

ESTRATEGIAS DE IDENTIFICACIÓN, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LOS MALOS TRATOS Y EL ABANDONO INFANTIL

En este trabajo se presenta lo más representativo y eficaz de lo que se conoce con respecto a las fases de detección, tratamiento y prevención del maltrato infantil.

La mayoría de los problemas médicos o psicosociales con los que se ha enfrentado y se enfrenta la ciencia con el afán de erradicarlos han pasado y pasan por una serie de fases que en todos se repiten:

- a) Una primera fase en la que se presentan, describen y estudian los casos más serios y llamativos.
- b) Una segunda fase en la que se empiezan a elaborar una serie de primeros programas de tratamiento muy poco específicos.
- c) En la tercera fase empiezan a desarrollarse estudios e investigaciones que tratan de averiguar con todo rigor los factores causales del problema.
- d) En la cuarta fase, y fruto de la anterior, se desarrollan, prueban y mejoran tratamientos más específicos y eficaces.
- e) En una quinta fase se empieza a ampliar el concepto de ese trastorno o problema a áreas afines.
- f) La sexta fase aprovecha el avance en el conocimiento del problema y empiezan a desarrollarse investigaciones que tratan de construir y mejorar estrategias para la identificación temprana de los posibles casos.
- g) Por último, en la séptima fase, que supone una cierta madurez en el abordaje del problema, se consigue aplicar con éxito programas de evaluación que detectan la población-riesgo y programas de abordaje preventivo del problema.

En términos generales la solución del problema de los malos tratos pasa por cuatro caminos que se entrecruzan. Son los siguientes:

1. Aumentar al máximo el número de casos conocidos del problema. Esta cuestión no se da en todas las enfermedades o alteraciones psicosociales. En algunas basta con una actitud pasiva de los profesionales que se limitan a recibir el problema; en el maltrato infantil es preciso una postura activa por parte de los responsables de solucionar el problema para sacar a la luz, sacar del ambiente privado, gran cantidad de casos que tienden a quedar ocultos.
2. Tener disponibles y con posibilidad de ser implementados una serie de programas eficaces de tratamiento adaptables a la circunstancia ambiental y personal de cada caso.
3. Conocer el máximo número de casos que reúnen las condiciones de Alto-Riesgo para desarrollar en un futuro ese trastorno.
4. Tener disponibles y con posibilidad de ser implementados una serie de programas de prevención primaria y secundaria que hayan demostrado su eficacia.

Evidentemente, estos pasos son tremendamente difíciles de cubrir y es probable que nunca se lleguen a alcanzar en su totalidad. Seamos conscientes de que nos encontramos ante un problema de una gran complejidad y que presenta grandes dificultades en cualquiera de sus fases. Conseguir empezar a recorrer cualquiera de esos cuatro caminos es un objetivo que deben plantearse de manera coordinada todos los estamentos con responsabilidad en el intento de solución de este grave problema psicosocial.

Voy a tratar de proporcionar de manera resumida una selección de algunas de las estrategias que han demostrado su eficacia en cada una de estas fases. Comenzaré por la detección tanto de los casos con maltrato ya cometido como de aquellos que se encuentran en alto-riesgo de cometerlo. Seguiré con las estrategias de Tratamiento y finalizaré con la presentación de algunos programas de Prevención Secundaria del problema.

1. Detección

Quizá sea más ilustrativo que cualquier argumento, el presentar un dato recogido por Helfer y Kempe (1976, p. 364), referi-

do al Estado de Florida. En 1971, y durante el espacio de un año, se habían recibido en este Estado, en su Departamento de Servicios Sociales, un total de 100 casos de sospecha de malos tratos y/o abandono. Este Departamento inició al final de ese año una amplia (y al parecer efectiva) campaña de concienciación pública y de formación de profesionales. En el año 1975 y desde la fecha anterior (es decir, en cuatro años), se habían recibido en el mismo Departamento un total de 86.000 informes de sospechas de malos tratos y/o abandono.

Hay una cuestión que aunque sea obvia es preciso repetirla. El problema al que aquí nos referimos no se presenta públicamente ni los sujetos que lo padecen suelen acudir de manera voluntaria en busca de solución. Es un problema, como ya se ha dicho, que requiere una postura activa eficaz que permita sacar a la luz aquello que se está produciendo en el ámbito privado.

Las estadísticas de países que han abordado con anterioridad este problema suelen ser coincidentes en un aspecto: siempre hay un aumento permanente año tras año del número de casos de maltrato.

Esto suele hacer pensar a algunos que "cada vez hay más casos de maltrato" o "cada vez la situación está más deteriorada", etc. Parece, sin embargo, evidente que no se trata de eso. Simplemente ocurre que en estos países se han desarrollado sistemas capaces de DETECTAR los casos que de cualquier manera (conocidos o no) se estarían produciendo.

Por otra parte, existen otra serie de sujetos o familias que aún no están desarrollando el problema pero que reúnen una serie de condiciones que les colocan en una situación "privilegiada" para que éste aparezca en un momento determinado.

La única manera de empezar a solucionar el problema de maltrato infantil pasa por detectar con la mayor precisión al mayor número de familias en las que, o bien se están produciendo los malos tratos, o están "a punto" de llegar a desarrollarse en breve plazo.

Y para ello hay dos caminos centrales y quizá únicos:

- A) Campañas eficaces de sensibilización ciudadana.

B) Programas de formación especializada de profesionales.

A) Parece ser que una de las fuentes a través de la que se produce un mayor porcentaje de informes de casos de maltrato es la de los sujetos particulares. En algunos países con estadísticas precisas, se encontraba hasta un 53 % de los casos remitidos por ciudadanos no profesionales y el resto por maestros, médicos, asistentes sociales, etc.

Esto parece demostrar la eficacia y necesidad de las campañas de sensibilización y formación de los ciudadanos en este tema. Es preciso que amplios sectores de la población conozcan:

- Primero, la existencia real de este problema del maltrato infantil.
- Segundo, las características típicas de comportamiento, emocionales y de salud de los sujetos ejecutores y receptores de los malos tratos.
- Tercero, los factores de riesgo, de tipo social, psicológico y familiar que favorecen la aparición de los malos tratos en la infancia.

Pero antes de eso, creo que es de gran importancia, en un primer momento, el deshacer y contrarrestar la actitud social habitual hacia el tema. La información que se suele recibir provoca una deformación del problema en la colectividad que se traduce en los siguientes términos de error:

- Sólo se considera maltrato a los casos más extremos, graves y sádicos.
- Ocurren con muy poca frecuencia y en ambientes lejanos.
- Los culpables deben ser castigados con la mayor dureza.

Las campañas de sensibilización y formación deben iniciarse deshaciendo los anteriores errores y demostrando que el maltrato es un problema mucho más amplio, que se da con más frecuencia de lo que se cree, y que las personas que lo desarrollan son víctimas a su vez de graves situaciones psicológicas, sociales y familiares y que precisan ayuda.

Esto, unido al desarrollo de los tres puntos anteriores, hará que la labor de

detección del público en general sea efectiva, además de provocarse un aumento del control social sobre los sujetos que maltratan o abandonan a sus hijos.

B) El otro camino central para conseguir el objetivo de la detección amplia pero a la vez selectiva, es el desarrollo de Programas de Formación de Profesionales en este tema.

Algo que parece cierto es que "sólo se diagnostica aquello que se conoce". Y, en la mayoría de los casos, en los ambientes profesionales no ha habido una formación adecuada sobre el tema.

Todos los profesionales que de una manera directa o indirecta están en contacto con la infancia y la familia deben aumentar de manera importante sus habilidades, recursos, conocimiento y sensibilidad sobre el tema del maltrato infantil con el objetivo de aumentar el número de casos conocidos de maltrato y de casos que se encuentran en situación de alto-riesgo.

Y considero que profesionales en contacto con la infancia y la familia son los pediatras, ginecólogos, enfermeras, asistentes sociales, maestros, psicólogos, abogados y jueces, policías, psiquiatras. Cada uno de ellos necesita una formación exhaustiva y a la vez concretizada en su área particular, que plantee con claridad todo lo que se conoce sobre este tema.

Aunque de manera diferente, todos, tanto los profesionales como el público en general, deben conocer lo que se denominan Métodos Informales de Detección. Algunos profesionales específicos deben conocer y manejar lo que se denominan Métodos Formales de Detección (Ayoub y Jacewitz, 1983).

Por *Métodos Informales de Detección* se entiende el conjunto de características comportamentales, emocionales y de relación social tanto del padre como del hijo en los casos en los que se ha producido maltrato o abandono (Ayoub y Jacewitz, 1982).

El comportamiento concreto de maltrato o las carencias que se dan en el abandono ocurren en ambientes privados y no son observables directamente. Es preciso conocer una serie de consecuencias físicas y psíquicas y una serie de correlatos típicos de estas situaciones de maltrato que nos permitan deducir, con el mínimo ries-

go de equivocación, que nos encontramos ante una familia en la que se están produciendo situaciones de malos tratos y/o abandono.

De la misma manera, las familias en las que hay un mayor riesgo de que se llegue a producir el maltrato reúnen una serie de características específicas en los aspectos socioeconómicos, demográficos, psicológicos y de relación familiar. Estas características son las que les colocan precisamente en riesgo de desarrollar el maltrato o de no atender a sus hijos. Es preciso, por tanto, que sean detectadas a través del conocimiento indirecto de esos factores de riesgo, antes de que se llegue a deteriorar la relación con los hijos.

Las investigaciones realizadas en los últimos años en otros países han permitido conocer con bastante exactitud esos correlatos comportamentales, esas consecuencias y esos factores de riesgo para el maltrato y el abandono. Creo que en su mayoría, y en un primer momento, estas características descubiertas en investigaciones en su mayor parte anglosajonas pueden servir para la detección en nuestro país. Pero es evidente que es necesario desarrollar cuanto antes nuestras propias investigaciones con el fin de confirmar o desconfirmar la importancia de cada uno de estos factores asociados y/o de riesgo que rodean al maltrato y abandono en nuestro contexto cultural específico.

Estos factores deberían ser la base sobre la que se elaboren tanto los programas de formación para cada uno de los profesionales implicados en el tema, como los programas de sensibilización colectiva más amplios.

Un resumen de estas características y factores de riesgo se presentan en los Apéndices de este monográfico. Repito que se trata de datos que demuestran su eficacia en Estados Unidos, lo que no significa su total validez en nuestro país.

Métodos Forma/es de Detección (Ayoub y Jacewitz, 1982). Algunos investigadores del tema han intentado construir entrevistas estandarizadas o cuestionarios fiabilizados y validados que permitan deducir con la mayor exactitud, y en base a su puntuación en dichas pruebas, el potencial de un sujeto para desarrollar el maltrato y/o abandono.

Estos cuestionarios tienen la gran ventaja de que pueden ser aplicados a un amplio conjunto de la población con un costo reducido y son eficaces en la detección de familias-riesgo. Las familias que reciben una alta puntuación en estos sistemas de evaluación pueden ser posteriormente estudiadas en profundidad para verificar el diagnóstico o refutarlo. Podría ser valioso el utilizarlos, una vez adaptados a cada país y perfeccionados, de manera masiva en una serie de puntos claves en los que son asequibles muchas familias: servicios sociales, ginecológicos, pediátricos, escolares, etc.

Los más conocidos de estos sistemas son el "Child Abuse Potential Inventory" de J. S. Milner (1979, 1980a, 1980b, 1984) y el "Maternal History Interview" de W. A. Altemeier (1982). El primero es un cuestionario que detecta el potencial para el maltrato físico en familias con hijos y el segundo es una entrevista aplicable a la fase prenatal, que selecciona madres y familias con riesgo potencial de futuro maltrato y/o abandono.

Ambos cuestionarios se encuentran traducidos al castellano y en estos momentos en fase de experimentación con la población de esta Comunidad Autónoma para probar su validez.

Sensibilidad y Especificidad de estos Métodos

En todos los métodos de detección y diagnóstico tanto formales como informales se plantean siempre estas dos cuestiones importantes:

- La SENSIBILIDAD es el grado de exactitud con que se detecta a los sujetos con dicho problema o con alto-riesgo para él. La mayor sensibilidad se da cuando no se deja sin descubrir ningún caso que se encuentre en dicha situación.
- La ESPECIFICIDAD es el grado de exactitud con que se detecta a los sujetos que no sufren el problema o son bajo-riesgo. Es importante no diagnosticar o detectar casos sin ninguna problemática de este tipo.

Los métodos de detección, tanto formales como informales, no tienen problema, en general, de sensibilidad, sino de

especificidad. En la mayoría de las ocasiones, las personas físicas o familias que maltratan suelen ser incluidas entre los alto riesgo, pero no todos los incluidos en este grupo son familias en las que posteriormente sea posible probar que hay maltrato físico o negligencia grave.

Creo que esta situación es una consecuencia no tanto de los métodos de detección, sino de la propia definición de maltrato y abandono. Ambos conceptos no son fácilmente categorizables; se trata de un continuo donde es difícil señalar la barrera entre el maltrato físico y la violencia habitual, por ejemplo.

Probablemente los métodos de detección señalan a un amplio grupo de personas con situaciones de relación familiar violentas o negligentes en sentido amplio. Dicho a la inversa, los casos que llegan a las salas de urgencia de los hospitales, a los Tribunales de Justicia, a los Servicios Sociales, etc., son la "punta del iceberg" de un conjunto de familias con problemas similares aunque no lleguen a alcanzar la gravedad de los anteriores.

En definitiva, se tiende a detectar a un conjunto de familias con diversos problemas importantes en la relación con los hijos. El que estos problemas se conviertan en casos de maltrato o abandono es fruto de la agudización de dichas situaciones de riesgo o de la aparición de factores específicos de gravedad. El que los métodos de detección no sean exclusivamente sensibles a los casos graves de maltrato y abandono tiene el aspecto positivo de que nos permite conocer "el conjunto del iceberg", es decir, a un amplio grupo de familias con problemas cercanos al maltrato y que necesitan también de solución.

Una última cuestión con respecto a la Detección. Esta debe procurar realizarse en el momento idóneo para iniciar la tarea preventiva o terapéutica.

Debe realizarse:

1. En el momento más temprano posible.
2. En la situación temporal donde se dé una mayor "vulnerabilidad" de la familia a la intervención profesional (Ayoub y Jacewitz, 1981).
3. En momentos de fácil y habitual acceso por parte de las diferentes instituciones sociales.

Creemos que estos momentos, sin desechar otros, se circunscriben fundamentalmente a dos:

—La época prenatal-perinatal.

—La época de ingreso en el sistema de escolarización.

El primero de ellos es un momento básico en la tarea preventiva, ya que aún no se ha iniciado la relación directa con el niño. A partir del tercer trimestre puede evaluarse en la futura madre:

—El cambio de la conducta habitual hacia los preparativos del parto y de la futura presencia del niño.

—El concepto que tiene del no-nacido, su deseo del niño.

—El tipo de interacción con las personas que le acompañan. La relación con su propia madre.

—La relación con su pareja.

—El tipo de infancia que tuvo esta madre, etcétera.

El embarazo, el parto y el postparto conforman un período sensible, crítico, de intensas emociones, de cansancio, fatiga y stress general que colocan a la madre en una situación de gran vulnerabilidad, de apertura y de honestidad.

Si la situación es negativa, la madre la vivirá de una manera más aguda y con más necesidad de ayuda. Es más fácil establecer aquí el lazo básico que permite la detección de situaciones familiares-riesgo y el inicio de la futura tarea preventiva.

Por supuesto, esto supondría una formación específica de todos los profesionales que entran en contacto con la familia en esos momentos concretos de la historia vital del niño.

2. Informe de los casos detectados

Una vez conocidos los casos tanto de ocurrencia como de riesgo, y antes de su inclusión en programas terapéuticos y preventivos, éstos deben recorrer un camino que suele ser en ocasiones en la actualidad realmente diverso y complicado. Este

apartado deberá ser desarrollado en otros trabajos de esta revista.

Únicamente apuntar algunos aspectos básicos:

1. Todos los casos detectados por cualquier persona o profesional deben ser informados a un sólo Registro Central del Territorio o Comunidad, según se considere oportuno.
2. Desde este Registro Central se debe iniciar a la mayor brevedad posible una actuación de investigación urgente del caso acerca de la veracidad y gravedad de dicho informe.
3. Desde el Registro Central se debe distribuir el caso a los centros encargados de poner en práctica los programas de tratamiento y prevención en cada área concreta del Territorio, donde se realice la toma de decisión sobre el futuro inmediato del niño, la familia, etc.

3. Tratamiento

Antes de comenzar, es necesario señalar que los aspectos de Tratamiento y Prevención van a ser enfocados exclusivamente desde el punto de vista de la actuación a nivel de factores psicosociales y no sociológicos (recursos económicos, calidad de vida, etc.).

En primer lugar, un apunte básico acerca del concepto de intervención terapéutica en este tema. En la actualidad, y dada la escasez de medios, el único tipo de intento de solución del problema suele pasar por la separación del hijo de esa familia y su colocación en una institución, familia sustitua, guardia y custodia, adopción, etc. Cuando aquí me refiero a tratamiento quiero precisar que se trata de todo el conjunto de técnicas psicosociales que buscan acabar con el problema, mejorando la interacción y relación familiar al máximo posible. Únicamente en los casos en que estas técnicas sean ineficaces será necesario realizar una intervención dirigida a la separación y ruptura de ese grupo familiar.

Voy a presentar una revisión de las técnicas que se vienen utilizando en otros países con buenos niveles de éxito, con el fin de que pueda estudiarse la viabilidad de su adaptación a nuestro sistema de organización de Servicios Médicos y Psicoso-

ciales y a las características particulares de la población.

Pero antes de esto es preciso plantear un aspecto previo. Como en cualquier otro problema clínico o social, no estamos ante casos homogéneos.

— En primer lugar, son diferentes en sus causas, y por tanto en su tratamiento, los casos de maltrato físico de los de abandono físico y, a su vez, de los de maltrato o abandono emocional. Por otra parte, dentro de estos subtipos se darán situaciones diferentes. Habrá casos en los que el castigo o abandono sean usados como técnica deliberada de disciplina, otros en los que se trata de actos de "explosión" emocional incontrolada, en otros es el efecto directo de un altísimo e intolerable nivel de stress ambiental, o, por último, puede darse como consecuencia de otros problemas ya sea de alcoholismo, toxicomanías o trastornos psicóticos (Smith, 1984).

La evidente heterogeneidad de estas familias con malos tratos o abandono supone la existencia de necesidades diferentes de tratamiento. Esto se traducirá en que se debe realizar en cada caso un análisis particular que permita proporcionarle una estrategia terapéutica adecuada. Y esto es importante en la medida en que se van a presentar a continuación programas de tratamiento que no deben ser entendidos como una solución aplicable automáticamente a todos los casos. Estos programas deben ser entendidos como marcos de referencia globales que se adaptan y se adecúan a las necesidades concretas de cada familia.

— En segundo lugar, los casos a tratar llegarán a las actividades terapéuticas con procedencias muy diferentes que condicionan de manera importante su GRADO DE MOTIVACIÓN. Hay casos que son remitidos por un procedimiento judicial, otros por servicios de Protección Infantil, otros por Centros de Salud Mental, y otros, quizá, por un interés voluntario de solucionar el problema. En toda intervención terapéutica el aspecto motivacional es de extrema importancia y condiciona totalmente el éxito o fracaso final.

Esto es algo que debe, por tanto, ser evaluado de manera muy estricta antes del inicio de cualquier programa, con objeto de no malgastar energías y trabajo hasta no intentar pasar de una motiva-

ción externa (penal-judicial) a una motivación interna (Wahler, 1980). Ningún programa de tratamiento puede enfrentarse de manera eficiente a este problema previo de la motivación.

- En tercer lugar, señalar que el diagnóstico funcional de cada caso, previo al tratamiento, supone realizar además una prospección de las metas a alcanzar y las posibilidades de éxito. No en todos los casos, ni mucho menos, se podrá alcanzar el mismo nivel de resultados.

Parece que se dan más probabilidades de éxito en la medida en que se trate de familias con problemas de reciente aparición, cuando los padres tienen un mínimo de habilidades en su repertorio y cuando no se dé una actitud de rechazo abierto hacia el niño (Smith, 1984).

Las metas serán, por tanto, muy variables, y quizá haya familias en las que se considere imposible, por el cúmulo de situaciones previas, ningún grado de éxito. La única forma de conseguir un ambiente seguro y sin maltrato para el niño puede ser la salida del hogar. No se trataría, en el contexto en que se presenta este razonamiento, de un fracaso del tratamiento, sino de un resultado exitoso de un procedimiento adecuado de diagnóstico (Smith y Rachman, 1984).

En la medida en que se trata de situaciones que acarrearán un notable riesgo para el niño y en las que es básico el no provocar una ruptura familiar prolongada, se ha procurado usar métodos de tratamiento capaces de dar resultados rápidos. Los más estudiados han sido los procedimientos que derivan de la Psicología del Aprendizaje.

La intervención comportamental se ha centrado fundamentalmente en dos áreas (Smith, 1984; Koverola et al., 1985):

1. Mejoría de las habilidades de manejo de situaciones problemáticas con el niño. Centradas en el control de sus conductas desadaptadas y en la enseñanza de conductas prosociales.
2. Técnicas de mejora de la tolerancia al stress y de control de la agresión.

Entre las primeras, algunos autores presentan buenos resultados con el uso de textos programados sobre el manejo adecuado de la conducta del niño (Crozier y

Katz, 1979; Reid, 1981; Wolfe y Sandler, 1981). Usan el texto "Los Padres son Maestros" y, en base a ciertos ejemplos, se van eligiendo una serie de técnicas adecuadas. Posteriormente se realiza un proceso de modelado por el terapeuta en el que se "escenifica" dicha técnica y se va aprendiendo a base de realizarla y mejorarla paulatinamente. El nivel cultural de los sujetos debe condicionar estas técnicas basadas en textos de extremada sencillez pedagógica.

De maneras diversas, en todos los programas de tratamiento se incluye el uso de este tipo de técnicas. Se enseñan a los padres los rudimentos de la psicología del aprendizaje, tales como el uso del reforzamiento de conductas apropiadas, la desatención a conductas no adaptadas, el uso del "tiempo-fuera", etc., y se trata de ir procurando su aplicación en sustitución de otras técnicas como el castigo físico.

En el segundo bloque de técnicas, Sandford (1974) trataba, por ejemplo, a la vez de procurar la extinción de los problemas del niño, aumentar la capacidad del padre para tolerar situaciones stressantes generadas por el niño, como, por ejemplo, el lloro. Se procuraba alterar o modificar el nivel de ansiedad y tensión nerviosa que provocaban este tipo de conductas.

En similar tendencia, Denicola (1980) trataba de reducir y controlar el nivel de impulsos agresivos y de rabia en los padres. Les enseñaba técnicas sencillas de relajación; les procuraba métodos de control cognitivo en situaciones que generan rabia a través de autoverbalizaciones y métodos de reconocimiento de estados de activación fisiológica asociados con la rabia que les permitieran detectarlos, evitar la agresión y usar técnicas alternativas.

Han sido criticados estos procedimientos que enseñaban técnicas comportamentales en situaciones artificiales y casi de laboratorio por su dificultad de ser generalizadas al ambiente real del hogar.

En respuesta a estas críticas, se han presentado programas en los que destaca la combinación de las clases en sesiones de grupo con el entrenamiento en casa. Denicola, por ejemplo, mejoró su procedimiento enseñando en grupo principios de Psicología Evolutiva, técnicas de manejo del niño, de solución de problemas y de autocontrol, y planificando posteriormente sesiones semanales individuales en el hogar, en

las que se ponían en práctica dichas técnicas ante situaciones reales.

Wolfe y Sandler (1981) utilizan también esta combinación. Dos horas semanales de tratamiento en grupo se emplean en instruir a los padres en el desarrollo del niño y en habilidades para su manejo. Se presenta un vídeo con un problema común, se plantean soluciones en base a lo aprendido teóricamente y se vuelve a presentar en vídeo la óptima forma de solución para que sirva de modelo. Se enseñan también técnicas de autocontrol por relajación y se realiza un entrenamiento individualizado en casa, una vez a la semana, aplicándose las técnicas aprendidas a los problemas concretos ocurridos esa semana en casa.

Sin embargo, la mayor crítica a este tipo de programas estrictamente comportamentales ha venido desde enfoques sistemáticos que plantean que el modificar la interacción de la familia únicamente, no tiene éxito sin reconocer la necesidad de producir cambios en el marco social que sirve de apoyo y referencia en momentos de stress agudo (Wolfe y Sandler, 1981; Smith, 1984).

Una demostración empírica de este problema la presentó Wahler (1980). Este autor utilizó técnicas de tratamiento similares a las anteriormente expuestas en una muestra de madres con bajo nivel de ingresos, socialmente aisladas y con poco nivel educativo. Además, evaluó antes, después y durante el tratamiento el nivel de contactos sociales a través de un cuestionario al efecto (el "Community Interactions Checklist"). Sus resultados fueron determinantes en extremo. Los días con contacto con amistades se daba una relación menos aversiva con el niño, y los días más "solitarios" había un mayor número de conductas de oposición del niño y más comportamientos aversivos de la madre.

Los efectos del tratamiento conductual persistían en el seguimiento en función de la variable "Apoyo Social". Se plantea la necesidad de tener en cuenta otra serie de aspectos importantes en el tratamiento y empiezan a surgir programas con una visión más global del problema.

Goldstein (1985) aplica un programa al que denomina "Structured Learning" y que busca esa integración. Desde su punto de vista, la causa básica es un déficit en un conjunto de habilidades psicosociales

no sólo en la interacción con el niño, sino también en la relación marital y en las relaciones sociales. A través del modelado, el rol-playing y la transferencia a las situaciones reales trabaja con un conjunto de 24 habilidades básicas divididas en diferentes grupos:

GRUPO I.-HABILIDADES DE AUTOCONTROL

1. Identificar y verbalizar las emociones
2. Relajarse
3. Utilizar el auto-control
4. Concentrarse en una tarea
5. Determinar qué es lo que ha causado un problema
6. Identificar los problemas prioritarios

GRUPO II.-HABILIDADES PARA LA PATERNIDAD

7. Expresar cólera
8. Expresar afecto
9. Evaluar las propias capacidades
10. Tomar una decisión
11. Formularse un objetivo
12. Ayudar a otros

GRUPO III.-HABILIDADES MARITALES

13. Responder a los sentimientos de otros
14. Responder a una queja
15. Responder a la cólera
16. Responder a mensajes contradictorios
17. Prepararse para una conversación stressante
18. Negociar, dialogar

GRUPO IV.-HABILIDADES INTERPERSONALES

19. Iniciar una conversación
20. Expresar agradecimiento
21. Pedir ayuda
22. Dar instrucciones
23. Ser asertivo
24. Responder al fracaso

(Goldstein 1985, pág. 59)

La cuestión abordada por Wahler acerca del problema del déficit en las relaciones sociales de estas familias se ha intentado solucionar de manera muy eficaz.

Han surgido, sobre todo en U.S.A., lo que se denominan "Parent-Aides" o programas de apoyo a los padres con problemas a través de familias voluntarias.

Se trata de que la familia-voluntaria desarrolle con la familia-problema una relación estrecha y afectiva. Es frecuente y normal que los profesionales con su status y su volumen de trabajo no suelen poder establecer esa relación afectiva que demandan estas madres que, en muchos casos, experimentan un alto nivel de privación afectiva desde su infancia.

A través de la relación con esta familia de apoyo voluntario se intenta obtener un amplio conjunto de objetivos:

- Aumentar la capacidad para confiar en los sistemas de apoyo.
- Aprender habilidades sociales.
- Mejorar la autoestima.
- Modelado de técnicas de trato del niño.
- Percepción del niño como individuo con sentimientos, pensamientos y necesidades
- Asistencia a las sesiones de tratamiento en el Centro.

Se supone que estos objetivos se irán alcanzando en la medida en que:

- Se aumentan las demandas a la familia voluntaria en situaciones de crisis.
- Se incrementan las búsquedas de soluciones en los amigos, vecindad, etc.
- Que comentan con los padres voluntarios cómo resuelven con éxito algunos problemas con el niño.

Si se consigue que la relación con esta familia-voluntaria sea relajada y natural y se percibe que ésta se encuentra sinceramente preocupada por ellos, esto supondrá para la madre o familia problema una experiencia nueva. Muchos nunca habrán sido escuchados, tratados y reconocidos como una persona.

La familia voluntaria debe ser CAPAZ de:

1. Establecer una relación de sinceridad y amistad.
2. Ayudar al padre a implicarse en actividades que reduzcan su aislamiento.
3. Aconsejarle en el manejo del hogar.

4. Ayudar a conocer el desarrollo del niño y su cuidado.
5. Desarrollar actividades de ocio y diversión.
6. Mantener total confidencialidad.

Y debe EVITAR:

1. Implicarse emocionalmente en exceso para juzgar con objetividad.
2. Cualquier acusación al padre/madre.
3. Presionarle para que adopte su estilo de vida, sus creencias y patrones culturales.
4. Comentar sus propios problemas.

Estos programas de padres-voluntarios se han desarrollado en multitud de centros para el tratamiento del maltrato y abandono. Un ejemplo interesante es lo que se realiza en el *Child Abuse Council* perteneciente a la ciudad de Tampa (Estado de Florida). Aquí se combinan tratamientos de los dos tipos ahora presentados. Se centran en dos programas: el *Rainbow Family Learning Center* y el *Friend-to-Friend Program*.

El primero es un centro similar en sus aspectos formales a una guardería, al que los niños de 0-5 años que han sido maltratados acuden 8 horas al día y cinco días a la semana. Se trata, en principio, de una alternativa intermedia, para casos severos, al hogar-sustituto de 24 horas al día. Se intenta proporcionar a los padres un relevo inmediato en las presiones y el peso del cuidado del niño, un apoyo en momentos de crisis y un ambiente comprensivo y de apoyo a los padres en su implicación con el niño.

Se admiten y tratan en este Centro a familias con problemas de maltrato o alto-riesgo durante 3 a 6 meses. Los niños reciben un amplio tratamiento relacionado con el desarrollo emocional, cognitivo y lingüístico. Se trabaja también el Juego Social, la autopercepción y la expresión y control del cuerpo. El objetivo, en el caso del niño, es mejorar su autoimagen, habitualmente deteriorada en estos casos y prepararlo para la relación social posterior.

Los padres (la madre normalmente) tienen la obligación de acudir a sesiones de

dos horas semanales de terapia en grupo o individual y a permanecer tres días mínimo a la semana (dos horas al día) en interacción madre-niño supervisada y asesorada. La mayoría parecen superar esos mínimos.

Se enseña a las madres el cuidado físico en temas como el confort del niño, su seguridad, la alimentación, la prevención de enfermedades, el vestido, la disciplina, etc. También se dan consejos sobre el cuidado emocional y afectivo.

Además del trabajo en este Centro, la mayoría de las familias participan en el programa "Friend-to-Friend" ("Amigo para un Amigo"). Este programa se basa en el "Parent-Aide" y en el voluntariado. Está diseñado para cubrir las necesidades de relación social de las familias con estos problemas. Se trabaja con personas y familias voluntarias y ordinarias que tienen estabilidad emocional suficiente y calor humano para dar apoyo a otros adultos.

Los objetivos fundamentales son el reducir el aislamiento social, el aumentar el auto-concepto del sujeto, el servir de modelo constructivo en la relación con el niño y el aprender a utilizar los servicios de apoyo existentes en la comunidad.

Los voluntarios son sujetos elegidos cuidadosamente y se les exige una alta capacidad de establecer una relación cálida, de aceptación y no evaluadora, un alto nivel de madurez —estabilidad, sensibilidad y paciencia— y una máxima confidencialidad.

La combinación de ambos tratamientos, el de interacción con el niño y el de apoyo social proporcionan unos excelentes resultados en muchos casos a veces considerados severos.

Dentro de esta línea de tratamiento global y comprensivo, un importante exponente es J. R. Lutzker (1984). Este autor considera el maltrato como un problema con muchas facetas y que necesita servicios de tratamiento con muchas aproximaciones. Trabaja con sujetos de bajo nivel socioeconómico, de zona rural, con predominio de sujetos aislados, con pocos contactos sociales. Titula a su programa "Una aproximación ECOCONDUCTUAL" y trata de abordar el problema a través de 12 vías de acceso simultáneas:

1. Entrenamiento en la interacción con el niño. Técnicas conductuales.

2. Entrenamiento del niño en habilidades básicas en función de su edad: superación de los retrasos, aprendizaje de la limpieza o higiene básica.
3. Formación de los padres en nutrición y cuidados de la salud infantil.
4. Seguridad en el hogar: método audiovisual que describe los peligros habituales del hogar y trata de corregir las situaciones que generan accidentes y situaciones de tensión.
5. Consejo en los problemas de relación marital y de pareja.
6. Aumento de la tolerancia al stress y control de la agresión, a través de técnicas de relajación.
7. Manejo de los temas económicos.
8. Aprendizaje de actividades para el ocio y el tiempo libre.
9. Búsqueda de trabajo.
10. Entrenamiento en auto-control comportamental y enseñanza de estrategias de solución de problemas a nivel cognitivo y conductual.
11. Programa especial de solución del alcoholismo.
12. Programa especial para madres jóvenes y solteras: se proporciona entrenamiento prenatal y postnatal de preparación al parto, nutrición del niño y la madre, atención médica y planificación familiar.

Lo importante de este trabajo de Lutzker es el enfoque global y, en consecuencia, el abordaje multidisciplinar del problema. En cada caso se pondrá un mayor énfasis en algún aspecto concreto, pero la disponibilidad de múltiples alternativas de búsqueda de solución confiere a este programa una importancia destacada.

Evaluación de los resultados del tratamiento

Un aspecto de evidente importancia es la valoración del nivel de éxito o fracaso del tratamiento. Se trata de un aspecto de gran complejidad y de difícil solución en

todo el ámbito de la psicología clínica que se agudiza en este tema.

El primer y básico problema es la definición del éxito o fracaso. Cada autor tiene opiniones diferentes al respecto y esto condiciona la presentación de los resultados.

Se han utilizado muy diferentes formas de realizar esta evaluación (Smith y Rachman, 1984):

1. Incidencia de recaídas. Repetición o no de los episodios de maltrato o abandono.
2. Posibilidad o no de que el niño vuelva a casa en caso de haber sido separado.
3. Evaluación por parte de una persona conocedora de esa familia, a través de una entrevista clínica standarizada, de las variaciones en el manejo del niño, en el aislamiento social, etc.
4. Técnicas de observación sistemática realizada periódicamente acerca de las habilidades parentales, del número de conductas agresivas, de las conductas positivas, del uso de castigos apropiados, de la forma de realizar los mandatos.

Estas técnicas de observación se han realizado en situaciones de interacción libre, o en situaciones artificiales en las que se trata de enseñar al niño una tarea desconocida u ordenarle que realice determinada tarea.

5. Cuestionarios standarizados que miden el riesgo de maltrato para analizar la variación en las puntuaciones obtenidas. Un buen ejemplo utilizado con éxito es el "Child Abuse Potential Inventor" (Milner, 1980) ("Child Abuse Council"; At-Riak Parent Child Program) (Ayoub y Jacewitz, 1983).
6. Inventarios de evaluación de los problemas de conducta del niño. La presencia o ausencia de este tipo de problemas sería un indicador indirecto del nivel de mejoría en la relación e interacción familiar.

Un aspecto básico de la evaluación de la eficacia del tratamiento es el seguimiento del caso a corto, medio o largo plazo. Tema de gran importancia aún sin resolver efectivamente es la evaluación del éxito del tratamiento una vez transcurridos uno o

dos años después de abandonar la intervención directa. Se agudiza el problema si en lugar de considerar como éxito la no-reincidencia se elige un criterio más amplio que incluya una mejora sustancial en la calidad global de vida del niño.

4. Prevención

No es preciso recalcar demasiado que en este tema al que nos referimos es quizá más necesario que en ninguno priorizar de manera absoluta la estrategia preventiva. El maltrato y abandono, y todos sus correlatos de relación familiar, una vez ocurridos, generan una serie de deficiencias y alteraciones en el niño y en la familia que resultan altamente dañinos (Altemeier et al., 1982). Aunque se consiga reconducir la problemática hacia otro camino más adaptativo, el efecto pernicioso de estas situaciones es de gran importancia.

Tradicionalmente se han planteado tres diferentes perspectivas preventivas en las diferentes áreas de intervención social. Aplicadas éstas al tema del maltrato son las siguientes (Helfer y Kempe, 1976):

1. *Prevención Primaria.* Cualquier actuación fundamentalmente a nivel social que trate de alterar y cambiar una amplia estructura social: evitar situaciones de pobreza o marginación, cambiar un plan de atención hospitalaria o de salud pública. Estas modificaciones afectarían a un gran número de personas (más que a individuos concretos seleccionados por una razón específica).

2. *Prevención Secundaria.* Cualquier programa o actuación implementados para un individuo o grupo de individuos que han sido identificados como pertenecientes a un ambiente de alto-riesgo, tratando de evitar que se produzca el efecto que se trata de prevenir.

3. *Prevención Terciaria.* Cualquier programa iniciado después de que se haya producido el hecho en cuestión. Se trata de evitar la reaparición de ese acontecimiento o las consecuencias negativas del mismo.

En esta revisión, voy a centrarme en la Prevención Secundaria. La Primaria requiere una actuación de gran envergadura que no es objeto de este trabajo. La Terciaria se podría incluir en el contexto del Tratamiento anteriormente presentado.

El abordaje preventivo secundario obliga a hacer referencia a la detección de esos casos con los que se pretende intervenir. Ya se ha planteado en este artículo el tema de la detección. Es preciso recordar aquí que es prácticamente imposible identificar *en exclusiva* a los padres que van a maltratar o abandonar a sus hijos. Lo que sí es factible es identificar a futuros padres "con riesgo" o con un potencial determinado para tener problemas en la interacción con el niño. Y con ese conjunto de familias-riesgo es con quienes se deben y pueden desarrollarse planes de prevención.

Lejos de ser esto un defecto, y teniendo en cuenta el símil antes presentado del "iceberg", creo que la intervención preventiva debe servir para mejorar las relaciones paterno-filiales en toda familia donde haya sido detectado riesgo de problemas severos y no exclusivamente malos tratos. Entender el abordaje preventivo no sólo como la evitación de los malos tratos, sino como la búsqueda de relaciones familiares óptimas, supone una ampliación del marco de la actividad preventiva, acorde con las posibilidades de los sistemas de detección que utilizamos.

Como ocurría en el aspecto terapéutico, algunos autores han desarrollado sus planes de prevención tratando de paliar lo que ellos consideran el factor causal básico o fundamental.

W. A. Altermeier (1982, 1984, 1985a, 1985b) es uno de los autores que mejor han estudiado el tema del maltrato desde la perspectiva preventiva. Desde su punto de vista, la mayoría de las madres o padres que han maltratado o desatendido a sus hijos han sufrido durante su infancia una deficiente relación afectiva. Hay datos constatables en los que se aprecia que han vivido en hogares sustitutos, que fueron separados de sus madres, que sentían que sus padres estaban a disgusto con ellos o que recibieron severos castigos que consideraron injustos.

En sus trabajos de investigación longitudinales y de muy costoso diseño, demuestra que el factor de riesgo más importante es el haberse sentido no deseado ni querido. No niega, evidentemente, la presencia de otros factores de riesgo importantes también.

Para atajar estos factores de riesgo sería necesario la presencia de amplios equipos

multidisciplinares. Esto supondría una aproximación demasiado cara y posiblemente no aplicable a familias alto-riesgo que no han empezado aún a desarrollar el maltrato.

Altemeier propone como alternativa el atajar la condición de riesgo considerada como básica, es decir, dirigir todos los recursos (escasos habitualmente) hacia el factor primario de riesgo.

Altemeier trata de actuar en dos niveles:

1. En la prevención de esas relaciones distorsionadas y carentes de afecto en la infancia, y
2. en corregir los efectos y paliar la ausencia de esa relación afectiva, minimizando sus efectos.

La intervención preventiva se basa, por tanto, en un profesional o grupo de profesionales que puedan servir como "padre o madre sustituto", para padres o madres que reúnan esas características-riesgo. Este profesional debe proporcionar una relación empática e íntima con la familia, ser fácilmente accesible y capaz de desarrollar esa relación afectiva.

En esta misma línea de centrarse en el aspecto básico y fundamental de riesgo trabaja D. R. Powell (1980). Su abordaje preventivo se basa en la solución del problema de la ausencia de apoyo social. El objetivo de su programa es mejorar la forma en que los padres usan su grupo social-familiar de tal manera que sirva de apoyo para su funcionamiento en la relación con el niño. Para ello, se procura que los padres formen sistemas de apoyo mutuo con otros padres incluidos en el programa.

Método:

- Diez o doce padres se reúnen en grupo con sus hijos dos veces a la semana en períodos de dos horas en un ambiente similar al hogar y con paraprofesionales.
- Se trabaja en el desarrollo de las habilidades que se requieren para crear y mantener un grupo de apoyo social: saber escuchar, respetar las opiniones de los demás, cooperación y reciprocidad. No se trata de crear ese grupo social sino crear las habilidades para que el propio sujeto lo desarrolle y sea capaz de mantenerlo y ampliarlo.

— Se enseña a los asistentes a usar los recursos de la comunidad.

En la presentación de los resultados preliminares de su programa, se indica que hay una clara relación entre el grado de implicación con otros adultos y la calidad de las conductas maternas. Se confirma en este sentido que el grupo social de apoyo sirve para mediatizar el stress y para facilitar la responsabilidad en el cuidado del niño.

Otro conjunto de autores han sido más ambiciosos y se han planteado que la verdadera prevención de muchas formas de maltrato infantil es posible si, y sólo si, el abordaje es multifactorial y con entrada desde focos diferentes y complementarios.

D. A. Wolfe y I. G. Manion (1984) están en esta línea y proponen un "paquete" de medidas preventivas que aborde el problema desde tres focos igualmente importantes:

1. *Padres-Hijo:*

—Mejoría y desarrollo de estrategias efectivas para la solución de problemas en la relación con el niño.

—Mejora de la percepción del niño, que pase de ser únicamente una fuente de conflicto a una fuente de felicidad.

2. *Relaciones familiares:*

—Solución de las dificultades maritales y la inestabilidad de la pareja.

—Búsqueda de apoyo social, a través de grupos de madres con los mismos problemas. Se consigue interacción social, se comparten los problemas, etc.

3. *Formación:*

—Instrucción en el desarrollo normal del niño.

—Paliar algunas deficiencias en el niño.

—Modificaciones de las expectativas que la madre tiene acerca de la naturaleza y comportamiento normal del niño.

—A través de la imaginación y del "rol playing", se le prepara también para situaciones futuras de relación con el niño, para situaciones típicas de otros momentos evolutivos.

Hasta aquí se han presentado algunos ejemplos de estrategias de intervención preventiva. Creo que, en definitiva, se trata ni más ni menos que de hacer desaparecer esos factores de riesgo que pudieran desencadenar el maltrato. El factor o factores sobre los que se ponga más énfasis y la forma particular de intervenir varían de programa a programa. Será necesario evaluar en nuestro contexto cultural algunos problemas preventivos con el objeto de poder extender con seguridad su marco de aplicación.

Creo, de todas formas, que sea cual sea el tipo de programa preventivo, éste debe de recoger algunos aspectos fundamentales. Son acertados e idóneos los planteados por Ayoub y Jacewitz (1981) y que me parece oportuno presentar aquí:

1. Se debe procurar una atención "normal", entendiendo por tal aquella que evite la estigmatización del sujeto o familia. Se debe suministrar la atención en un ambiente en el que sea habitual la asistencia a poblaciones amplias y normales. Se trata de evitar la creación especial de Centros que conllevan una imagen de discriminación.
2. Se debe procurar ofrecer una variedad de servicios pero en un solo lugar o ambiente familiar cercano al lugar de residencia habitual del sujeto.
3. Basar la intervención preventiva en la figura del "profesional puente" que establece una relación primaria, una relación de "apego" con el sujeto. Ya sea un trabajador social o una enfermera o cualquier otra persona, se trata de crear una relación estrecha con la familia a través de un contacto extensivo e intensivo.
4. Identificación de las familias-riesgo durante el período prenatal y perinatal. Se trata de aprovechar ese momento de crisis propio de cualquier situación de transición que genera una mayor apertura hacia la intervención profesional. Una familia stressada, con múltiples problemas y con pocas habilidades parentales puede ser capaz de recibir consejo e instrucción en cuidados del niño en los momentos y días que rodean al parto, mientras que en otros momentos tal implicación profesional en los asuntos familiares puede ser percibida como hostil e intrusiva.

Conclusiones

Este trabajo ha tratado de presentar de manera resumida y asequible las diferentes posibilidades y vías de intervención tanto terapéutica como preventiva que se han venido utilizando en los casos de malos tratos y abandono.

El objetivo central ha sido no tanto el describir esos programas en concreto, sino demostrar que es posible, con medios y condiciones para ello, solucionar una parte importante de estos casos sin tener que recurrir necesariamente a la separación familiar. En la medida en que sea posible hacer desaparecer o paliar algunas condiciones que provocaban esa relación extremada-

mente desadaptada con el hijo, es evidente que se debe ver el inicio de solución del problema.

También creo que se deduce de lo presentado en este trabajo la necesidad absoluta de una coordinación de los diferentes servicios y de los profesionales que trabajan en ellos, y, derivado de ello, la unificación mínima de criterios con los que se abordan estos casos. No es todo cuestión de crear servicios y de poner más profesionales, sino de utilizar al máximo los recursos humanos existentes tanto profesionales como voluntarios.

Joaquín de Paul Ochotorena

U.P.V./E.H.U.

ANEXO I

INDICADORES DE MALTRATO Y ABANDONO

(Extraído de: "The Role of the Educator in the Prevention and Treatment of Child Abuse and Neglect", C.M. LeBoeuf (Ed.). Community Council on Child Abuse & Neglect, Inc. 1982. P- 8.).

Categoría	Indicadores físicos en el niño	Indicadores comportamentales del niño	Conducta del cuidador
	<ul style="list-style-type: none"> — Magulladuras o moratones: en rostro, labios o boca; en diferentes fases de cicatrización; en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos; con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido inflingidos; en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones. — Quemaduras: de puros o cigarros; quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (como un guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales. indicativas de inmersión en líquido caliente; quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas; quemaduras con objetos que dejan una señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.). — Fracturas: en el cráneo, nariz o mandíbula; fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas); en diversas fases de cicatrización; fracturas múltiples; cualquier fractura en un niño menor de dos años. — Heridas o raspaduras: en la boca, labios, encías u ojos; en los genitales externos; en la parte posterior de los brazos, piernas o torso. — Lesiones abdominales: hinchazón del abdomen; dolor localizado; vómitos constantes. — Señales de mordeduras humanas (especialmente cuando parecen ser de un adulto o son recurrentes). 	<ul style="list-style-type: none"> — Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos. — Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran. — Muestra conductas extremas (ej. agresividad o rechazo extremos). — Parece tener miedo de sus padres. — Informa que su padre/madre le ha causado alguna lesión. 	<ul style="list-style-type: none"> — Ha sido objeto de maltrato en su infancia. — Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, falta comida y condición del niño. — No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño, o éstas son ilógicas, no convincentes, o contradictorias. — Parece no preocuparse por el niño. — Percibe el niño de manera significativamente negativa (ej., le ve como malo, perverso, un monstruo, etc.). — Psicótico o psicópata. — Abusa del alcohol u otras drogas. — Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de ésta.

Categoría	Indicadores físicos en el niño	Indicadores comportamentales del niño	Conducta del cuidador
ABUSO SEXUAL	— Constantemente sucio, escasa higiene, hambriento o inapropiadamente vestido. — Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo. — Cansancio o apatía permanentes. — Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej., heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios necesarios. — Es explotado, se le hace trabajar en exceso, o no va a la escuela. — Ha sido abandonado.	— Participa en acciones delictivas (ej., vandalismo, prostitución, drogas y alcohol, etc.). — Pide o roba comida. — Raras veces asiste a la escuela. — Dice que no hay nadie que le cuide.	— Abuso de drogas o alcohol. — La vida en el hogar es caótica. — Muestra evidencias de apatía o inutilidad. — Está mentalmente enfermo o tiene un bajo nivel intelectual. — Tiene una enfermedad crónica. — Fue objeto de negligencia en su infancia.
NEGLIGENCIA	— Dificultad para andar y sentarse. — Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada. — Se queja de dolor o picor en la zona genital. — Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal. — Tiene una enfermedad venérea. — Tiene la cerviz o la vulva hinchados o rojos. — Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa. — Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia).	— Parece reservado, rechazante o con fantasías o conductas infantiles, incluso puede parecer retrasado. — Tiene escasas relaciones con sus compañeros. — Comete acciones delictivas o se fuga. — Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales. — Dice que ha sido atacado sexualmente por un padre/cuidador.	— Extremadamente protector o celoso del niño. — Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador. — Sufrió abuso sexual en su infancia. — Experimenta dificultades en su matrimonio. — Abuso de drogas o alcohol. — Está frecuentemente ausente del hogar.
MALTRATO FÍSICO	— El maltrato emocional, a menudo menos perceptible que otras formas de abuso, puede ser indicado por las conductas del niño y del cuidador.	— Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente. — Es extremadamente agresivo, exigente o rabioso. — Muestra conductas extremadamente adaptativas que son o bien demasiado "de adultos" (ej., hacer el papel de padre de otros niños) o demasiado infantiles (ej., mecerse constantemente, chuparse el pulgar, enuresia). — Retrasos en el desarrollo físico, emocional e intelectual. — Intentos de suicidio.	— 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.

ANEXO II

COMPONENTES IMPLICADOS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL MALTRATO PSICOLÓGICO-EMOCIONAL

(Extraído de: Garbarino, J. (1986) "Identifying cases of maltreatment" en el Capítulo tercero, pág. 69. de "The Psychologically Battered Child" del mismo autor).

CONTEXTO AMBIENTAL

1. Familia perteneciente a comunidades aisladas o marginadas: pobreza, familias muy numerosas, ausencia de recursos sociales.
2. Familias aisladas en sí mismas: alta valoración de lo privado, pocas amistades, etc.

CONTEXTO FAMILIAR

1. Anulación del significado de la unidad familiar.
2. Expansión del stress y del conflicto marital.
3. Falta de comprensión parental sobre el desarrollo del niño.
4. Ausencia de los padres de las adecuadas habilidades parentales.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PADRES

A. COMPORTAMIENTO:

1. Incapacidad de responder a las necesidades físicas y psicológicas del niño.
2. Se proporcionan respuestas parciales o inapropiadas a las necesidades del niño:

- a) se hacen demandas excesivas.
 - b) se infantiliza.
 - c) se corrompe o desocializa.
 - d) se falta a su respeto.
 - e) falta de consistencia.
3. Se proporciona una respuesta destructiva a las necesidades del niño.

B. PERSONALIDAD:

- 1. Fueron maltratados cuando eran niños.
- 2. Adictos a drogas o alcohol.
- 3. Tienden a crear un ambiente stressado en las interacciones.
- 4. Mentalmente enfermos o retrasados.

CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS

A. BEBES:

Muestran un retraso no orgánico en el crecimiento. Irritabilidad exagerada, respuestas sociales inadecuadas. Falta de armonía y estabilidad en la relación con los padres.

B. NIÑOS:

Se sienten no queridos, inferiores, con baja autoestima y con una visión negativa del ambiente. Ansiedad y agresividad volcadas hacia sí mismo o hacia los demás. Comportamiento social inadecuado.

C. ADOLESCENTES

Sentimientos similares a los anteriores, pero con respuestas más severas. Se puede llegar a conductas destructivas, depresión, suicidio, fugas de domicilio, predelincuencia, etc.

ANEXO III

Los profesionales ajenos a los servicios sociales ante un caso de "sospecha" de maltrato o abandono. La entrevista con el niño y los padres: "Qué hacer" y "qué no hacer"

(Tomado de: "The Educator's Role in the Prevention and Treatment of Child Abuse and Neglect". The User Manual Series. U.S. Department of Health and Human Services, 1984.)

LA ENTREVISTA CON EL NIÑO

1. QUE HACER:

- Si el niño tiene más de 3 años, entrevistarle a él mismo. Realizar la entrevista en privado, donde el niño se sienta seguro de que nadie puede verle y oírle.
- El entrevistador ha de ser alguien en quien el niño confíe y a quien respete.
- Sentarse cerca del niño, no al otro lado de una mesa o pupitre.
- Asegurar al niño que la entrevista es confidencial; advertirle de cualquier acción futura que pueda ser necesaria.
- Emplear un lenguaje comprensible para el niño y pedirle que clarifique palabras/términos que no se entienden.

- Tocar cariñosamente al niño, mantener un contacto no-amenazante si éste lo acepta (agarrarle, abrazarle, etc.).

2. QUE NO HACER:

- Manifestar horror, susto o desaprobación hacia los padres, el niño o la situación.
- Permitir que el niño se sienta "culpable" o "en un apuro".
- Indagar o pedir insistentemente respuestas que el niño está poco dispuesto a dar.
- Sugerir respuestas al niño.
- Realizar cualquier movimiento amenazante hacia el niño.
- Forzar al niño a desvertirse.
- Pedir al niño que "repita su historia" en presencia de otra persona.
- Realizar la entrevista con un grupo de entrevistadores (puede realizarse entre dos personas).

LA ENTREVISTA CON LOS PADRES

1. QUE HACER:

- Realizar la entrevista en privado.
- Asumir una actitud de no-juzgar, ni punitiva ni amenazante.
- Ser directo, honesto y profesional.

- Asegurar al padre/madre (o ambos) que la entrevista es confidencial; ser sincero con respecto a si se ha realizado o se va a realizar una denuncia; advertirse de la responsabilidad legal de denunciarlo.
- Asegurar el apoyo del entrevistador (de la institución que éste represente).

2. QUE NO HACER:

- Manifestar horror, cólera o desaprobación hacia los padres, el niño o la situación.
- Intentar "probar" la existencia de abuso o negligencia con acusaciones o exigencias.
- Entrometerse en aspectos familiares no relacionados con la situación específica.
- Echar la culpa o juzgar a los padres o al niño.

ANEXO IV

Criterios clínicos utilizados en la evaluación del riesgo familiar para los malos tratos en la infancia

(Tomado de: Ayoub, C. y Jacewitz, M.M.: "At Risk Parent-Child Program, Inc." Tulsa. Ocklahoma. USA.

A) INDICADORES BIOLÓGICOS DE RIESGO:

1. Niño prematuro.
2. Niños con defectos congénitos.
3. Niño con patrones alimenticios o de sueño defectuosos. Los comunmente llamados "niños difíciles".
4. Niños con problemas médicos, incluidas las dificultades evolutivas y de alimentación.
5. Madres con algunas enfermedades físicas, particularmente si ocurren en períodos vulnerables, incluidos el embarazo, el nacimiento y el postparto.
6. Historia reciente de enfermedades serias o fallecimiento de hermanos u otros familiares significativos.
7. Características físicas del niño que no cumplen las expectativas de los padres.

B) INDICADORES PSICOLÓGICOS DE RIESGO:

1. Historia parental de infancia infeliz con de privación física y/o emocional.

2. Aislamiento social o emocional de los padres.
3. Historia de dificultades emocionales en el pasado: depresión, ansiedad, etc.
4. Limitaciones intelectuales moderadas-severas.
5. Adicción parental a las drogas o el alcohol.

C) INDICADORES SOCIALES DE RIESGO

1. Condiciones de vida, extremadamente pobres.
2. Dificultades económicas.
3. Desempleo.
4. Movilidad social. Emigración.
5. Falta de medio autónomo de transporte.
6. Historia de actividades violentas y/o ilegales.
7. Problemas de Salud generados por la falta de cuidados médicos o nutritivos.

D) INDICADORES INTERACCIONALES DE RIESGO:

1. Dificultades maritales. Conflictos o falta de apoyo.
2. Dificultades familiares. Conflictos o falta de apoyo.
3. Dificultades en el vínculo Padre/Madre-Hijo.

ANEXO V

Identificación temprana del riesgo de problemas en la interacción familiar; indicios o señales de alto riesgo en el marco de la clínica pre y postnatal

Este Anexo presenta de manera sistematizada una serie de observaciones que, realizadas en los momentos anteriores, posteriores y durante el parto, pueden ayudar a detectar madres con riesgo de desarrollar problemas en la relación con sus hijos.

Los autores (Gray et al.; en Helfer, R.E. y Kempe, C.H., 1976, p. 377 y ss.) han utilizado esta entrevista en el marco de la atención sanitaria, proponiendo que la valoración de todas las cuestiones incluidas ha de ser realizada a través de observaciones (más o menos informales) del personal clínico.

"Una situación de Alto-Riesgo no se traduce exclusivamente en *uno* cualquiera de los ítems recogidos, sino que se refiere más bien a combinaciones diversas de tales señales, al grado de énfasis que la familia pone en ellos, y a su inflexibilidad o resistencia al cambio. El "entrevistador" debe tener en cuenta la edad, nivel cultural y educativo de la paciente, y combinar esta información con observaciones acerca de su estado afectivo y el significado de sus sentimientos" (Op. cit, p. 381).

Señales o indicios de alto-riesgo en el marco de la clínica prenatal

- A) Excesivo interés o preocupación antes del nacimiento por el sexo del bebé
1. Razones por las cuales un determinado sexo es tan importante (por ejemplo, para cubrir las necesidades de la madre).
 2. Necesidad materna de satisfacer al padre con el sexo del bebé.
 3. Naturaleza y rigidez de tales necesidades.
- B) Manifestación de expectativas altas hacia el niño.
1. Excesivo interés o preocupación por el progreso del niño en su desarrollo tanto general como físico, su comportamiento y por la 'disciplina.
 2. Necesidad de los padres de controlar las acciones y reacciones del niño.
 3. ¿Es deseado el niño para cubrir necesidades no satisfechas en las vidas de los padres?
- C) ¿Va a estar "de más" este niño?
1. ¿Hay una separación o espaciamiento adecuado entre este niño y su inmediato superior?
 2. ¿Ha habido evidencia durante el embarazo de una relación "desintegrada" con el (los) hijos(s) mayores), por ejemplo, abuso físico o emocional por primera vez?
- D) Evidencia de deseo por parte de la madre de rechazar o negar el embarazo.
1. Negativa o mala disposición a ganar peso.
 2. Rechazo a hablar acerca del embarazo de manera proporcionada o en consonancia con la realidad de la situación.
3. No vestirse con ropa pre-mamá cuando sería lo apropiado.
 4. No hacer proyectos sobre el cuarto, ajuar, etc. del niño en el hogar.
- E) Depresión severa durante el embarazo.
1. Inicio de depresión durante el embarazo.
 2. Información acerca de perturbaciones en el sueño que no pueden ser relacionadas con aspectos físicos del embarazo.
 3. Intento de suicidio.
 4. Aislamiento social.
 5. Estado de ánimo "apático".
- F) ¿Alguno de los padres ha considerado anteriormente en algún momento de manera seria la posibilidad de abortar?
1. ¿Por qué no lo llevaron a cabo?
 2. ¿Retrasaron pasivamente el tomar una decisión hasta que la posibilidad de realizar un aborto fue considerada no factible bajo criterios médicos ("legales")?
- G) ¿Han considerado los padres alguna vez de manera seria la idea de abandonar o renunciar al niño? /
1. ¿Por qué cambiaron de opinión?
 2. Razones y "tono" con los que expresan el cambio de decisión.
- H) ¿A quién recurre la madre para lograr apoyo?
1. ¿En qué medida la madre percibe que estas personas son dignas de confianza y le prestan ayuda y atención?
 2. ¿Quién acompaña a la madre a la clínica?
 3. ¿Hay alguna organización o asociación comunitaria que le proporcione algún tipo de apoyo?
- I) ¿Está la madre muy sola y/o asustada?
1. ¿Se debe esto únicamente a la falta de educación y conocimientos acerca del embarazo y el parto?
 2. Está excesivamente preocupada por los cambios físicos durante el embarazo y el parto?
 3. Las explicaciones cuidadosas y detalladas, clases prenatales, etc., ¿disipan esos temores?

4. La madre tiende a dirigir y mantener el foco de la entrevista en sus temores y necesidades más que en expresar sentimientos de expectación, ilusión, entusiasmo o alegría proyectados sobre el bebé próximo a nacer.
- J) A causa de "mí" (el "entrevistador"), la madre hace demasiadas visitas no programadas a la clínica prenatal o a la sala de urgencias.
1. Manifestando dolencias físicas exageradas en el niño que no pueden ser corroboradas mediante exámenes físicos o pruebas de laboratorio.
 2. Múltiples dolencias o enfermedades psicosomáticas.
 3. Excesiva dependencia del médico o de la enfermera.
- K) ¿Cuáles son las condiciones de vida de la paciente?
1. ¿Son adecuadas las condiciones físicas de alojamiento?
 2. ¿Tiene teléfono?
 3. ¿Dispone de medios de transporte?
 4. ¿Tiene amigos o parientes que vivan cerca suyo?
- L) Los padres no pueden hablar libremente acerca de los aspectos anteriores y evitan el contacto visual.
- M) ¿Qué se puede averiguar acerca de la historia de vida de los padres?
1. ¿Crecieron en un hogar adoptivo?
 2. ¿Vivieron con un familiar y más tarde se trasladaron a vivir con otro pariente?
 3. ¿Qué tipo de disciplina utilizaron con ellos? (El sujeto puede no percibirlos como abusivos).
 4. ¿Proyectan criar a sus hijos del mismo modo en que sus padres lo hicieron con ellos?

Señales o indicios de alto-riesgo en la sala de partos

- A) Aspecto de la madre:
1. ¿Cómo MIRA la madre al niño?
 2. ¿Qué DICE la madre?
 3. ¿Qué HACE la madre?

B) Las siguientes frases pueden ayudar a la organización de la información teniendo en cuenta las observaciones mencionadas anteriormente:

1. ¿El padre/madre parece triste, feliz, apático, desilusionado, enfadado, agotado, asustado, ambivalente?
2. ¿Habla el padre/madre al bebé, al cónyuge, utiliza el nombre del niño, establece con éste contacto visual, le toca, abraza, examina?
3. ¿El cónyuge, amigos y/o parientes ofrecen apoyo, manifiestan críticas, rechazo o ambivalencia?

C) Si la interacción parece sospechosa, se debe realizar una evaluación adicional.

D) Las reacciones mostradas en el parto y que son preocupantes incluyen:

1. Falta de interés por el bebé, ambivalente, reacción de pasividad.
2. La madre dirige el foco de atención hacia sí misma.
3. Escasa disposición o rechazo a coger al niño, incluso cuando se lo ofrecen.
4. Hostilidad dirigida hacia el padre.
5. Inapropiadas verbalizaciones o miradas dirigidas al niño, expresión clara y categórica de hostilidad.
6. Comentarios u observaciones depreciativas acerca del sexo o características físicas del bebé.
7. Decepción con respecto al sexo u otras características físicas del neonato.

Señales o indicios de alto-riesgo en el período posterior al parto

- A) ¿Permanece la familia decepcionada con el sexo del bebé?
- B) ¿Cuál es el nombre del niño?
1. ¿Como quién se llama?
 2. ¿Quién escogió el nombre?
 3. ¿Cuándo se eligió el nombre?
 4. ¿Se utiliza el nombre del niño cuando se le habla o cuando se habla de él?

- C) ¿Cuál fue/es la reacción del marido y/o familia al neonato?
1. ¿Proporcionan apoyo?
 2. ¿Son críticos?
 3. ¿Intentan acaparar y controlar la situación?
 4. ¿Está celoso el marido por la cantidad de tiempo y energía que el bebé exige de la madre?
- D) ¿Qué tipo de apoyo, además del de la familia, está recibiendo la madre?
- E) ¿Hay problemas de rivalidad/celos en los hermanos?, ¿piensa la madre que habrá alguno?, ¿cómo piensa solucionarlos?, ¿o niega que un nuevo hermano cambiará las relaciones existentes en la familia?
- F) ¿Se molesta la madre ante el lloro del niño?:
1. ¿Cómo le hace sentirse?, ¿enfadada?, ¿incapaz?, ¿como cuando llora ella misma?
- G) Alimentación:
1. ¿Ve la madre al niño como demasiado exigente en sus necesidades alimenticias?
 2. ¿Ignora la madre estas demandas?
 3. ¿Siente repulsa/rechazo por la suciedad, los vómitos, etc.?
 4. ¿Siente repulsa/rechazo por los ruidos que hace el bebé al mamar?
- H) ¿Cómo ve la madre el cambiar los pañales?
1. ¿Siente repulsa/rechazo por la suciedad, olores, etc.?
- I) ¿Exceden sus expectativas acerca del desarrollo del niño las capacidades de éste?
- J) Control o ausencia de control de la madre sobre la situación:
1. ¿Se implica y controla las necesidades del niño y lo que va a suceder (en la sala de espera y durante el examen médico)?
- ¿Delega el control en el médico, enfermera, etc. (desnudar, coger, permitir al niño expresar temores, etc.)?
- K) ¿Puede expresar la madre que se divierte con el niño?
1. ¿Puede verle como un individuo separado?
 2. ¿Puede centrar su atención en él y encontrar algo positivo en ello para sí misma?
- L) ¿Puede la madre establecer y mantener un contacto visual directo (mirando a los ojos), frente a frente, con el bebé?~
- M) ¿Cómo habla con el bebé?
- N) ¿Son generalmente negativas sus verbalizaciones acerca del niño?
- O) Cuando el niño llora, ¿la madre le tranquiliza o es capaz de hacerlo?
- P) ¿Tiene quejas (de comportamiento y salud) acerca del niño que no pueden ser verificadas?
1. Múltiples llamadas de urgencia por dolencias mínimas, problemas no serios.
 2. Llamadas continuas por problemas pequeños, por cosas que a los profesionales les parecen sin importancia, pero que la madre las percibe como más importantes.
 3. Dice que el bebé cosas "a propósito" exclusivamente para irritar a los padres.
 4. En su presencia (la del "entrevistador"), la madre describe una característica del niño que usted no puede verificar —por ejemplo, que el bebé llora continuamente.
 5. La cuenta a usted historias en esencia increíbles acerca del bebé —por ejemplo, que ha dejado de respirar, ha cambiado de color en los últimos 30 minutos y ahora parece estar bien.
- Q) Manipulación de las personas que trabajan con la familia: enfrentar a la enfermera con el terapeuta, al médico con el trabajador social, mediante quejas y mentiras. Distorsión de la información, etc.