unos buenos cuidados y una crianza saludable, evitando el absentismo escolar y la eliminación del niño en el mundo laboral. (7) Y no es hasta finales del siglo XX que se empieza a tomar consciencia del maltrato infantil, ello justifica que las investigaciones sean relativamente escasas y recientes. (8)

Desarrollo

El maltrato infantil es un fenómeno complejo cuya detección se ha ido incrementando por la sensibilización de los profesionales sanitarios, en especial de las enfermeras pediátricas. La detección y denuncia de los casos de maltrato ha sido esencial para evidenciar la problemática existente, por ello resulta importante capacitar y formar de manera específica a los profesionales sanitarios ante la detección de posibles maltratos en estadios precoces.

El Maltrato infantil se define como toda acción u omisión que entorpece el desarrollo integral del niño o niña, lesionando sus derechos dondequiera que ocurra, desde los círculos más particulares e íntimos de la familia, hasta el contexto general de la sociedad. (10)

Dentro de los tipos de maltrato podemos encontrar el abuso (físico, psíquico o sexual), el abandono (físico o emocional), la negligencia, la explotación y el síndrome de Munchausen.

La enfermera pediátrica se encuentra ligada de una manera muy cercana a los 4 elementos fundamentales frente a una valoración adecuada de un posible maltrato, que son: la víctima (niño), el agresor, la situación propicia y la familia. Tanto la atención primaria como la atención hospitalaria son lugares propicios para poder detectar situaciones conflictivas y en ellos podemos recoger una anamnesis completa de los 4 elementos señalados anteriormente que nos facilitaran la detección de las diferentes situaciones de desprotección del menor con discapacidad.

Debemos de tener en cuenta que los niños no suelen mentir, de manera que se les debe creer y apoyar desde el principio. (3)

Una vez detectadas las situaciones de desprotección, se precisa de una intervención inmediata y adecuada, para que las actuaciones llevadas a cabo logren prevenir y detener el problema, intentando que esas circunstancias sean lo menos lesivas para el menor. (10)

Los tipos de discapacidad que con mayor grado reciben maltrato por parte de los cuidadores son los niños con ceguera, sordera, enfermedad crónica, con retraso en el desarrollo y comportamientos o emociones desordenadas entre otras discapacidades. (6)

Ante edades más tempranas se encuentran mayores repercusiones físicas, mientras que a medida que aumenta la edad tienen mayores consecuencias las formas sutiles de maltrato por su implicación social.

Perfil y conducta del niño maltratado con discapacidad: Suelen ser niños enfermizos, con retrasos importantes en el desarrollo físico (se ve afectada la fase de crecimiento, aunque reciban alimentación suficiente), emocional e intelectual.

Dichas víctimas son hostiles hacia los adultos, evitan a las personas y responden de forma agresiva a sus acercamientos o presentan conductas abusivas hacia otros niños. Son difíciles de educar y su rendimiento escolar es bajo, ya que se ve disminuida la función cognitiva y especialmente el área del lenguaje.

Poseen baja autoestima; son introvertidos, asustadizos, pasivos y sumisos; con sentimientos de desconfianza, inseguridad y timidez extrema; y están aislados socialmente o cuentan con problemas de conducta agresiva así como conductas inapropiadas para su edad (ejercen el papel de padre con otros niños o por el contrario, se chupan el dedo). Pueden derivar en depresión.

Se observa en ellos trastornos psicossomáticos: alteraciones del sueño, presentan pesadillas y se niegan a dormir solos.

Tienen conocimientos sexuales precoces e inapropiados para su edad. Hablan del pene y de la vagina, incluso se masturban de forma desinhibida. (11) Exponen evidencias sexuales en sus dibujos; sus comportamientos son autogratiücantes y autoestimulantes.

Es frecuente la existencia de embarazos al inicio de la adolescencia y normalmente el padre es desconocido.

Su exagerada necesidad de llamar la atención es significativa, ya que llegan hasta a autolesionarse de forma frecuente y reiterada: magulladuras, hematomas en distintas partes del cuerpo y en diferentes fases de cicatrización, alopecia por arrancamiento del cabello, mordeduras humana, quemaduras de cigarro, etc., y las intoxicaciones son recurrentes y por tóxicos desconocidos. (12)

Las partes del cuerpo más afectadas son, en este orden, la cabeza, la cara, y las extremidades superiores e inferiores. (11, 12)

Perfil y conducta del agresor: Con más frecuencia el sexo masculino es el agresor, pudiendo ser el padre, padrastro, compañero sentimental de la madre u otro varón conocido de la familia del niño. Pueden haber sufrido maltrato en su infancia.

Los progenitores con el síndrome Münchausen suelen ser del sexo femenino. Ser una madre sumisa y pasiva o inclusive depresiva o las dificultades en el matrimonio pueden ser indicadores del agresor. Son extremadamente protectoras.

Los agresores muestran dificultad de expresar y reconocer emociones como: frustración, rabia, miedo, estrés, conflictos hogareños... Son comunes las situaciones de bajo nivel socioeconómico, desempleo, trabajos inestables, padres adolescentes y familias numerosas.

Los cuidados de los padres a los hijos son restrictivos, siendo irresponsables, no estimulantes, fríos o poco afectuosos, controladores, groseros, punitivos o inseguros. (13) Su vocabulario es despectivo hacia el menor y compensan los bienes materiales con la falta de cuidados y atención.

Utilizan el castigo físico para la resolución de conflictos, creando en los niños un miedo intenso por la amenaza. (3) Se muestran desinteresados por los problemas del niño, desinteresándose por la higiene, la alimentación o el aspecto del niño (presentan suciedad en comparación a los padres, se les ve hambrientos, vestimenta inadecuada para la climatología...). Es habitual el cambio frecuente de pediatra, de centro de salud o del servicio de urgencia para la atención sanitaria del niño. Durante los ingresos hospitalarios abandonan precozmente al niño, no lo visitan o son visitas de corta duración y dedicación. (12) Aunque puede darse la circunstancia contraria, mostrándose extremadamente protectores y celosos con el niño.

El agresor tiene conocimientos insuficientes de las etapas evolutivas por las que pasa el niño y propone expectativas inalcanzables con respecto a las deficiencias de este, castigándolo por no lograrlas. (3, 14)

El relato que cuentan los padres de lo sucedido no concuerda con la intensidad o características de las lesiones observadas en el niño; a veces sus relatos son contradictorios. Intentan ocultar la lesión del niño, no permiten que este relate lo que ha sucedido, incluso niegan lo que el niño cuenta. (3)

Muestra una victimización secundaria, quieren hacerse los inocentes “El niño me provocó” (3), alegando siempre a situaciones accidentales, atribuyen la lesión a los hermanos o defienden que es autoinfligida. (12)

Las **situaciones que propician el maltrato infantil** suelen estar influenciadas por problemas económicos o falta de recursos.

La crianza de los niños es muy costosa, pudiendo producir conflictos en la familia y repercutir en la satisfacción plena de sus necesidades. No es infrecuente que se comparta junto a otras cargas familiares; (4) la falta de descanso por parte de los progenitores, junto a la excesiva responsabilidad y frustraciones cotidianas contribuyen a un mayor riesgo de maltrato.

Otras situaciones que propician el maltrato son la escasa preparación para la paternidad (14), una estructura familiar rígida y autoritaria, el machismo (3) o ambientes con alto nivel de estrés (ruido, desorden, hacinamiento...) (13)

Como **indicadores en la familia** podemos encontrar familias uniparentales o disfunción familiar (madre soltera con varias parejas sexuales) y problemática de abuso de sustancias (el alcoholismo repercute de forma muy negativa en el funcionamiento de la familia con actitudes violentas: gritos, palabras, acciones ofensivas, arremetiéndose con los miembros más débiles de la familia) (4)

El estrés psicológico por la enfermedad o discapacidad del niño, viviéndolo de forma traumática, les lleva a presentar estados de confusión, desorientación, duditativos, de inquietud a la hora de cómo ayudar a su hijo con discapacidad.

(1) Los padres maltratadores no dan explicaciones coherentes al daño producido en el menor (2) Presentan una conducta parenteral con emociones negativas que promueven la conducta insensible, abusiva y coercitiva, y es frecuente que se observe hostilidad parenteral.

Conclusión

El maltrato infantil ha de ser comprendido como un fenómeno complejo y nunca aislado, donde se aprecian las relaciones adulto-niño, haciéndose visible los conflictos generados por las expectativas de la familia al tratar el niño discapacitado por el deseado.

Los profesionales sanitarios debemos ser conscientes de que la presencia de discapacidad en un niño pueden ser un factor de riesgo al padecer cualquier tipo de maltrato, al igual que la existencia de discapacidades pueden ser el resultado del mismo.

Se debe insistir a los profesionales sanitarios que sean capaces de reconocer los signos tempranos de cualquier situación de desprotección en la población infantil con discapacidad, evitando los prejuicios y los valores preconcebidos. Con el fin de propiciar un buen desarrollo físico, psíquico y sensorial de los niños para que puedan disfrutar una vida digna y saludable, evitando situaciones de exclusión y discriminación.

Bibliografía

1. Armando Vásquez Barrios, Nora Cáceres. *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud*. La ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la salud; 2008.
2. Gloria Robaina Suarez. "El maltrato infantil". *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001; 17 (1): 74-80.
3. Cecilia Moltedo C, Mayra Miranda H. *Protegiendo los derechos de nuestros niños y niñas*. Alessandra Burotto: Fundación de la familia; 2004.
4. Eloy Pineda Pérez, et al. "Estrategia educativa para el control y prevención del maltrato infantil dirigida a padres de niños con síndrome de Down". *Revista Cubana de Pediatría*. 2011;83 (1):22-23.
5. A. Sepúlveda García de la Torre. "La violencia de Género como causa de maltrato infantil". *Cuad Med Forense*. 2006; 12 (43-44): 149-164.
6. Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Children with disabilities. *Assessment of Malteatment of children with disabilities*. American academy of pediatrics. 2001; (108): 508-512

7. Jorge Fernández del Valle, Amaia Bravo Arteaga. “Maltrato Infantil: situación actual y respuestas sociales”. *Psicothema*. 2002; (14): 118-123.
8. José Sanmartín Esplugues, Ángela Serrano Sarmiento, Yolanda García Esteve, Ana Rodríguez Martín, Pilar Martínez Sánchez. *Maltrato infantil en la familia en España*. Helen Blundell e Isabel Iborra Marmolejo. *Informe del Centro Reina Sofía*. Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad. 2011.
9. Roberta A. Hibbard, Larry W. “Maltreatment of Children with disabilities”. *American Academy of Pediatrics*. 2014; (119):1018-1025.
10. Clara Inés Carreño, Alicia Rey. “Reflexiones en torno a la comprensión del maltrato infantil”. *Univ. Psychol*. 2010;(9):807-822.
11. Arturo Loredó-Abdalá. “Maltrato infantil: consideraciones básicas para el diagnóstico de las formas más preponderantes”. *Acta Pediátrica de México*. 2008; (29): 255-261.
12. Oliván Gonzalvo, Gonzalo. “Indicadores de Maltrato Infantil”. *Guías Clínicas*; (44): 1-13.
13. María Loreto Martínez G. “Análisis del comportamiento parental y su aplicación al estudio del maltrato infantil”. *Psyche*. 1996; (5): 137-148.
14. Juan Manuel Moreno Manso. “Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil”. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2006; (11):272-292.