

FORMAS SUTILES DE MALTRATO INFANTIL

"Es más fácil criar niños fuertes que reparar hombres rotos."

Frederick Douglass (1818-1895)

Dr. Juan Pablo Mouesca

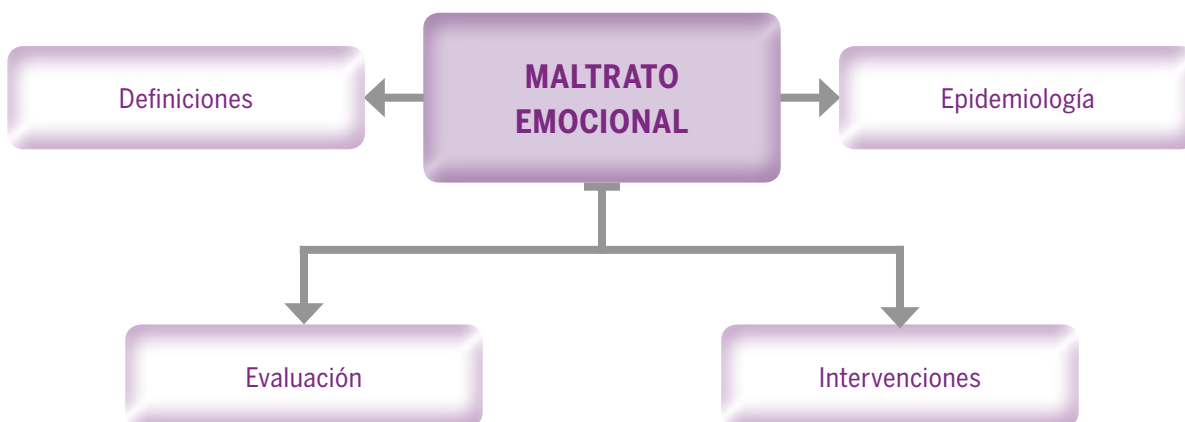
Pediatra universitario. Psiquiatra infantojuvenil.

Pediatra de la Unidad de Violencia Familiar del
Hospital General de Niños P. de Elizalde (ex Casa Cuna)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

OBJETIVOS

- ❖ Reconocer que el maltrato emocional es una forma frecuente e inadvertida del maltrato.
- ❖ Buscar y organizar la información que permite evaluar maltrato emocional y decidir la intervención adecuada.
- ❖ Realizar intervenciones de apoyo y orientación a los padres/cuidadores en el marco de la consulta pediátrica de control.
- ❖ Decidir oportunamente la intervención del Organismo de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.
- ❖ Arbitrar los medios para incrementar la propia capacidad para diagnosticar maltrato emocional/psicológico.

ESQUEMA DE CONTENIDOS





INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es un problema grave y frecuente. Se define como toda acción u omisión que lesione o pueda lesionar a un niño e interfiera en su desarrollo psicofísico, emocional y social. O sea incluye al niño globalmente, en su situación actual y en su desarrollo futuro como persona.

Las formas de maltrato infantil incluyen la negligencia, el maltrato físico, el abuso sexual y el maltrato emocional. En este capítulo se desarrolla el tema de maltrato emocional. El capítulo se titula "Formas sutiles de maltrato" porque, si bien son situaciones evidentes, suelen no ser identificadas como tales.

El maltrato infantil causa morbilidad y mortalidad importante y las secuelas del mismo afectan a las personas en corto y largo plazo, tanto individual como socialmente.

El Estudio de Experiencias Adversas de la Infancia (*Adverse Childhood Experiences Study, ACE*) publicado en 1998 por Felitti y col. se basó en los datos brindados por 17.000 adultos estadounidenses de clase media que ingresaban a un sistema de atención de salud y a los que se les pidió información sobre su infancia. Los resultados mostraron que a mayor número de episodios adversos en la infancia (disfunción familiar, maltrato físico, maltrato emocional y falta de cuidado, entre otros.) mayor es el riesgo de padecer problemas psicológicos como ataques de pánico, afecto depresivo, ansiedad, dificultad para recordar períodos de la infancia, alucinaciones, intentos de suicidio, dificultad para controlar el enojo y mayor riesgo de ejercer violencia conyugal. Por ejemplo, un individuo que tuvo cinco o más episodios adversos tenía cinco veces más riesgo de sufrir depresión que aquellos que no habían experimentado ningún tipo de maltrato. El haber padecido algún tipo de maltrato también se asociaba a mayor riesgo de tener conductas o hábitos inconvenientes para la salud como el alcoholismo, uso de drogas, tabaquismo, inicio temprano de relaciones sexuales, embarazo adolescente, embarazo no deseado, promiscuidad sexual, obesidad.

Tal vez, el impacto de las experiencias traumáticas tempranas sobre las conductas y las emociones no sean sorprendentes, pero también se encontró que aumenta la probabilidad de padecer otras enfermedades, independientemente de las conductas de riesgo, como las enfermedades autoinmunes, el asma, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el cáncer de pulmón, la enfermedad hepática viral, la muerte fetal y la enfermedad cardíaca isquémica. Un individuo con siete experiencias adversas tenía diez veces más riesgo de tener una enfermedad cardíaca.

El estudio mencionado se continuó en 2009 y mostró que incluso el trauma temprano se asocia a una esperanza de vida más corta. Las personas con seis o más experiencias adversas en la infancia morían, en promedio, cerca de veinte años antes que aquellos sin ninguna de estas experiencias.

Los conocimientos científicos avanzan para establecer la vinculación entre las experiencias adversas en la infancia y sus secuelas a lo largo de la vida en la salud física y mental.

Ante una amenaza del ambiente, el cerebro activa el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA) que es el responsable de la respuesta metabólica y cardiovascular al estrés agudo y crónico. Una consecuencia primaria del estrés dañino en edades tempranas, denominado tóxico (causado por maltrato, pobreza extrema, etc.), aunque no sea la toxicidad el mecanismo por el que actúa, es la desregulación del sistema neuroendócrino en desarrollo y del eje HHA, que permanece hiperactivado.

Se ha demostrado que el cortisol elevado daña áreas del cerebro—como el hipocampo— que están involucradas en el aprendizaje, la memoria y la habilidad de regular ciertas respuestas al estrés. Este sistema neuroendócrino está muy vinculado con el sistema inmune. El cortisol hace un *feedback* negativo que frena el eje HHA y también la respuesta inflamatoria, aumentando las chances de infecciones. Por ejemplo, los niños de orfanatos rumanos tenían menor capacidad para mantener latentes las infecciones por herpes.

Las citoquinas y los glucocorticoides son parte del lenguaje químico compartido entre el sistema inmune, la respuesta neuroendócrina al estrés y el cerebro en desarrollo. Las citoquinas que se producen en respuesta a una infección activan el eje HHA y también tienen efecto directo sobre el cerebro llevando a la persona a tener “conducta de enfermo” (pérdida de apetito, fatiga, retraimiento social, ánimo depresivo, irritabilidad y menor rendimiento cognitivo). Hay cada vez mayor evidencia del rol de las citoquinas en la fisiopatología de los trastornos depresivos, desregulaciones de la conducta y síntomas de estrés postraumático en adultos y niños.

La ciencia también avanza para mostrar la eficacia de intervenciones tempranas.

Hay investigaciones que demuestran, en animales, que las interacciones tempranas con los padres programan el funcionamiento del eje HHA. Los roedores adultos que recibieron un adecuado maternaje tenían una respuesta al estrés bien regulada con una moderada activación del eje HHA, mientras que los que tuvieron un maternaje bajo tuvieron respuesta exageradas del eje HHA. Estos diferentes grupos transmitían a su vez a sus crías el mismo tipo de maternaje recibido.

Sin embargo, cuando las crías nacidas de roedores de madres con bajo maternaje eran criadas por madres de alto maternaje, estos animales desarrollaban respuestas al estrés bien reguladas igual a las crías de madres de alto maternaje. Estas diferencias se debieron a una expresión diferente del receptor a glucocorticoides en el cerebro que es regulada epigenéticamente por la crianza. Estas modificaciones hacen que con un mismo genoma se transcriban diferentes proteínas según se prenda o apaguen marcadores epigenéticos por modificación química de los cromosomas.

El descubrimiento del epigenoma explica, a nivel molecular, por qué y cómo las experiencias positivas y negativas pueden tener impacto para toda la vida.

Recientemente el Centro sobre Desarrollo Infantil de la Universidad de Harvard publicó en su página web un artículo multimedia sobre aspectos fundamentales del desarrollo infantil temprano (*Three Core Concepts in Early Development*). Se destacan tres conceptos:

- ◆ las experiencias construyen la arquitectura cerebral,
- ◆ las interacciones de ida y vuelta con los cuidadores cablean los circuitos cerebrales,
- ◆ el estrés tóxico descarrila el desarrollo sano.

Estos nuevos conocimientos aportados por las neurociencias son tan importantes que la Academia Americana de Pediatría está recomendando que, los médicos de atención primaria, en los controles pediátricos habituales, traten de detectar dificultades sociales y emocionales que podrían ser señales tempranas de estrés tóxico. *"Estamos tratando de hacer hincapié en que mucho más importante que solamente escuchar el corazón del bebé es escuchar su cerebro"*, dice Robert Block, ex presidente de ese organismo. Lo dice todavía muy orgánicamente, pero cada vez sabemos más que somos uno, tanto cuando estamos sanos como cuando enfermamos, somos los genes y el cuerpo, somos las experiencias que vivimos y los afectos que recibimos y damos, somos el ambiente en el que nos criamos y en el que nos desarrollamos. Muchos maestros de la pediatría argentina lo han enseñado así, sin conocer de epigenética, hablando de la pediatría amplia. "Amor y proteínas", decía con sencillez, Florencio Escardó.

Algún día, cuidar del desarrollo emocional, favorecer los vínculos en la crianza va a ser tan importante como evaluar la nutrición o evitar sustancias tóxicas en el período fetal. Los pediatras estamos en un lugar privilegiado para hacerlo y para detectar situaciones en las que las relaciones entre cuidadores y niños no son adecuadas para su desarrollo integral.



DEFINICIONES

Aunque pasado por alto y subestimado muchas veces, el maltrato emocional tal vez sea la forma de maltrato infantil más frecuente, compleja y perjudicial. El maltrato emocional o psicológico –se usan indistintamente estos términos–, incluye componentes emocionales y cognitivos.

No hay acuerdo universal en una definición de maltrato emocional. Las dificultades en la definición y en la comprensión del maltrato emocional han favorecido la subvaloración de esta situación.

Existen varias definiciones de maltrato emocional, dos de las principales son las siguientes la clásica de la *American Professional Society on the Abuse of Children* (APSAC) y un nuevo marco conceptual descrito por la Dra. Danya Glaser, médica psiquiatra infantil inglesa, especialista en maltrato emocional.

- **El maltrato emocional** es definido por la APSAC como un patrón repetido de comportamiento del cuidador o un evento extremo que transmite a los niños que no valen nada, son defectuosos, no queridos, no deseados, están en peligro grave o que sólo valen para el cumplimiento de las necesidades de otros. Incluye actos por acción u omisión, verbales o no verbales, activos o pasivos, perpetrados con o sin intención de dañar al niño. Se pueden manifestar como alteración emocional o comportamiento desadaptado del niño.

Describe seis formas o categorías de maltrato emocional:

- ❖ **Rechazo:** menosprecio, denigración, desprecio. Ridiculizar por mostrar emociones normales. Discriminar o humillar en público.
- ❖ **Aterrorizar:** ubicar en circunstancias caóticas, impredecibles o en lugares peligrosos. Tener expectativas poco realistas o rígidas, acompañadas de amenazas si no se cumplen. Amenazar/perpetrar violencia contra el niño, sus objetos o sus personas queridas.
- ❖ **Aislamiento:** encerrar dentro del ambiente. Restringir las interacciones sociales.
- ❖ **Explotación/Corrupción:** modelar, permitir o favorecer comportamientos antisociales o inapropiados para el desarrollo. Restringir o socavar la autonomía. Restringir o interferir el desarrollo cognitivo.
- ❖ **Insensibilidad emocional:** siendo desinteresado o subinvolucrado; interactuando sólo por necesidad. No proporcionando palabras cálidas ni elogios.
- ❖ **Negligencia en salud física, mental o educacional:** limitando el acceso del niño al cuidado necesario de su salud sin escasez de recurso económico. Rehusar seriamente a satisfacer las necesidades de salud física o emocional/conductual o educacionales.

Las listas de acciones que significan maltrato emocional no son exhaustivas. Incidentes aislados de la lista de seis categorías no necesariamente constituyen maltrato, así como conductas no mencionadas en esta lista pueden serlo.

Las interacciones perjudiciales pueden incluir muchos comportamientos diferentes.

Actualmente la definición se enfoca más sobre la **relación entre el cuidador y el niño** que sobre uno o una serie de eventos repetidos dentro de esa relación. Se habla de cuidador primario y no de padres porque no siempre son éstos los que se encargan de la crianza de los niños y adolescentes.

Según las Naciones Unidas, en la Observación general N° 13, año 2011, sobre los Derechos del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia, se define como cuidador primario a los padres, padrastros, padres adoptivos, guardas, familiares, miembros de la comunidad, personal educativo, cuidadores contratados por los padres, entrenadores, personal institucional en función de cuidadores, etc.

Algunas definiciones requieren la **presencia de daño** en el niño producido por las conductas de los cuidadores. Por ejemplo, evidentes alteraciones del comportamiento infantil. Pero en muchos casos no es posible anticipar la naturaleza del daño que, en la infancia y/o en la adultez, producirá el maltrato emocional.

Esperar a la aparición de daño cuando hay evidencia de interacciones perjudiciales entre los cuidadores y el niño impide la acción preventiva.

Dentro de la relación niño-cuidador hay situaciones donde los padres fallan en responder adecuadamente a las necesidades del hijo o momentos en los que tratan al niño de manera negativa, insensible, inadecuada a la edad, explotadora, pero que no dañan necesariamente al niño. Se requiere de un **patrón persistente**.

- La Dra. Danya Glaser, **define al maltrato emocional** como las interacciones entre cuidador y niño que son perjudiciales, persistentes, no físicas, que incluyen tanto la acción (abuso) como la omisión (negligencia).

Describe cinco categorías de acuerdo con los derechos del niño que son vulnerados:

- ❖ Un niño es una persona que existe y requiere ser reconocido como tal (I).
- ❖ Necesita ser amado y valorado con sus características personales (II).
- ❖ Por definición es vulnerable, dependiente y está en desarrollo (III).
- ❖ Es un individuo que posee y experimenta sus propios sentimientos, pensamientos y apreciaciones (IV).
- ❖ Es un ser social que interactuará progresivamente con su propio medio social, de manera autónoma (V).

Tabla 1. Categorías de maltrato emocional (interacciones perjudiciales cuidador-niño) según Dra. Danya Glaser

	Tipo	Derecho afectado	Definición y ejemplos
I	Falta de disponibilidad emocional, negligencia	Necesidad básica y derecho a que su existencia sea reconocida y aceptada.	Insensibilidad parental. El Cuidador primario no es capaz o no está disponible para responder a las necesidades emocionales del niño sin proveer de una alternativa adecuada. Usualmente está ocupado con sus propias dificultades como enfermedad mental (inclusively depresión posnatal) o abuso de sustancias o está sobrepasado por obligaciones del trabajo.

	Tipo	Derecho afectado	Definición y ejemplos
II	Atribuciones negativas al niño	Necesidad básica y derecho a ser valorado y amado por lo que es.	Interacciones con el niño con hostilidad, denigración, rechazo, culpa o como chivo expiatorio. Interacciones basadas en la creencia de que merece este trato debido a atribuciones negativas asignadas al temperamento o personalidad del niño. Muchos niños tienen problemas de conducta. Los padres suelen ser resistentes a la intervención y desear que se trabaje con el niño y no con ellos.
III	Interacciones inconsistentes o inapropiadas al desarrollo del niño	Necesidad básica y derecho a ser considerado en su edad y estadio evolutivo.	Expectativas por arriba (sobreexigencia) o por debajo de la capacidad del niño (sobreprotección), disciplina severa e inconstante y exposición a eventos e interacciones desconcertantes o traumáticas (testigos de violencia conyugal o de amenaza de suicidio parental). Falta de conocimiento parental sobre desarrollo madurativo y cuidados adecuados a cada edad. No está dirigida a algún niño en particular. Interacciones equivocadas e irreflexivas más que con intención de dañar.
IV	Falla en reconocer y admitir la individualidad del niño y los límites psicológicos entre adultos y niños	Necesidad básica y derecho a ser reconocido como un individuo único con sus propios sentimientos, pensamientos e impresiones (percepciones)	El niño es usado para satisfacer las necesidades psicológicas del cuidador como si fuera una extensión de sí mismo. Falta de habilidad para distinguir entre la realidad del niño y las creencias y deseos del adulto. Interacciones dentro de conflictos parentales no resueltos o antecedente de maltrato grave en el cuidador primario con desarrollo de trastorno límite de personalidad (borderline). Niños envueltos en disputas severas de divorcio. Enfermedad inducida por cuidador (Síndrome de Munchausen by proxy).
V	Falla en promover la socialización del niño dentro del contexto infantil	Necesidad básica y derecho a ser capaz desempeñarse progresivamente fuera de la familia.	El niño es activamente promocionado para realizar actividades antisociales (incluida corrupción) o es aislado socialmente o no se le provee estimulación adecuada y oportunidades para el aprendizaje. Incluir al niño en actividades criminales. Síndrome del niño vulnerable que no concurre al jardín aunque pudiera.

Fuente: Modificado de Glaser D. *Child Abuse & Neglect* 2011;35:866-875 y de *Child Abuse and Neglect* 2002(26):697-714.

El espectro de las interacciones niño-cuidador va desde relaciones completamente satisfactorias hasta muy perjudiciales.

Se discute cuál es el umbral entre una parentalidad subóptima y el maltrato emocional. No hay una medida objetiva para determinar que una interacción es lo suficientemente inapropiada como para merecer ser llamada abusiva. Sin embargo, los profesionales suelen encontrar acuerdo para reconocer interacciones emocionalmente abusivas. Ayuda recordar la definición inicial de maltrato infantil, acción u omisión que lesione o pueda lesionar a un niño en su desarrollo integral ahora o en el futuro.

La dificultad para establecer el **umbral** para definir maltrato emocional radica, a veces, más en las implicancias que en la definición. En países como EEUU donde es obligatoria la denuncia de maltrato infantil y reconocerlo suele implicar medidas más intervencionistas y potencialmente punitivas, es más difícil que en jurisdicciones donde la protección infantil es tomada seriamente pero con más flexibilidad en la respuesta protectora, como en Inglaterra. La necesidad de intervenir, no en una forma punitiva, es especialmente importante porque muchos padres han sido a su vez maltratados. La criminalización del maltrato emocional puede no ser adecuada para las intervenciones terapéuticas. Inversamente, comprender por qué los cuidadores actúan de manera abusiva no debería ser freno para realizar una intervención, que no necesariamente implica la separación del niño de sus padres/cuidadores.

Hay claro consenso en que no se requiere intención de dañar para que haya maltrato emocional.

La evaluación de la **severidad** es más importante que el umbral. Incluye los efectos que produce el maltrato emocional y éstos dependen del niño y del abuso sufrido (factores protectores, edad de inicio, duración del maltrato, etc.).

El umbral establece el punto donde una intervención es necesaria. La severidad del trastorno vincular determina la urgencia de dicha intervención.

A veces se justifican situaciones de maltrato emocional por razones de **cultura**. Si una interacción perjudicial es encontrada en miembros de otra cultura es necesario evaluar si miembros de esa cultura la consideran aceptable. Si se encuentra que está apoyada culturalmente, se debe hablar cuidadosamente con los padres para aclarar que la cultura no es una razón admisible para dañar a un niño.

Las necesidades básicas de los niños, el quebrantamiento de las cuales se incluye en las categorías de maltrato emocional, son universales y trascienden las culturas y los grupos étnicos.

EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia. La falta de consenso en la definición y la escasa frecuencia de reporte de maltrato emocional hace difícil medir la prevalencia. Estudios poblacionales en EE UU y Reino Unido encontraron 8-9% de mujeres y 4% de varones que refirieron exposición a abuso psicológico severo durante la infancia.

Posiblemente, es la forma de maltrato infantil menos denunciada a las autoridades. La mayoría de los niños que sufren maltrato físico o negligencia física suelen no ser considerados como emocionalmente abusados.

Varios estudios muestran que el maltrato emocional está presente en el 75 al 90% de los niños que sufren maltrato físico o negligencia física.

El maltrato emocional no suele ser reconocido cuando coexisten otras formas de maltrato infantil.

El maltrato emocional existe independiente de las otras formas de maltrato. Cuando aparece solo es más difícil de identificar y las oportunidades de intervención pueden perderse.

La negligencia física y el maltrato emocional son similares ya que la negligencia física consiste en la falla en proveer o la falta de supervisión dirigidas a las necesidades básicas (de supervivencia) del niño, y esto suele darse dentro de una relación vincular alterada, pero no siempre es así. Puede haber un buen vínculo afectivo con el niño y no alcanzar para cuidarlo adecuadamente.

Recuerdo el caso de una mamá con retraso mental con una nena de 9 años con diabetes que no podía cumplir con el control de la glucemia, la aplicación de insulina y la dieta que la niña requería. Sin embargo tenía un buen vínculo con la niña.

En el maltrato emocional la interacción abusiva es evidente y el abusador es conocido, es el cuidador primario. En el abuso sexual el abusador suele ser un familiar cercano o alguien de la familia pero no siempre está identificado. Como frecuentemente en el abuso sexual no hay lesiones físicas, suele surgir la duda sobre si el relato es verdadero o ha sido inducido.

En el maltrato físico, las lesiones físicas y la alteración de las interacciones cuidador-niño son evidentes pero sólo si hay lesiones se suele interpretar que hay maltrato.

En el maltrato físico la duda suele ser si las lesiones se deben a acciones intencionales del cuidador o no. Mientras que en el maltrato emocional la duda es sobre cuán perjudiciales son estas interacciones. A diferencia de lo que ocurre en la negligencia física, en el abuso sexual y en el maltrato físico, en el maltrato emocional no suele ser necesario inicialmente tomar una medida de resguardo, es decir separar al niño de su familia.

Más allá de las secuelas físicas que pueden resultar de las otras formas de maltrato y negligencia, la mayoría de las secuelas de todas ellas afectan el desarrollo conductual, psicológico y emocional de los niños. El maltrato emocional podría ser el mediador del daño de las otras formas de maltrato infantil. Por ejemplo, el maltrato emocional fue más predictivo de las secuelas de alteración del desarrollo madurativo que la severidad del maltrato físico.

El maltrato emocional es una causa sustancial de daño. Las secuelas en el desempeño y en el desarrollo infantil frecuentemente se extienden hasta la adultez.

La evidencia de esto proviene de estudios de cohortes, de seguimiento y longitudinales que usaron diferentes maneras de definir maltrato emocional a partir de interacciones perjudiciales entre padres e hijos. A pesar de las diferencias, en todos ellos se encontraron asociaciones fuertes entre maltrato emocional en la infancia y una amplia gama de dificultades emocionales, conductuales y cognitivas en la infancia, la adolescencia y la adultez. Incluso el daño podía llegar a ser evidente recién en la adolescencia o en la vida adulta.

La exposición a estrés dañino en los primeros años genera alteraciones.

El maltrato emocional afecta el desarrollo emocional: ansiedad, tristeza, depresión, baja autoestima, apego inseguro. En los vínculos de apego los niños aprenden cuán valiosos son y qué se puede esperar del mundo que los rodea. El maltrato emocional se asocia a conductas oposicionistas, agresión, comportamiento antisocial, abuso de sustancias, dificultad en la regulación afectiva, trastornos de la conducta alimentaria, suicidio. Quienes han sufrido maltrato emocional tienen un riesgo aumentado de enfermedad mental en la adolescencia y en la adultez. También más riesgo de trastornos del aprendizaje y bajo rendimiento académico, alteración de la memoria y del procesamiento psicológico. Las consecuencias del maltrato emocional pueden ser físicas (retraso del crecimiento, somatizaciones, etc.).

Sin una intervención oportuna el maltrato suele repetirse en la siguiente generación.

RAZONES PARA EL SUBREGISTRO DEL MALTRATO EMOCIONAL

- ❖ Preocupación por desatender otros aspectos específicos de la atención profesional. Y sensación incómoda de estar metiéndose en aspectos “no médicos”.
- ❖ Suele considerarse peyorativo el término maltrato o abuso para el maltrato emocional. Más en los casos donde no hay intención de dañar. Dilema entre la necesidad de proteger a los niños y la renuencia a etiquetar a los padres como maltratadores. Temor a perder una relación positiva con la familia.
- ❖ El abusador es casi siempre el cuidador primario, la figura de apego. En las familias con ambos padres, los dos contribuyen al maltrato emocional o el no maltratador es incapaz de ofrecer una protección efectiva.
- ❖ Si la protección requiere la separación del niño de la situación abusiva, invariablemente será a costa de interrumpir el vínculo de apego aunque este sea inseguro. Aunque si se reconoce tempranamente hay posibilidades de intervenciones terapéuticas sin sacar al niño.
- ❖ El maltrato emocional no causa daño físico evidente.
- ❖ Los juzgados criminales requieren de pruebas fehacientes para juzgar la inocencia o culpabilidad del abusador más que interesarse en proteger al niño, que debe ser el objetivo de los profesionales.
- ❖ La pérdida del control del proceso de protección del menor, como la intervención de un Organismo de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (OPD) o de los juzgados, a veces genera dudas respecto al beneficio que realmente representa para el niño.
- ❖ Hay un continuum en la relación cuidador-niño desde muy buena a suficientemente inapropiada como para merecer ser llamada abusiva. El umbral es arbitrario. Sin embargo los profesionales suelen encontrar acuerdo para reconocer interacciones emocionalmente abusivas.
- ❖ Temor a transgredir la confidencialidad o a estar introduciendo un “nuevo problema” a una familia con dificultades.
- ❖ Comprensión de las razones que facilitaron el maltrato infantil y de que no hubo intención de dañar.
- ❖ Estrés. Miedo a reclamos y a la inseguridad personal.



FACTORES DE RIESGO PARA MALTRATO EMOCIONAL

Invariablemente, existe un contexto en el que se dan las interacciones de los cuidadores con los niños. **Los factores de riesgo se pueden ordenar en tres categorías:**

- ❖ Socio-ambientales,
- ❖ de los cuidadores,
- ❖ del niño.

Como factores de riesgo **socio-ambientales** entendemos la relación de la familia con su medio ambiente inmediato (comunitario) y las relaciones de este hacia afuera. Incluyen: pobreza, aislamiento social, falta de familia ampliada, problemas habitacionales severos, situación de calle, inmigración, etc.

Los factores de riesgo **de los cuidadores** se refieren a las múltiples situaciones de estrés familiar en general y en particular. Incluyen: conflictos familiares significativos, violencia doméstica, problemas de salud mental en los adultos convivientes, abuso de sustancias, antecedentes de maltrato infantil del cuidador, asociados frecuentemente a falta de cuidados adecuados en su niñez. La ausencia de otro adulto en la casa, que evite que los niños queden solos o lejos del cuidador por más tiempo también aumenta el riesgo de maltrato emocional.

La **violencia doméstica** o conyugal ocurre más frecuentemente en hogares con niños y los coloca 6 veces más en riesgo de sufrir maltrato emocional, 4,8 veces más riesgo de maltrato físico y 2,6 veces más riesgo de abuso sexual que niños sin esta exposición.

Cuando un cuidador no encuentra sus necesidades emocionales compensadas, como ocurre en los ambientes violentos, puede resultarle difícil satisfacer las demandas emocionales de los niños.

Algunos **problemas de salud mental** de los padres pueden asociarse a conductas impredecibles (trastorno de personalidad límite, bipolaridad) o atemorizantes (trastorno del control de los impulsos y de la conducta) o falta de atención y negligencia (depresión).

La depresión materna, en particular, se asocia a sentimientos hostiles e irritabilidad hacia el niño, una percepción más negativa de sus conductas y una debilitada relación de apego.

El consumo abusivo de sustancias en uno o ambos padres se asocia a altas tasas de maltrato infantil.

Cualquier característica que tenga el niño que lo haga diferente a las expectativas de los padres o que lo haga más difícil de criar lo pone en mayor riesgo de maltrato.

Existen factores de riesgos **del niño** como el temperamento difícil, la discapacidad y las enfermedades crónicas hacen más dificultosas y más demandantes las interacciones con los cuidadores.

ESTRÉS Y MALTRATO EMOCIONAL

Las situaciones de estrés actúan como desencadenante de situaciones abusivas. El estrés es una parte inevitable de la vida, es necesario para sobrevivir. Existen varios tipos de estrés: positivo, tolerable y tóxico.

Positivo: es una parte normal de la vida, y aprender a sobrellevarlo es un aspecto esencial del desarrollo normal. En estos desafíos el niño aprende a controlarlos y manejarse bien, en general con el telón de fondo de un sostén adecuado de los adultos. Ejemplos: conocer gente nueva, poder frustrarse, hacer la adaptación a jardín, recibir una vacuna.

Tolerable: se trata de respuestas de estrés que pueden afectar el desarrollo cerebral pero generalmente son de breve duración lo que permite al cerebro recobrase y revertir el daño potencial. Además de la relativa brevedad, un ingrediente fundamental es el sostén de los adultos que crean un ambiente que ayuda al niño a aprender a manejarse en esa situación adversa. Ejemplo: una enfermedad grave o la muerte de un ser querido, una lesión por choque automovilístico, la separación o el divorcio de los padres. En ocasiones el estrés tolerable puede tener efectos positivos.

El estrés tolerable se vuelve dañino cuando faltan relaciones sostenedoras, lo que suele ocurrir en los casos de maltrato emocional.

Tóxico: se trata de activaciones intensas, frecuentes y duraderas del sistema de respuesta al estrés. Las situaciones que lo desencadenan son crónicas, incontrolables y/o son vividas por el niño sin apoyo necesario. Estas respuestas impactan adversamente en la estructura cerebral y en casos muy severos en el desarrollo de cerebros más pequeños. En caso no tan graves puede alterar el sistema de respuesta al estrés bajando el umbral de respuesta a eventos no estresantes para otros, lo que aumenta el riesgo de enfermedades físicas y mentales asociadas con estrés. Ejemplo: maltrato infantil, abuso sexual, pobreza extrema.

Es importante diferenciar la severidad del estresor del impacto que provoca en el niño. La severidad depende de la intensidad, duración, frecuencia, lo súbito de su ocurrencia, imprevisibilidad, simultaneidad con otros estresores.

A su vez, el impacto se refiere a cómo la situación afecta al niño. Un niño se ve afectado si no puede comer, dormir, jugar, aprender, crecer y expresar sus sentimientos (desde agresión y enojo, hasta ternura y afecto, pasando por tristeza). El impacto depende de la severidad del estresor y del ambiente.

Evaluar cómo el estrés afecta a un niño y su familia permite ver si las interacciones con él son adecuadas, suficientemente sostenedoras en estas situaciones. La familia puede aumentar o disminuir el impacto del estresor en el niño. Las etapas de cambio dentro del ciclo vital familiar son momentos de mayor vulnerabilidad. Lo mismo ocurre con los cambios evolutivos del paciente.

A menor edad, mayor vulnerabilidad. Para un niño menor de un año, un estresor que actúa durante un mes es crónico.

EVALUACIÓN DEL MALTRATO EMOCIONAL Y PLANIFICACIÓN DE LAS ENTREVISTAS PEDIÁTRICAS

En todo contacto del pediatra con el niño y su familia se pueden evaluar las situaciones que resulten sospechosas de maltrato.

Evaluar el vínculo del niño con sus padres y ver cómo se está desarrollando la crianza es parte del cuidado pediátrico habitual.

El maltrato emocional se da en un vínculo alterado y persistente lo que facilita que sea detectado por pediatras que hacen controles en salud y/o seguimiento de patologías crónicas (diabetes, enfermedades reumáticas, nefrológicas, fibrosis quística, etc.).

El esquema habitual de control en salud puede servir de rastreo de maltrato emocional.

1. Intercurrencias: preguntar por enfermedades ocurridas desde la última cita, cambios en la familia o los cuidadores, factores que pueden aumentar el estrés familiar (desocupación, cambio de vivienda, etc.).
2. Alimentación: qué, cómo y con quién come, hábitos catárticos, uso de pañal.
3. Medidas preventivas: medidas de pesquisa y de prevención realizadas (otoemisiones acústicas, plan de pesquisa neonatal, ecografía de cadera, inmunizaciones, etc.).
4. Sueño: dónde, cuánto y con quién duerme, rutina de sueño.
5. Maduración: a qué juega, qué aprendió desde la última cita, escolaridad y rendimiento, en qué se destaca, qué le gusta hacer, etc.
6. Examen físico: antropometría, ver cómo crece y cómo es el vínculo con el cuidador durante la consulta, ver el cuerpo. Detectar cómo se vincula con nosotros.

En el Anexo 1 de este capítulo figuran pautas a tener en cuenta en la evaluación del desarrollo madurativo según la edad del niño y/o del adolescente.

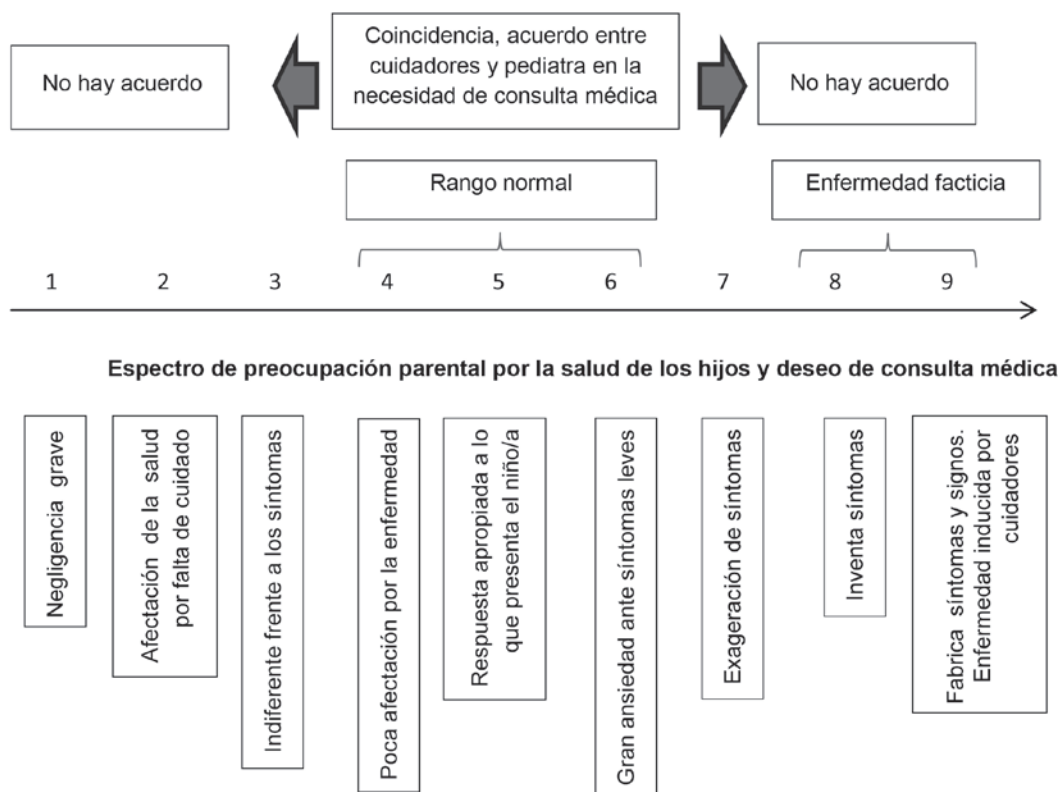
Con este esquema del control en salud y las consultas por interurrencias, se puede ir conociendo cómo es la familia, cuál es el estilo de crianza de esa familia y cómo están pudiendo ejercer las funciones familiares en cada etapa de la crianza de sus hijos. En el desarrollo evolutivo existen periodos de regresiones normales que suelen alertar o dificultar a los padres. Es importante informar a los padres sobre etapas del desarrollo infantil que requieren de mayor compromiso y atención parental: crisis de llanto del primer trimestre, despertares nocturnos, ansiedad de separación, comportamiento exploratorio normal, negativismo normal, disminución del apetito, resistencia al aprendizaje de control de esfínteres, ingreso a la escolaridad o cambio de etapa escolar, cambios puberales, conflictos de autonomía en la adolescencia.

Han cambiado los modelos de familia (las hay monoparentales, ensambladas, de padres del mismo sexo, etc.). Lo que sigue siendo necesario es el ejercicio de las funciones familiares para el desarrollo personal de los niños. La función nutricia y de sostén, antes materna, y la función normativa, antes paterna, deben estar presentes para el desarrollo del aparato psíquico, independientemente de quien ejerza la función. Es importante que el pediatra esté entrenado en hacer semiología de las funciones familiares.

El seguimiento periódico permite detectar estresores que pueden afectar a la familia y por ende afectar el cuidado de los niños. Condiciones estresantes pueden actuar de disparadores de maltrato infantil.

Una herramienta útil para la detección es comparar el nivel de preocupación que los cuidadores manifiestan respecto a la salud de los niños y la valoración que hace el pediatra. Hay familias que consultan mucho por nimiedades y otras que no consultan por cosas graves. Si bien hay un espectro de variación normal, los extremos deben ser explorados para evaluar la existencia de maltrato emocional.

Figura 1. Diferencias entre la preocupación parental y médica por la salud de los niños



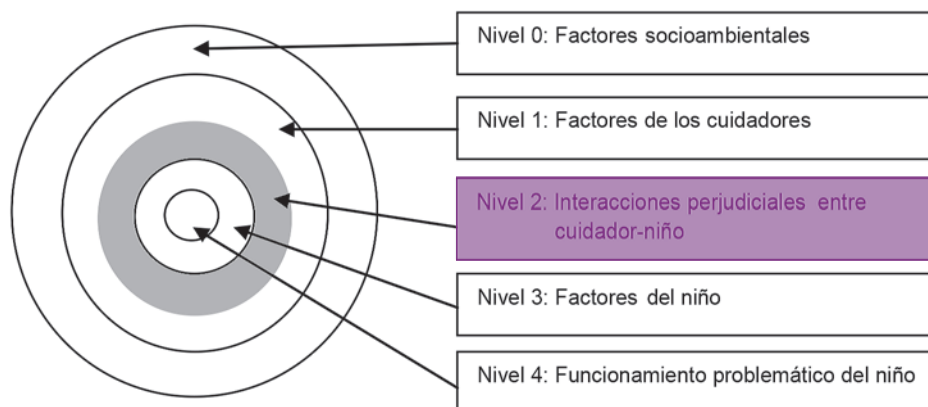
Fuente. Modificado de Eminson DM, Postlethwaite RJ. Arch Dis Child 1992;67:1510-16.

Un modelo útil para la evaluación del maltrato emocional es buscar y ordenar la información del niño y la familia en niveles concéntricos.

- ❖ **Nivel 0:** Factores de riesgo socioambientales y de la comunidad (pobreza, aislamiento social, migración).
- ❖ **Nivel 1:** Factores de riesgo de los cuidadores y la familia (enfermedad mental, violencia, alcoholismo, mal uso de drogas, violencia doméstica).
- ❖ **Nivel 2:** Interacciones perjudiciales cuidador-niño.
- ❖ **Nivel 3:** Factores de riesgo del niño (enfermedad crónica, temperamento, discapacidad).
- ❖ **Nivel 4:** Funcionamiento problemático del niño.

En cada nivel se deben buscar los factores de riesgo y los factores protectores que estén presentes.

Figura 2. Niveles de evaluación e intervención



Fuente: Modificado de Child Abuse & Neglect 2011;35:866-875.

El deseo de consulta médica es nulo en la negligencia grave (nivel 1) y es máximo en la enfermedad inducida por cuidadores (síndrome Munchausen) (nivel 9).

Los niveles exteriores, los factores socio-ambientales y/o comunitarios (nivel 0), son el contexto de los interiores, factores de los cuidadores (nivel 1), del niño (nivel 3). Puede haber relaciones recíprocas, bidireccionales entre los niveles. Puede haber problemas de salud mental en el niño y atribuirse erróneamente a maltrato emocional. Puede haber problemas de salud mental debidos a interacciones inadecuadas con los cuidadores que cuentan para maltrato emocional. Puede haber problemas de salud mental y de maltrato emocional independientemente. Puede haber problemas socio-ambientales que influyan negativamente en los padres, que dificulten las relaciones con los hijos y que faciliten la aparición de maltrato emocional.

Durante la intervención se puede advertir que es necesaria la colaboración de otros profesionales como psicólogo o trabajador social para una evaluación más profunda de los niveles 1 y 2. Siempre debe haber dificultades en el Nivel 2 para que haya maltrato emocional pero puede o no haber dificultades en los otros niveles.

Las interacciones perjudiciales entre cuidador-niño, no físicas, que constituyen el maltrato emocional requieren ser descriptas. Esta descripción es mucho más útil que usar el término “maltrato emocional o psicológico” para la comunicación entre profesionales y para describir el problema entre los padres e hijos. Como hay muchas formas de interacciones perjudiciales, es útil categorizarlas con los criterios de Glaser.

Para cumplir el criterio cuantitativo, estas interacciones necesitan demostrar que son persistentes. Puede ser necesario pedir información a otros referentes para ampliar el conocimiento del paciente y la familia: maestra (colegio), servicio de protección de derechos (antecedente de intervención previa con la familia). Es importante atribuir cuáles de los problemas de funcionamiento del niño (nivel 4) son debidas al maltrato emocional, se debe estimar la severidad del maltrato.

La severidad del maltrato está determinada por la intensidad de las interacciones perjudiciales cuidador-niño y por su efecto en el niño.

Si bien se han mencionado factores de riesgo también hay que tener en cuenta los factores protectores con que cuenta la familia.

Ejemplo. *Usted es pediatra de sala. Desde la guardia hospitalizan a unos mellizos de 2 meses, uno de ellos muy desnutrido (igual peso que al nacer), y una nena de 4 años. Los niños están con ambos padres; viven en situación de calle desde hace 2 semanas, antes estaban en un parador público pero debieron salir porque el padre “toma alcohol y hace lío”. Después de unos días de internación surgen problemas con enfermería porque la madre no les da en horario la leche a los niños, se saltea tomas. A los 4 días de la internación, el pediatra de guardia le cuenta que, cuando estaban en la guardia, los padres discutieron y que el hombre le pegó una trompada a la mujer. Usted da intervención a la comisaría y al servicio de violencia de género. Con una restricción de acercamiento, el padre se tiene que retirar del hospital.*

A la semana, solicita cuidadoras hospitalarias para que ayuden con el cuidado de los niños. En la entrevista con la madre, usted la observa algo infantil y despreocupada. Ella refiere que desde los 3 años de edad vivió en hogares, a los 16 años se escapó y quedó embarazada de la hija mayor. Sus hermanos aún viven en hogares. Actualmente vive situaciones de violencia conyugal con el padre de los niños; el hombre no trabaja.

A través de la observación de las interacciones madre-hija de 4 años, se advierte que la madre reta mucho a la niña (por tirar los juguetes, no quedarse quieta); le ordena que cuide a los bebés así ella puede salir a comprar; cuando la madre la baña y le hace trenzas, la niña canta.

Las cuidadoras hospitalarias le informan que la madre se está viendo con el padre a escondidas y que le cuesta atender a los bebés, se queda dormida.

Desde que se inició la colaboración de las cuidadoras hospitalarias el bebé desnutrido hace catch up de peso y desarrollo (comienza a tener sonrisa social, a seguir con la mirada).

La niña de 4 años es muy hiperactiva y se pone en riesgo (salta de cama en cama, toma el alcohol para las manos, etc.), se abraza con las enfermeras y con las visitas de otros pacientes.

Con la información obtenida en la internación y a través de la observación se puede hablar de negligencia física para uno de los bebés y maltrato emocional con la hija mayor. Habría que evaluar más profundamente las interacciones de los cuidadores con los mellizos para poder decir si hay maltrato emocional con ellos. No es fácil ver el maltrato. En el ejemplo, la negligencia para con el bebé desnutrido suele ser mucho más evidente que la falta de progreso madurativo; y la desnutrición y el retraso madurativo suelen ser más visibles que el maltrato emocional que sufre la niña mayor.

El ejemplo es real y aunque no es un caso fácil, sirve para mostrar como ordenar la información según niveles.

- ❖ **Nivel 0:** Familia en situación de calle, pobreza, falta de apoyo familiar. Ingreso a un parador. ¿Hubo intervención de un Servicio de Protección de Derechos?
- ❖ **Nivel 1:** Antecedente de maltrato en la infancia de la madre, ¿inmadurez? Violencia doméstica. Abuso de alcohol del padre.
- ❖ **Nivel 2:** Si bien no la trata con hostilidad, el vínculo de la madre con la hija mayor no es adecuado, le exige conductas que no son acordes a su edad (Glaser tipo III). Respecto a los bebés no ha podido alimentar adecuadamente a uno de ellos por negligencia física (NF). No se describe un trastorno vincular con ellos en el relato. Se puede inferir que los niños son testigos de violencia.
- ❖ **Nivel 3:** El nacimiento de mellizos es un desafío para la crianza. Desnutrición en uno de los bebés, que se recupera en el ámbito hospitalario con sostén extra.
- ❖ **Nivel 4:** La niña mayor tiene problemas de conductas que podrían relacionarse con falta de estabilidad en el cuidado. El bebé más desnutrido ha recuperado pautas madurativas muy importantes. Se deduce que ingresó con un retraso madurativo secundario a factores ambientales, ¿hipoestímulo?, ¿trastorno vincular cuidador-bebé?, ¿depresión materna?, ¿dificultades económicas y habitacionales?

El ordenamiento de la información según niveles permite detectar que el problema no es sólo habitacional y evita suponer que si se solucionara el problema de vivienda la situación de los niños mejoraría directamente. Tampoco hay que asumir que hay trastorno vincular en toda situación de negligencia. Existe un desbalance entre las necesidades de los tres niños y los recursos familiares, que se agravaron con el estresor de perder el lugar en el parador por problemas de consumo del padre. El ordenamiento en niveles permite pensar estrategias de intervención más integrales.

Un diagnóstico oportuno permite hacer visible, para el profesional primero, y luego para la familia que el vínculo con el niño o adolescente no es el adecuado a sus necesidades.

Que se pueda entender las razones que llevan a esta familia a no poder dar lo que los niños necesitan, no minimiza el efecto que esta falta genera en los niños y la necesidad de intervención.

SITUACIONES ESPECIALES DONDE DEBE PENSARSE EN MALTRATO EMOCIONAL

En familias con **estilos de crianza** rígidos, con críticas excesivas, castigo físico y disciplina muy estricta puede ser más complejo determinar si existe maltrato; si se detecta efecto en los niños como sumisión y baja autoestima o, por el contrario, rebeldía y conductas de riesgo puede facilitarse el diagnóstico.

El extremo opuesto también es abusivo. La falta de normas, el caos habitual, la falta de rutinas adecuadas a la edad puede afectar el desarrollo de los niños.

También se puede ser abusivo por exceso de cuidado. Es el caso del **síndrome del niño vulnerable**. Familias que han sufrido con algún hijo la situación de riesgo de vida y este hecho traumático ha signado la vida del niño de modo que ya pasado el peligro se sigue sobre-cuidándolo, restringiéndole actividades necesarias para su desarrollo.

***Ejemplo.** Niño que fue prematuro, requirió ARM y estuvo internado en UTIN durante varias semanas. A los 4 años de edad, cuando ya no tiene mayores riesgos, no asiste a preescolar porque la madre tiene temor a que se contagie enfermedades.*

Otros hallazgos que deben orientar al pediatra a la evaluación de maltrato emocional son **los síntomas y cuadros repetidos sin una explicación clara**. Las somatizaciones (dolores de cabeza o abdominales, generalmente) pueden ser expresión de situaciones estresantes que los niños vivencian sin poder resolver y que afectan su cuerpo.

A veces, los padres consultan por síntomas raros, difíciles de encuadrar, que requieren de estudios complementarios cada vez más complejos y agresivos. Ante síntomas, signos o pruebas persistentes en el tiempo e incongruentes con un diagnóstico médico, hay que incluir en el diagnóstico diferencial el síndrome de Munchausen por poderes o enfermedad inducida por cuidadores, como se la llama actualmente. También ante la aparición de **lesiones físicas** asociadas a estrés: gastritis, alopecia areata, psoriasis y liquen escleroso entre otros.

INTERVENCIONES

La mayoría de las situaciones que el pediatra de consultorio enfrenta a diario no suelen ser de gravedad y la **orientación pediátrica** aportada en la consulta suele ser suficiente para lograr cambios en la familia. Un acercamiento sensible y empático con las dificultades o necesidades de los padres pero a la vez firme en la defensa de los derechos de ese niño, generalmente permite obtener cambios. El entrenamiento en habilidades de comunicación es fundamental para poder dar adecuadamente malas noticias.

Explicar a los padres que no están pudiendo ayudar a crecer a su hijo por dificultades en el vínculo con él, es compartir una mala noticia.

Las familias que pueden verlo están en mejores condiciones de lograr cambios que aquellas que atribuyen todas las dificultades al niño.

Ejemplo. Una familia, al final del control de un recién nacido, comenta que el hermano de 4 años “está terrible”. “Se ha vuelto a hacer pis en la cama, llora por cualquier cosa y, cuando no llora, está enojado”. La madre no entiende cómo es que no puede ayudar un poco. Ud. ya tiene al paciente siguiente esperando.

Citar a la madre y al padre para hablar de la crisis vital que vive la familia y revisar cómo se siente cada miembro de la familia, aportando el punto de vista del niño (por su estadio evolutivo y familiar). Sugerir espacios especiales de tiempo para el niño y una mayor colaboración por parte del padre puede ser suficiente para que la familia pueda acomodarse y comprender lo que significa esa regresión del hermano mayor. Esta no es una situación de maltrato emocional sino de acomodación. La posibilidad del seguimiento periódico de salud del bebé permitirá ver como la familia está atravesando este proceso y eventualmente hacer alguna nueva intervención.

En ocasiones la situación es más persistente y se establece como un estilo familiar.

Otro ejemplo. Familia con varios hijos, uno de ellos con discapacidad mental que concentra la atención de los padres. La orientación pediátrica, acompañando el diagnóstico y la aceptación familiar de la discapacidad, se focaliza en proponer tratamientos realistas acordes a las necesidades del niño y a las posibilidades de la familia. Escuchar las dificultades que genera el cuidado diario del niño discapacitado y pensar estrategias para que todos los miembros de la familia puedan colaborar y tener el descanso y la atención necesarios. Con frecuencia este tipo de orientación suele ser suficiente para que la familia vaya cambiando de estilo.

En ocasiones la escasez de tiempo en la consulta dificulta la dedicación a estos temas, una opción es realizar una serie de entrevistas enfocadas en el tema de preocupación. Esto permite conocer mejor la situación y poder orientar mejor a la familia.

La intervención pediátrica inicial orientando a los padres y el cambio posterior producido reafirman el diagnóstico y/o la necesidad de una intervención de mayor magnitud.

No siempre será posible hacer muchas entrevistas, aquí hay que aplicar el criterio y el ingenio. Si nos quedamos con dudas o la situación nos preocupa habrá que recitar y volver a pensar pero enfocados en el tema. Si la situación no es grave apuntaremos el problema en la historia clínica para retomarlo en la próxima cita y planear un tiempo para la visita futura acorde a la preocupación.

Interconsulta. El nivel de intervención variará según la gravedad del caso. Un nivel siguiente a la orientación pediátrica es la interconsulta con profesionales de otras áreas.

Por ejemplo, en los casos de maltrato emocional categoría I de Glaser, falta de disponibilidad emocional, en los que se detecta que la insensibilidad parental para responder a las necesidades emocionales del niño se debe a dificultades en la salud mental de la madre (por ejemplo, depresión posnatal) la derivación a un psicólogo puede ser la medida inicial más adecuada. O puede deberse a situaciones socio-ambientales (por ejemplo, la madre trabaja muchas horas fuera de casa dejándolos con una vecina, no tiene mucho apoyo extra familiar, no recibe la asignación universal) donde la derivación a un trabajador social puede ser lo indicado.

Los centros de salud que cuentan con equipos formados interdisciplinariamente pueden ser una herramienta de gran ayuda para la intervención en maltrato emocional. Las intervenciones para abordar los problemas de nivel 1 y 2 son prioritarias y requieren diferentes profesionales y organismos. Luego de estas intervenciones puede haber una mejoría o se hace evidente que es necesario un trabajo directo sobre las interacciones cuidador-niño: psicoterapia padre-bebé, etc. Esto debe ser conversado con los colegas de otras áreas intervinientes. El trabajo interdisciplinario es enriquecedor aunque no siempre es fácil.

En las derivaciones a otros profesionales es muy importante el cómo y el cuándo. Tener comunicación directa y conocer los organismos que trabajan con la niñez (Organismo de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (OPD), hospital, escuela) suele ayudar mucho. Trabajar con la familia las razones de la derivación y lograr la transferencia de la confianza del pediatra al otro profesional permitirá que la interconsulta tenga más chances de ser exitosa.

Las situaciones de maltrato emocional siempre requieren intervención pero generalmente no implican la separación del niño de sus padres o cuidadores, al menos inicialmente.

En primer término, como intervención inicial, se considera una prueba terapéutica por un tiempo limitado a fin de determinar la capacidad de cambiar actitudes dentro de la familia.

Un mayor nivel de intervención es necesario cuando las interacciones cuidador-niño son graves y afectan severamente al niño.

***Ejemplo.** Niño de 3 años. Antecedentes de retraso madurativo, retraso de crecimiento, anemia, trastorno de deglución (SNG permanente, en plan de colocación de botón gástrico), microcefalia, hipoa-cusia, convulsiones tratado con benzodiazepinas, atendido en varios hospitales por patología no muy clara. Tiene certificado de discapacidad por Trastorno mixto del desarrollo y pensión por discapacidad. La madre lo trae para que usted lo derive a otro centro de estimulación temprana porque al que va actualmente se complicaron los horarios. Usted ve al niño y no observa ninguno de los signos relatados por la madre. A su vez se lo ve algo triste, muy atento a su alrededor y distante con la madre y con ud. Ella refiere que está muy preocupada por la salud de su hijo, que vive para dedicarse a él y esto le trae infinidad de contratiempos. Trae una bolsa llena de estudios complementarios. Usted se siente agobiado por el relato de la madre.*

En este caso, la interacción es lo suficientemente grave como para hacer una intervención mayor y estaría indicada la derivación a un hospital pediátrico comunicando a los profesionales la sospecha de enfermedad inducida por el cuidador. Hay que ser muy prudente en la forma de comunicar esta decisión a la madre. Una opción posible sería: “Coincido con la preocupación por la salud de su hijo, Ud. refiere muchas enfermedades que es necesario confirmar o descartar, por la gravedad de las mismas. Estos casos no pueden ser manejados en consultorio y requieren de un hospital con especialistas pediátricos”.

Suele ser preferible un hospital estatal ya que contará con Servicio Social y de Salud Mental y mayor experiencia en casos que requieren de participación del Organismo de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (OPD). Si la madre acepta la derivación, mejor. Si no, habrá que informar al OPD de su sospecha y de la necesidad de intervención de ese organismo.

La Ley Nacional N° 26.061, de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes del año 2005, estableció la creación de los OPD. Las provincias se han ido adhiriendo a esta ley, de modo que han creado organismos administrativos, no judiciales, dependientes del poder ejecutivo para la intervención en caso de vulneración de derechos.

Dependiendo de la jurisdicción, los OPD se subdividen en servicios locales y servicios zonales.

El pediatra deberá averiguar en la municipalidad, ¿cuál es el OPD correspondiente a su localidad?

Cuando las situaciones de maltrato emocional son graves la intervención terapéutica recae primariamente sobre los OPD y servicios de Salud Mental (de niños y posiblemente de adultos).

Es muy importante que el pediatra escriba informes claros y descriptivos, señalando la gravedad del caso y pidiendo una intervención determinada.

La intervención en este nivel de mayor complejidad debe conducir a la mejoría o disminución del problema. Si la familia no colabora, se requiere la referencia a un Organismo de Protección de Derechos y y este puede decidir citar a la familia a fin de alentarlos a participar.

En algunos niños, la separación de los padres puede considerarse inapropiada o puede suceder que el OPD no avale esta medida excepcional.

Un trabajo terapéutico directo de sostén continuo y especializado con el niño se debe ofrecer cuando este permanece en la familia y el maltrato emocional persiste.

Incluye:

- ❖ Reconocimiento explícito de la realidad de las experiencias del niño, mientras se evita la denigración de los cuidadores.
- ❖ Explicación acerca de las dificultades de los padres.
- ❖ Enfoque dirigido a la solución de problemas para capacitar al niño a enfrentar el maltrato emocional.
- ❖ Habilitar al niño para mantener o desarrollar relaciones valiosas y duraderas con al menos un adulto positivo.
- ❖ Asegurar que el niño sea capaz de completar su potencial educativo, lo cual aumentará su autoestima.

Dentro de cualquier relación cuidador-niño puede haber dificultades en más de una categoría de Glaser. Frecuentemente es posible identificar cuál es la principal que apuntala a las otras. Encontrarla es importante conceptualmente y es relevante para proveer intervenciones específicas. La intervención terapéutica se ofrece de acuerdo a las categorías de maltrato emocional que afectan al niño.

PREVENCIÓN

Las modificaciones por estrés en el periodo fetal y en el desarrollo infantil afectan la respuesta al estrés en la adultez y pueden resultar en mayor riesgo de enfermedades. Estos conocimientos modificarán las estrategias de prevención en salud pública a futuro, ya que intervenir en las disparidades en salud física y mental en las etapas tempranas de la vida puede producir mayores efectos que intentar modificar los comportamientos inadecuados para la salud o mejorar el acceso al tratamiento de las enfermedades en la adultez.

Fortalecer vínculos familiares saludables, acompañar la crianza y promocionar la salud física y mental de los niños y adolescentes son claros objetivos de la pediatría y es sinónimo de prevención de maltrato infantil.

Vínculos fuertes, seguros, estables, saludables y afectuosos son factores de protección fundamentales para el desarrollo integral de las personas y las sociedades.

Preavisar a los padres de etapas de mayor demanda en el desarrollo madurativo, acompañar situaciones de estrés viendo más frecuentemente a la familia y viendo el impacto que tiene este sobre los niños, ya sean crisis vitales familiares normales (nacimiento de hermanos, ingreso al jardín) como las que no (divorcios, desempleo) son formas de hacer prevención.

Existen otras alternativas como por ejemplo los Grupos para padres y los Talleres de crianza.

En el Anexo 2 de este capítulo se presenta un esquema para desarrollar una actividad para padres de Jardín de Infantes. Taller de Límites para niños de preescolar.

Idealmente todas las familias deberían contar con espacios para encontrarse con otros padres y hablar sobre la crianza de los hijos. En estos lugares la función del pediatra es generar espacio para que surjan dudas y respuestas grupales, más que “dar clase” sobre “cómo se debe criar” a los niños.

CUIDAR AL QUE CUIDA

“La droga más utilizada en la práctica general es el propio médico. No existe farmacología respecto a tan importante droga. En ningún libro de texto, se hallaran prescripciones sobre el dosaje que debe aplicar el profesional cuando se trata de su propia persona, en qué forma debe hacerlo, con qué frecuencia, cuáles son la dosis curativas y de mantenimiento... Más inquietante aún es la falta de toda literatura sobre los riesgos de este tipo de medicación, las reacciones alérgicas o sobre los efectos secundarios indeseables de la droga”

Michel Balint (El médico, el paciente y la enfermedad, 1961).

El vínculo del pediatra con la familia es la herramienta principal para poder intervenir. Tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, lo que permite la cura es la confianza que se genera en este vínculo. También, contar con una agenda grande para derivación, así como conocer dentro de lo posible, personalmente a las personas que atienden las organizaciones ligadas con la infancia.

Existen **puntos ciegos** fisiológicos del propio pediatra en aspectos de salud mental y emocional. Según la propia historia, habrá situaciones familiares que se nos tornarán más difíciles de ver y otras que nos harán responder exageradamente. Según la crianza que hemos recibido y la que hemos dado a nuestros hijos, si los tenemos, así como las experiencias como pediatras con las familias, tendremos una idea de lo que es co-

recto. Esto irá acorde a nuestra propia escala de valores. Para algunos será disciplina excesiva, para otros no. En estos casos es útil poder conversar con estas familias, con colegas o profesionales de otras áreas para validar o no las propias apreciaciones. No se trata de imponer nuestro modelo de crianza sino ayudar a esos padres a criar a ese hijo de la manera que ellos creen mejor. Sabiendo que toda crianza será con fallas, inevitablemente.

Intervenir en situaciones de maltrato infantil produce estrés en el profesional. Trabajar con el aspecto emocional de las familias genera un cansancio extra, independiente de la cantidad de horas trabajadas. Los pediatras que atienden solos están en mayor riesgo de sufrir desgaste profesional.

Por eso es recomendable, a modo de autocuidado, compartir la angustia que provocan los casos difíciles. Para esto, los grupos de pares como el Encuentro de Pediatría Ambulatoria o los ateneos de cada servicio de hospital o centro de salud pueden ayudar. Para los pediatras diseminados por todo el país, pueden servir los foros de discusión de pacientes, como PEDAMB.

El entrenamiento en habilidades de comunicación, desarrollo evolutivo normal, desarrollo emocional, funciones familiares y manejo del estrés ayuda a contar con herramientas para el manejo de estas situaciones frecuentes.

Junto a lo anterior, cuidarse es darse espacio para descansar, tiempo para recreación, compartir con amigos y seres queridos

3

AUTOEVALUACIÓN

Identifique verdadero o falso en los siguientes enunciados

1. La definición de maltrato emocional se focaliza en la relación cuidador-niño. V ☐ F ☐
2. Cualquier acción perjudicial para el niño constituye maltrato emocional. V ☐ F ☐
3. La definición de maltrato emocional incluye la intención de hacer daño. V ☐ F ☐
4. Existen evidencias sobre la vinculación entre experiencias adversas en la infancias y secuelas físicas y emocionales a lo largo de la vida. V ☐ F ☐
5. Para llegar al diagnóstico de maltrato emocional es indispensable la identificación del daño en el niño causado por la conducta del cuidador. V ☐ F ☐
6. Un alto y persistente nivel de cortisol daña áreas del cerebro que están involucradas en el aprendizaje y la memoria. V ☐ F ☐
7. Cuando las situaciones de maltrato emocional son graves la intervención recae en los Organismos de Protección de Derechos. V ☐ F ☐
8. El maltrato emocional es la forma de maltrato infantil más frecuente y perjudicial. V ☐ F ☐
9. Para llegar al diagnóstico de maltrato emocional se tiene que identificar una conducta abusiva o negligente como un patrón de conducta persistente. V ☐ F ☐
10. Los niños que padecen maltrato físico y/o negligencia física también padecen frecuentemente maltrato emocional. V ☐ F ☐
11. El pediatra tiene que adquirir la competencia necesaria para detectar estresores que puedan afectar a la familia y al cuidado del niño. V ☐ F ☐

AUTOEVALUACIÓN

3

12. En todos los casos en los que se detecta maltrato emocional corresponde separar el niño de su familia y/o cuidadores.

V ☐ F ☐

13. El consumo abusivo de sustancias en uno o en ambos padres se asocia a altas tasas de maltrato infantil.

V ☐ F ☐

14. Una intervención inicial consiste en evaluar, durante un tiempo limitado, la capacidad del grupo familiar para cambiar determinadas actitudes.

V ☐ F ☐

15. Evaluar el vínculo del niño con sus padres y explorar cómo se está desarrollando la crianza es parte del cuidado pediátrico habitual.

V ☐ F ☐

Lea la siguiente situación clínica y organice la información según niveles concéntricos

Marina, 14 años. Consulta por dolor abdominal recurrente, se la ve tímida. Ud revisa a la paciente y habla con ella a solas. Refiere que la mamá ha fallecido hace 3 años y que está al cuidado de su papá. Va a la escuela, tiene buenas notas pero suele faltar mucho. El papá la lleva y la va a buscar al colegio todos los días. Él no trabaja y viven de una pensión que les dejó la madre. Reconoce que tiene pocas amigas, no va a los cumpleaños, no hace salidas ni va a los encuentros extraescolares que organiza el colegio. No va porque el papá no la deja pero ella tampoco quiere ir. En su casa suele tener dolor abdominal. Padre e hija concurren a una iglesia católica del barrio, Marina participa de un grupo una vez por semana.

Tiene una hermana, de 18 años, que tiene un hijo de 2 años, viven con la familia del novio. Ella la extraña pero tampoco la ve mucho porque el padre está distanciado de esa hija y la critica con frecuencia. “Más vale que vos no seas como la p... de tu hermana”. La paciente llora al contarlo. Niega recibir maltrato físico.

En entrevista con el padre se muestra preocupado por los aspectos médicos de la hija. Es una persona rígida, poco comunicativa. No ve inconvenientes en la crianza y la educación de su hija. No cree que sea necesario que tenga amigas y haga salidas. No quiere hablar de la otra hija. Por discusiones están distanciados de la familia de la madre.

Nivel 0:

Nivel 1:

Nivel 2:

Nivel 3:

Nivel 4:

3

AUTOEVALUACIÓN

Siguiendo la clasificación de Glaser, ¿cuál sería el principal derecho vulnerado y cuál sería el tipo de maltrato emocional?

.....

.....

Piense una estrategia para ayudar a esta adolescente. Intente usar los diferentes niveles de intervención.

.....

.....

Lea la siguiente situación clínica y siguiendo la clasificación de Glaser, ¿cuál sería el principal derecho vulnerado y cuál sería el tipo de maltrato emocional?

Facundo 3 años. El papá lo trae a la consulta y solicita derivación a fonoaudiología. Refiere que Facundo no habla debido a que sufrió maltrato físico y emocional por parte de la madre. Los padres están separados, han discutido y peleado en muchas oportunidades, la madre golpeó a la abuela paterna y le fracturó la nariz. El niño se encuentra recientemente al cuidado del padre por dictamen del juez de familia, la madre tiene régimen de visitas.

El padre refiere que está actualmente en pareja y que el niño la llama “mamá Rosa”; no quiere que le diga mamá a su ex mujer porque no se merece ese nombre, la llaman por el nombre de pila: Silvia.

En la entrevista surge que Facundo tiene otro pediatra y que ha estado recibiendo tratamiento psicológico. El padre quiere cambiar de profesionales porque “están del lado de ella”. Considera que su hijo no necesita tratamiento psicológico. “Yo sé lo que siente mi hijo. No habla porque Silvia le pega”, dice delante del niño. El niño no habló en toda la consulta. Solo conectó la mirada cuando usted le ofreció un juguete. En el examen físico aparecen algunos hematomas en la cara anterior de las piernas. El padre le pide que le haga un certificado para el juzgado de que las lesiones son por caídas al cuidado de la madre, “ya que ayer le tocó estar con ella”.

Principal derecho vulnerado:

Tipo de maltrato:

¿Cuál sería la estrategia inicial para manejarse con esta familia?

.....

.....

CONCLUSIONES

El maltrato emocional es una forma frecuente e inadvertida de maltrato. Hacerlo visible para uno y para la familia hace posible una intervención a tiempo. Cada vez hay más evidencia que las experiencias adversas en la infancia y en la adolescencia afectan la salud física y mental en el corto y largo plazo. Por lo que intervenir es una importante forma de hacer prevención de salud.

Ante la sospecha de maltrato emocional es necesario organizar la información en niveles y según la gravedad y el tipo de maltrato hacer la intervención adecuada. Esta puede ser preventiva como asesorar a los padres en cuestiones de crianza, acompañar en situaciones de estrés o más compleja al involucrar a un equipo interdisciplinario, derivar a un especialista de otra disciplina, Trabajador Social o Psicólogo. En caso graves o, cuando no hay mejoría con estas intervenciones, se hace necesario informar y solicitar la acción de los OPD.

Saber derivar, y hacerlo correctamente es una manifestación de nuestro compromiso con la situación del niño.

Formarse en habilidades de comunicación, evaluación del estrés, funciones familiares y desarrollo madurativo y emocional son condiciones fundamentales de la práctica pediátrica en general y para la detección y manejo del maltrato emocional en particular.

Saber cuidarse a uno mismo es necesario para poder cumplir esta tarea de la mejor manera, evitando la sobre-exigencia.

El maltrato emocional no es sutil y sin embargo cuesta reconocerlo. Acompañar la crianza de los niños es un privilegio de nuestra tarea pediátrica y también una responsabilidad.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Determinantes sociales y ambientales para el desarrollo de los niños y niñas desde el período del embarazo hasta los 5 años: Bases para un diálogo deliberativo. 2015. Disponible en internet: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/SALUD_PBPrimeraInfancia_web\(1\).pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/SALUD_PBPrimeraInfancia_web(1).pdf)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Desarrollo emocional 0 a 3. Disponible en internet: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo_emocional_0a3_simples.pdf
- Escardó F. Anatomía de la familia. 1^{er} ed. Fundación Sociedad Argentina de Pediatría (FUNDASAP). Buenos Aires, 2006.
- Oliver M. Estrés en la infancia. Prevención e intervención en pediatría. Sociedad Argentina de Pediatría. Fundasap Ediciones. Buenos Aires, 2009.
- Mouesca JP. Prevención del maltrato infantil: función del pediatra. 2^{da} parte. Prevención antes de que ocurra, ante la sospecha y con la confirmación del maltrato. Arch Argent Ped 2016;114(1):64-74.
- National Scientific Council on the developing Child. Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain. Working paper N° 3. Disponible en Internet: http://www.developingchild.net/pubs/wp/Stress_Disrupts_Architecture_Developing_Brain.pdf

3

CLAVE DE RESPUESTAS

Identifique verdadero o falso en los siguientes enunciados

1. Verdadero.
2. Falso.
3. Falso. Es independiente de la intencionalidad.
4. Verdadero.
5. Falso. El daño puede hacerse evidente mucho tiempo después.
6. Verdadero.
7. Verdadero.
8. Verdadero.
9. Verdadero.
10. Verdadero.
11. Verdadero.
12. Falso. Inicialmente se debe hacer una intervención para evaluar la capacidad de la familia para modificar actitudes.
13. Verdadero.
14. Verdadero.
15. Verdadero.

Lea la siguiente situación clínica y organice la información según niveles concéntricos.

Mariana, 14 años.

Nivel 0: Factores de riesgo socioambientales. Recursos económicos escasos. Como factor protector concurrencia de la adolescente a grupo religioso y al colegio.

Nivel 1. Factores de riesgo de los cuidadores. Familia monoparental. Padre rígido, desocupado. Fallecimiento de la madre (habría que ampliar datos al respecto, causa, consecuencias para las hijas, etc.). Poco contacto con familia ampliada.

Nivel 2. Interacciones perjudiciales cuidador niño. Relación de sobrecuidado de la paciente. Falta de comprensión de necesidades propias de la etapa de desarrollo. El padre no permite contactos sociales necesarios para el desarrollo.

CLAVE DE RESPUESTAS

3

Nivel 3. Factores de riesgo del niño. No se relatan.

Nivel 4. Funcionamiento problemático del niño. Actitud sumisa de la adolescente respecto al padre. Somatizaciones.

Siguiendo la clasificación de Glaser, **¿cuál sería el principal derecho vulnerado y cuál sería el tipo de maltrato emocional?**

Si bien se pueden plantear varias dificultades en el vínculo con el padre, el derecho vulnerado principalmente es la necesidad básica de ser capaz de desempeñarse progresivamente fuera de la familia.

Maltrato emocional tipo V de Glaser: la falla en promover la socialización de la adolescente dentro del contexto que le corresponde.

Piense una estrategia para ayudar a esta adolescente. Intente usar los diferentes niveles de intervención.

No hay una respuesta única a esta pregunta. Se pueden pedir estudios médicos como una ecografía abdominal para descartar lesiones físicas y principalmente para ganar confianza con el padre dando respuesta a sus dudas y planteando que el dolor abdominal responda a otro tipo de dolor (nivel 1). Se puede mantener contacto con el colegio y la iglesia para ver como se encuentra la adolescente en esos lugares y cómo es la relación con pares y con el padre que ellos hayan observado (nivel 0). Preguntar a la paciente que otros familiares son de ayuda para ella e intente comunicarse con ellos (nivel 1). Citar a la paciente con frecuencia para ver la evolución del dolor abdominal y aproveche la visita para entablar una relación de confianza con ella (nivel 4). Con sensibilidad pero con firmeza vaya tratando con el padre los temas que tengan que ver con aumentar los ámbitos de salida. Empiece por las obligaciones escolares.

En la medida que evolucione el cuadro (progresión del vínculo con ud, ampliación de la red social, persistencia de los dolores abdominales y en la medida que vaya modificándose o no la actitud del padre hacia la hija) verá si habrá que derivar a la paciente a psicoterapia y/o presentar el caso al organismo de protección de derechos.

Facundo, 3 años.

Derecho vulnerado. Necesidad básica y derecho a ser reconocido como un individuo único con sus propios sentimientos, pensamientos e impresiones (percepciones).

Tipo de maltrato. Glaser 4. El niño es usado para satisfacer las necesidades psicológicas del cuidador como si fuera una extensión de sí mismo. Falta de habilidad para distinguir entre la realidad del niño y las creencias y deseos del adulto. Interacciones dentro de conflictos parentales no resueltos. Niños envueltos en disputas severas de divorcio.

3

CLAVE DE RESPUESTAS

¿Cuál sería la estrategia inicial para manejarse con esta familia?

No hay una única estrategia. Estos casos no son los que a uno le generan mayor alegría recibir, ya que suelen demandar mayor atención y generan mucha tensión. Es frecuente que uno se sienta instrumentalizado. Estando el caso judicializado habría que ser cauto en las indicaciones y ver qué es lo que se ha dictaminado. Le preguntaría al padre que ha dicho el juzgado respecto al tratamiento psicológico y fonoaudiológico y si ha sido evaluado por su audición. Tal vez un llamado al colega pediatra que lo ha estado atendiendo aclare un poco la situación. Sería muy prudente en caso de que se soliciten certificados de lesiones. Los hematomas que presenta pueden ser normales y no se puede determinar al cuidado de quien se han sido producidos.

Siendo esta una primera consulta no confrontaría al padre sobre a quién debe decirle o no mamá. Sí plantearía que no hable mal de la madre delante del niño. Tomar datos del jardín y de los familiares de ambas familias puede ser de gran utilidad para más adelante.

ANEXO 1

Medidas preventivas de maltrato y negligencia según edad que pueden ser incorporadas en el control periódico en salud

Foco en los aspectos madurativos

Edad	Desarrollo madurativo	Pautas de prevención	Signos de alarma
Consulta Prenatal	Organogénesis	Verifique seguimiento obstétrico, preparación para recibir al RN (lugar, cuidadores), ideas sobre lactancia materna. Uso de sustancias psicoactivas (cigarrillo, alcohol, drogas). Pregunte por enfermedad mental o violencia en la familia. Escuche si el embarazo fue deseado. Pregunte por hermanos y cómo van a manejarse en el parto.	Atribución de sentimientos hostiles al feto.
Recién nacido	Adaptación a la vida extrauterina	Diferencias entre tristeza y depresión puerperal. Hable de la hipersensibilidad materna como algo importante para el bebé y transitorio para el entorno (pareja). Chequear apoyo familiar para la madre. Prepare para pocas horas de sueño.	Insomnio, sentimiento de incapacidad para criar, fantasías de muerte (signos de depresión puerperal). Alucinaciones (signos de psicosis puerperal).
1 mes	Llanto	Avise sobre pico de llanto en el próximo tiempo (2 a 4 meses). Verifique que haya contacto visual mutuo. Sostenerlo en brazos no lo va a malcriar. El sobrestímulo puede predisponer al llanto. Verifique eficacia del apoyo familiar.	Atribución de sentimientos hostiles al bebé.
Primer Trimestre	Ritmos de sueño y alimentación	Verifique el establecimiento de ritmos de sueño-vigilia y alimentación. El bebé aprende a autorregularse del entorno adulto que lo cuida. A su vez, los bebés pueden nacer con diferentes temperamentos que los hagan más difíciles o más fáciles de criar. Ayude a organizar rutinas.	Bebés demasiado tranquilos (retraídos) o demasiado irritables.
4° mes	Aumento de la acomodación visual	Avise que suelen distraerse al tomar el pecho o el biberón. No es signo de que deba ser destetado o que requiera de alimentos sólidos. Sugiera alimentar al bebé en un lugar tranquilo sin muchos estímulos.	
4° mes	Capacidad comunicativa mutua	El bebé "dialoga", vocaliza cuando el que habla se calla y se calla y escucha cuando el cuidador le habla. Se orienta por la voz. Ríe a carcajadas. Gorgea.	Falta de disfrute en las interacciones.
Segundo Semestre	Angustia de separación	Pregunte si juega a esconderse y aparecer; si tira objetos y ve donde cae, para volver a tirarlos. Avise que puede volver a despertarse de noche transitoriamente. Oriente sobre este hito madurativo (permanencia de objeto, capacidad comunicativa y de anticipación, diversión en el juego con otros)	Creer que el bebé puede malcriarse y retarlo cuando está angustiado.

Edad	Desarrollo madurativo	Pautas de prevención	Signos de alarma
1 a 2 años	Vida familiar	A esta edad, los chicos ya pueden quedarse durante algunas horas al cuidado de otro cuidador (abuela). Pregunte si el niño duerme en la misma cama que los padres. Si bien la paternidad modifica la disponibilidad de tiempo, cada miembro de la familia debería buscar la forma de no perder la individualidad y los proyectos de realización. Según la confianza con los padres, el médico podrá evaluar el método anticonceptivo utilizado y cuál es el plan respecto de futuros hijos. En ese sentido, señalar la importancia de un adecuado tiempo de separación entre nacimientos. También es importante fomentar el contacto con la familia ampliada y con amigos.	Aislamiento social y sobre-exigencia del cuidador.
	Desarrollo sexual	La educación sexual debe ser instruida en el seno familiar. A esta edad, los niños conocen las partes del cuerpo y aprenden a nombrar sus genitales. Es frecuente que haya una jerga familiar al respecto.	Excesivo tabú o impedimento al autoerotismo infantil o sobreestimulación genital de los cuidadores al niño.
	Comportamiento exploratorio	Las habilidades motoras crecientes (gatear, caminar, correr y trepar) le permiten llegar a lugares peligrosos. Los niños de esta edad no tienen capacidad de prever accidentes. Sugiera alejar de su alcance sustancias tóxicas (remedios, insecticidas), objetos frágiles (botellas, platos) o peligrosos (horno, estufa, pileta). Aconseje preparar zonas libres de peligros y con objetos que pueden ser manipulados por el niño. Requieren la supervisión constante de un adulto.	Lesiones frecuentes o graves por descuido.
	Hábitos alimentarios y destete	Ayude a establecer reglas en la alimentación acordes a las costumbres familiares (lavado de manos antes de comer, uso de cubiertos, horarios de comidas, apagar el TV). Los niños aprenden por imitación de los adultos. El destete ocurre generalmente en este tiempo. Depende de factores personales, familiares y culturales. Pregunte que desea la madre. Aconseje que el destete sea gradual, fuera de períodos de estrés, y no a la vez que se le saca la mamadera o el chupete.	Falta de vínculos fuera de la madre para el niño.
18 meses a 3 años	Disminución del apetito	Es normal la disminución del apetito en esta etapa como correlato de la disminución de la velocidad de crecimiento, la actividad motriz intensa y el aumento de autonomía. Sugiera evitar convertir la comida en tiempo de confrontación de poder. Aconseje respetar la sensación de hambre y saciedad del niño. Puede comer mucho un día y nada el siguiente. Mantenga horarios de comidas, evite el picoteo. Reasegure sobre la salud del niño a los padres con antropometría.	Trastornos de la alimentación con retraso de crecimiento, carencia nutricional específica o alteración vincular.
2 años	Negativismo	Etapa necesaria en la construcción de la persona. El "No" del niño equivale a decir "yo". Aconseje sobre como manejar los berrinches.	Tomar en forma personal las negativas del niño.
	Control de esfínteres	Este aprendizaje lleva tiempo y esfuerzo de los cuidadores. Por períodos puede haber momentos de control y de "accidentes". No es necesario sacar los pañales de día y de noche al mismo tiempo. Sugiera no tomar como afrenta personal las fallas en el control.	Control prematuro (antes de los 18 meses).

Edad	Desarrollo madurativo	Pautas de prevención	Signos de alarma
Preescolar (2 a 6 años)	Vida familiar	Los niños necesitan mucha atención, pero van dejando períodos libres para que los padres desarrollen actividades personales. El nacimiento de hermanos generará crisis en el grupo familiar que requieren de acompañamiento. Asesore a la familia sobre la función de los hermanos.	
	Desarrollo sexual	A esta edad, los niños aprenden la diferencia entre los genitales del sexo propio y del otro. Es normal la curiosidad y el deseo de explorar su cuerpo y el de otros niños. Los niños comprenden fácilmente que hay cosas que se comparten y otras que no. Sugiera a los padres decir que los genitales son partes privadas, para que no se dejen tocar por nadie y evitar situaciones de abuso. Es habitual que los niños se masturben. Los padres deben enseñarles que esto no debe realizarse en público. También surgen preguntas acerca del origen de los bebés. Sugiera a los padres dar una respuesta clara, veraz y acorde con el desarrollo del niño. Es conveniente que a esta edad los padres no se muestren desnudos frente a los hijos. Los niños mayores de 3 años pueden aprender a limpiarse solos luego de defecar. El lavado de manos posterior previene enfermedades.	Colecho, conocimiento del niño sobre prácticas de sexualidad adulta, masturbación compulsiva.
	Sueño	Constate que los hábitos del sueño se estén incorporando en forma adecuada: horarios fijos para acostarse y levantarse, rutina previa, evitar el uso de TV, etc. El preescolar debe poder dormirse solo y dormir en su cama toda la noche solo. A partir de los dos años, ocasionalmente pueden aparecer pesadillas y terrores nocturnos. Los factores desencadenantes pueden ser la falta de sueño, el estrés y/o la visión de espectáculos violentos en el entorno o en las pantallas.	Pesadillas o terrores nocturnos persistentes.
	Disciplina, límites	El accionar del preescolar muchas veces es irracional (sus deseos son más fuertes que la razón y esta no puede frenar su conducta). Aclarare este concepto a los padres para no exponer a los hijos a dificultades que no podrán sortear. Los niños aprenden las normas para vivir en sociedad de lo que ven de los adultos significativos de su alrededor. Indique que no es posible enseñarle a un hijo a que no pegue, pegándole. Es necesario que las normas sean consistentes y coherentes. Las desavenencias entre los padres son captadas por los hijos y utilizadas para “hacer lío”. El objetivo de la disciplina es ayudar al niño a lograr autonomía, controlar las emociones, respetar los derechos de los otros y los propios.	Castigo físico repetido. Ridiculizaciones, humillaciones. Falta de límites.
	Inicio de escolarización	Durante la etapa preescolar, el niño empieza el jardín de infantes. Esto le permite conocer otros adultos y niños y otras reglas, y ampliar su mundo social. Para la familia es una etapa intensa, donde su hijo, el producto de esa familia, se encuentra con otros pares y se compara. En Argentina, es obligatorio desde los 5 años; sin embargo, se suele recomendar a partir de los 3 años. El ingreso a 1 ^{er} grado es para la familia una etapa de crisis de crecimiento, no exenta de ansiedades y esperanzas. Sugiera a los padres disponer de tiempo para acompañar las tareas escolares.	Adaptación dificultosa al jardín (mayor a 1 mes). Falta de escolarización preescolar (5 años).

Edad	Desarrollo madurativo	Pautas de prevención	Signos de alarma
Escolar (6 a 11 años)	Vida familiar	La conducta de los niños se modela con aquella que observa y vive en su núcleo familiar. Cada familia irá fijando el grado de independencia que les dará a sus hijos, según los propios criterios, la situación del entorno y la respuesta de los hijos. La escuela pasa a ser una institución muy presente en la vida familiar, organizando horarios, actividades, etc.	
	Manejo del tiempo	Los padres deben llevar el control del tiempo de juego para alternarlo con los deberes escolares e irles enseñando a asumir responsabilidades gradualmente. Recomiende fomentar los deportes y las actividades creativas en las que el niño encuentre otros pares fuera del colegio y pueda desarrollar alguna actividad donde se sienta seguro y reconocido. Evite que los chicos tengan demasiadas actividades fijas extraescolares que impidan el juego libre y el ocio.	Sobre-exigencia intelectual o física.
	Desarrollo sexual	La educación sexual debe transmitirse en el seno familiar, sugiera a los padres crear un clima de confianza que le permita al niño expresar sus dudas o preocupaciones. Hacia el final de la etapa comenzarán los cambios puberales. Preavisarlos ayudará a atravesar la etapa con menos ansiedad. A esta edad, pueden bañarse solos y hay que estimularlos a hacerlo. Comienzan a mostrar pudor y hay que respetar esas necesidades.	Exposición a pornografía. Sobreexcitación. Exhibicionismo.
	Disciplina	Los padres son los adultos más significativos de los escolares, pero a ellos se suman los maestros y otros adultos del entorno. El niño aprende normas que existen fuera de su hogar. A esta edad, empieza a pedir explicaciones del porqué de las normas. Si recibe una aclaración coherente, segura y precisa las cumplirá fácilmente.	Falta de límites o disciplina demasiado estricta.
	Desarrollo social	Los amigos adquieren gran importancia en este período. Ir a la casa de un amigo permite que el niño conozca otras costumbres y otros modos de relacionarse. Recomiende a los padres que conozcan a las familias con las que se relacionan sus hijos. Muchas veces, estas relaciones de amistad se modifican y se crean otras, lo que genera emociones intensas. A veces, los niños se sienten excluidos del juego, son molestados por sus pares, etc. Los padres pueden ayudar escuchándolos y acompañándolos, lo que los aliviará y fortalecerá. Sugiera a los padres estar a una distancia adecuada para escuchar al niño y dejarlo resolver las cosas solo cuando así lo desea. Las situaciones que requieren de la intervención de los adultos son las que el problema interfiere en la actividad diaria (dificultades escolares, aislamiento, etc.). Evalúe uso adecuado de redes sociales (Internet).	Booing, cyberbooing, aislamiento social, trastornos de conducta.
	Adicciones	La edad de inicio de ingesta de alcohol y consumo de cigarrillos es cada vez más baja. Prevenga, informe al niño y a la familia. Si alguno de los padres fuma o toma mucho alcohol, pregunte cómo van a responderle al niño cuando desee imitarlos o los interpele al respecto.	

Edad	Desarrollo madurativo	Pautas de prevención	Signos de alarma
Adolescencia	Vida familiar	Etapa de grandes cambios, conflictos y negociaciones. Los adolescentes necesitan lazos fuertes y positivos con la familia. Necesitan "pelearse" con las figuras parentales infantiles para poder separarse y crecer individualmente. Los padres suelen sentirse interpelados y cuestionados. Asesore a la familia sobre la importancia del diálogo.	Violencia conyugal, testigos de violencia.
	Autonomía	Los adolescentes van pudiendo hacer más cosas solos (viajar, manejar dinero, decidir actividades recreativas, etc.). Sugiera a los padres ir dando mayor autonomía en la medida de las capacidades del adolescente. Es propio de la etapa la discusión y la argumentación. Sugiera a los padres dar normas claras y evitar conflictos por temas superfluos.	
	Desarrollo sexual	En esta etapa inician relaciones de pareja. Uso de la genitalidad. Tenga entrevistas con el adolescente por separado, escuche sobre sus inquietudes en esta área. Confidencialidad.	Relaciones sexuales sin protección.
	Desarrollo emocional	Evalúe estado de ánimo. Sabiendo que en esta etapa puede haber grandes cambios anímicos. Evalúe autoestima, capacidad de expresar sentimientos y de buscar ayuda adulta. Pregunte cómo maneja las situaciones de mucho enojo. Ofrezca al adolescente modos no violentos de resolver conflictos.	Ideación o intento suicida. Noviazgo violento.
	Proyecto personal	Pregunte por proyecto personal, visión a 10 años. Ayude a pensar cómo ir construyendo el propio futuro responsablemente.	Uso de armas de fuego.
	Riesgos	Es habitual que los adolescentes se sientan invulnerables y corran riesgos, especialmente en adolescencia media (14 a 17 años). Pregunte por uso de casco, manejo de moto o automóvil. Pregunte por consumo de alcohol y drogas. Asesore sobre efectos y riesgos.	Lesiones frecuentes o graves.

ANEXO 2

ESQUEMA DE TALLER PARA PADRES DE JARDÍN DE INFANTES

Taller de Límites para niños de preescolar

- **Introducción (10 minutos)**

Desarrollo madurativo normal de esta etapa. Como ven los niños a los padres en esta etapa.

¿Para qué sirven los límites? ¿Son necesarios? Explicar la dinámica de trabajo.

Música de Serrat: Esos locos bajitos. Pueden usarse videos de youtube como motivación. <https://www.youtube.com/watch?v=98AZoTWpsgc>

- **Trabajo en grupos (20 minutos)**

Se van a dividir en 6 grupos. A cada grupo le va a tocar una estrofa de una canción de Serrat y unas preguntas. La idea es que charlen, las contesten entre todos y pongan unas respuestas para compartir en común. No es necesario llegar a un acuerdo único.

A cada grupo entregarle una hoja con toda la canción, las preguntas y la estrofa para trabajar resaltada.

- **Puesta en común (25 minutos). Volver a escuchar la canción y la letra. Contestar por grupo las preguntas.**

- **Conclusiones (10 minutos)**

Apoyos para la crianza. No es fácil criar. Siempre será con errores, pero disminuyen sin podemos ayudarnos. Primero los de casa. Después la familia ampliada. Otros padres con hijos en edades semejantes. Profesionales: maestros, médicos, psicólogos, psicopedagogos.

Última estrofa. Que crezcan y que un día nos digan adiós. Objetivo de criar es hacer crecer ayudar a convertirse en un adulto capaz de elegir, de desarrollar sus potencialidades, de equivocarse y corregir, hacerse responsable, etc.

Autoridad proviene del latín *Augere*. Autor. Auge. Aumentar, hacer crecer, promover. Calidad creadora y de progreso. Los límites sirven para hacer crecer.

- **Materiales: una copia para cada grupo**

GRUPO 1

*¿De quiénes aprenden nuestros hijos?
¿Cómo aprenden a portarse bien? ¿Qué
copian más, lo que hacemos o lo que
decimos?*

Esos locos bajitos

(de Joan Manuel Serrat)

**A menudo los hijos se nos parecen,
y así nos dan la primera satisfacción;
ésos que se menean con nuestros
gestos,
echando mano a cuanto hay a su
alrededor.**

Esos locos bajitos que se incorporan
con los ojos abiertos de par en par,
sin respeto al horario ni a las costumbres
y a los que, por su bien, (dicen) que hay
que domesticar.

Niño,
deja ya de joder con la pelota.
Niño,
que eso no se dice,
que eso no se hace,
que eso no se toca.

Cargan con nuestros dioses y nuestro
idioma,
con nuestros rencores y nuestro porvenir.
Por eso nos parece que son de goma
y que les bastan nuestros cuentos
para dormir.

Nos empeñamos en dirigir sus vidas
sin saber el oficio y sin vocación.
Les vamos transmitiendo nuestras
frustraciones
con la leche templada
y en cada canción.

Nada ni nadie puede impedir que sufran,
que las agujas avancen en el reloj,
que decidan por ellos, que se equivoquen,
que crezcan y que un día
nos digan adiós.

GRUPO 2

*A los chicos, mantener una rutina de
horarios, ¿los tranquiliza o los pone
nerviosos?
Tener buenos modales, no ser
maleducados ¿es para su bien? ¿Por qué?*

Esos locos bajitos

(de Joan Manuel Serrat)

A menudo los hijos se nos parecen,
y así nos dan la primera satisfacción;
ésos que se menean con nuestros gestos,
echando mano a cuanto hay a su
alrededor.

**Esos locos bajitos que se incorporan
con los ojos abiertos de par en par,
sin respeto al horario ni a las
costumbres
y a los que, por su bien, (dicen) que hay
que domesticar.**

Niño,
deja ya de joder con la pelota.
Niño,
que eso no se dice,
que eso no se hace,
que eso no se toca.

Cargan con nuestros dioses y nuestro
idioma,
con nuestros rencores y nuestro porvenir.
Por eso nos parece que son de goma
y que les bastan nuestros cuentos
para dormir.

Nos empeñamos en dirigir sus vidas
sin saber el oficio y sin vocación.
Les vamos transmitiendo nuestras
frustraciones
con la leche templada
y en cada canción.

Nada ni nadie puede impedir que sufran,
que las agujas avancen en el reloj,
que decidan por ellos, que se equivoquen,
que crezcan y que un día
nos digan adiós.

GRUPO 3

¿Quién dictamina las normas de lo que está bien o mal? ¿Es igual en casa, en el barrio, en la escuela, en la ciudad?

Esos locos bajitos

(de Joan Manuel Serrat)

A menudo los hijos se nos parecen,
y así nos dan la primera satisfacción;
ésos que se menean con nuestros gestos,
echando mano a cuanto hay a su
alrededor.

Esos locos bajitos que se incorporan
con los ojos abiertos de par en par,
sin respeto al horario ni a las costumbres
y a los que, por su bien, (dicen) que hay
que domesticar.

Niño,
deja ya de joder con la pelota.
Niño,
que eso no se dice,
que eso no se hace,
que eso no se toca.

**Cargan con nuestros dioses y nuestro
idioma,
con nuestros rencores y nuestro
porvenir.
Por eso nos parece que son de goma
y que les bastan nuestros cuentos
para dormir.**

Nos empeñamos en dirigir sus vidas
sin saber el oficio y sin vocación.
Les vamos transmitiendo nuestras
frustraciones
con la leche templada
y en cada canción.

Nada ni nadie puede impedir que sufran,
que las agujas avancen en el reloj,
que decidan por ellos, que se equivoquen,
que crezcan y que un día
nos digan adiós.

GRUPO 4

*¿Puede haber algún peligro en esta tarea
de poner límites? ¿Puede haber alguna
forma de criar que no sea repetir la forma
en que nos criaron?*

Esos locos bajitos

(de Joan Manuel Serrat)

A menudo los hijos se nos parecen,
y así nos dan la primera satisfacción;
ésos que se menean con nuestros gestos,
echando mano a cuanto hay a su
alrededor.

Esos locos bajitos que se incorporan
con los ojos abiertos de par en par,
sin respeto al horario ni a las costumbres
y a los que, por su bien, (dicen) que hay
que domesticar.

Niño,
deja ya de joder con la pelota.
Niño,
que eso no se dice,
que eso no se hace,
que eso no se toca.

Cargan con nuestros dioses y nuestro
idioma,
con nuestros rencores y nuestro porvenir.
Por eso nos parece que son de goma
y que les bastan nuestros cuentos
para dormir.

**Nos empeñamos en dirigir sus vidas
sin saber el oficio y sin vocación.
Les vamos transmitiendo nuestras
frustraciones
con la leche templada
y en cada canción.**

Nada ni nadie puede impedir que sufran,
que las agujas avancen en el reloj,
que decidan por ellos, que se equivoquen,
que crezcan y que un día
nos digan adiós.

GRUPO 5

¿Se puede criar sin frustrar, sin decir que no? ¿Se puede criar sin equivocarse? ¿Cómo equivocarse menos? ¿Se puede enseñar todo? ¿Se puede evitar que los hijos se equivoquen?

Esos locos bajitos

(de Joan Manuel Serrat)

A menudo los hijos se nos parecen,
y así nos dan la primera satisfacción;
ésos que se menean con nuestros gestos,
echando mano a cuanto hay a su
alrededor.

Esos locos bajitos que se incorporan
con los ojos abiertos de par en par,
sin respeto al horario ni a las costumbres
y a los que, por su bien, (dicen) que hay
que domesticar.

Niño,
deja ya de joder con la pelota.
Niño,
que eso no se dice,
que eso no se hace,
que eso no se toca.

Cargan con nuestros dioses y nuestro
idioma,
con nuestros rencores y nuestro porvenir.
Por eso nos parece que son de goma
y que les bastan nuestros cuentos
para dormir.

Nos empeñamos en dirigir sus vidas
sin saber el oficio y sin vocación.
Les vamos transmitiendo nuestras
frustraciones
con la leche templada
y en cada canción.

**Nada ni nadie puede impedir que
sufran,
que las agujas avancen en el reloj,
que decidan por ellos, que se
equivoken,
que crezcan y que un día
nos digan adiós.**

GRUPO 6

*¿Qué estrategias usamos en casa para
que los chicos se porten bien? ¿Cuáles
funcionan mejor?*

Esos locos bajitos

(de Joan Manuel Serrat)

A menudo los hijos se nos parecen,
y así nos dan la primera satisfacción;
ésos que se menean con nuestros gestos,
echando mano a cuanto hay a su
alrededor.

Esos locos bajitos que se incorporan
con los ojos abiertos de par en par,
sin respeto al horario ni a las costumbres
y a los que, por su bien, (dicen) que hay
que domesticar.

**Niño,
deja ya de joder con la pelota.
Niño,
que eso no se dice,
que eso no se hace,
que eso no se toca.**

Cargan con nuestros dioses y nuestro
idioma,
con nuestros rencores y nuestro porvenir.
Por eso nos parece que son de goma
y que les bastan nuestros cuentos
para dormir.

Nos empeñamos en dirigir sus vidas
sin saber el oficio y sin vocación.
Les vamos transmitiendo nuestras
frustraciones
con la leche templada
y en cada canción.

Nada ni nadie puede impedir que sufran,
que las agujas avancen en el reloj,
que decidan por ellos, que se equivoquen,
que crezcan y que un día
nos digan adiós.