

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Maltrato infantil y la atención en el nivel primario de salud

Child abuse and primary health care attention

Carmen Laura Pérez Cabrera, ^I Guillermo Peña Cruz, ^{II} Lourdes de la C. Cabrera Reyes ^{III}

- I. Licenciada en Psicología. Departamento Psicología. Facultad de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey “Carlos J. Finlay”. Central Oeste Km 4½, Camagüey, Cuba, CP. 70100. carmen.laura@iscmc.cmw.sld.cu
- II. Licenciado en Pedagogía Especial. Doctor en Ciencias Pedagógicas. Máster en Investigación Educativa. Profesor Titular. Universidad de Camagüey “Ignacio Agramonte y Loynaz”. Carretera Circunvalación Norte Km 5½. Camagüey, Cuba, CP 70500. guillermo.pena@reduc.edu.cu
- III. Licenciada en Educación, especialidad Español Literatura. Máster en Investigación Educativa y Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey “Carlos J. Finlay”. Central Oeste Km 4½, Camagüey, Cuba, CP. 70100. crlourdes@iscmc.cmw.sld.cu

RESUMEN

El presente texto se inscribe dentro de la temática dirigida a la investigación sobre la violencia intrafamiliar. Tiene como objetivo sistematizar aspectos históricos y teóricos inherentes al estudio del maltrato infantil y sus consecuencias en el ámbito social y familiar para su detección y tratamiento en el nivel de atención primaria de los servicios de salud en Cuba. Mediante una revisión bibliográfica se logró concretar un análisis documental de materiales y textos en

soporte digital e impreso que condujo a los acercamientos teórico e histórico del fenómeno en el ámbito internacional y nacional, para su conceptualización, la determinación de su tipología y el establecimiento de sus consecuencias; elementos imprescindibles del saber profesional del futuro egresado de las ciencias médicas, en función de su desempeño en los diferentes niveles de atención de salud, en especial, la atención primaria.

Palabras clave: maltrato infantil, familia, atención primaria de salud.

ABSTRACT

The text falls within the research on intrafamilial violence subject matter. Its objective is to systematize historical and theoretical aspects inherent to the study of child abuse and its consequences within the social and domestic scopes for its detection and treatment in the Cuban primary health care services. By means of a bibliographic review, a documentary analysis of electronic and printed form materials and texts was summarized. It led to theoretical and historical approaches to the phenomenon within the national and international scopes for its conceptualization, the establishment of its typology and consequences. They are essential elements of the professional knowledge of future medical sciences graduates towards their performance in different health care levels, especially in primary health care.

Keywords: child abuse, family, primary health care.

INTRODUCCIÓN

La violencia ha estado vinculada a lo largo de la historia al desarrollo de la sociedad. Desde la aparición de la especie humana, permitida o no por las leyes y normas sociales, la violencia se ha correspondido con la superioridad de unos hombres contra otros más débiles, buscando la imposición del poder y rangos de ventaja.

Con el paso de las épocas se ha agudizado debido a la evolución brusca del hombre y sus logros a partir de la industrialización del trabajo. Su resultado se ha materializado con las guerras, las disputas y vandalismos de unos hombres por la obtención de riquezas o territorios, para implantar el miedo, el dominio y control sobre el resto de los hombres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cuatro a nueve personas en los países en desarrollo sufre cada año lesiones por actos violentos y que el 2 % del total de la población mundial está discapacitada por lesiones por accidentes o violencia, la tasa de mortalidad por esta causa ha comenzado a afectar la tasa de mortalidad general. Según su Informe Mundial, 1,6 millones de personas pierden la vida cada año por actos violentos, más de 199 000 tienen entre 10 y 29 años, mientras que unos 57 000 niños de entre cero y cuatro años son asesinados en el mismo período. Globalmente la violencia es la principal causa de muerte entre los 15 y 44 años; son hombres el 14% de estas muertes y mujeres el 7 %. Los datos también indican que no hay país que tenga índice de violencia contra la mujer menor del 10% y en algunos países alcanza el 69 %. ¹

La violencia en América Latina y el Caribe tiene varias facetas y sus principales víctimas son los niños y las mujeres pobres. Miles de niños sufren diariamente a consecuencia de los estragos ocasionados por los conflictos armados, son golpeados y vejados en el ámbito familiar o fuera de este, experimentan el abuso sexual, consumen drogas o la distribuyen o son discriminados en función de su pertenencia a determinados grupos étnicos. ²

En 1959 se establece la Declaración de los Derechos del Niño y en 1990, la Convención de los Derechos del Niño, sus normas recogen los principios mínimos que deben ser aplicados a las personas menores de 18 años. ³

En casi todos los países del mundo hay menores que tratan de ganarse la vida en las calles de las ciudades. Los últimos cálculos indican que puede haber cien millones de niños que subsisten en estas condiciones y cada día se enfrentan al riesgo de padecer malnutrición, contagiarse con el VIH o verse arrastrados al mundo clandestino de los estupefacientes. Viven al margen de la ley y su mayor temor es fallecer por causa de una muerte violenta. ⁴

Los niños son víctimas de inexcusables comportamientos de los adultos, como su trata para realizar trabajos forzados, la prostitución o el reclutamiento por la fuerza para ser soldados. La trata se ha convertido en un negocio que produce 1 000 millones de dólares anuales y del que cada año son víctimas 1 200 millones de niños.

El informe realizado por la UNICEF hace un repaso de las principales situaciones a las que se enfrentan, como es la explotación laboral y recuerda que alrededor de 180 millones de niños, entre cinco y 17 años de edad están empleados en las peores formas de trabajo. Por ello, se calcula que 300 000 son obligados, bajo coacción, a servir al ejército, ya sea como soldados, portadores, mensajeros o esclavos sexuales.⁴ Lo cierto es que en todas las formas de malos tratos, en cualquier estadística que se conciba, siempre estarán los más vulnerables: el niño, la niña, la mujer, el anciano y la anciana.

El maltrato infantil es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. Durante siglos la agresión al menor ha sido justificada de diversas formas. Se les ha sacrificado para agradar a los dioses o para mejorar la especie, o bien como una forma de imponer disciplina. En la historia se encuentran mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores.

En la actualidad a nivel mundial, los estudios de la violencia y el maltrato infantil se encaminan esencialmente a datos estadísticos ofrecidos por los distintos investigadores, pues al definir el fenómeno se centran en atenderlo como un problema de salud. Lo cierto es que en Cuba, este constituye un problema que preocupa a todos y se observa desde todas las aristas posibles, incluyendo los diferentes niveles de atención en salud, con lo cual se incentiva su conocimiento por parte de la familia y la comunidad. De ahí que el objetivo del presente trabajo estriba en sistematizar aspectos históricos y teóricos inherentes al estudio del maltrato infantil y sus consecuencias en el ámbito social y familiar para su detección y tratamiento en el nivel de atención primaria de los servicios de salud.

DESARROLLO

En la historia de todas las civilizaciones se dan muestras de la práctica del maltrato infantil lo cual está íntimamente ligado a factores sociales, políticos y religiosos, esta relación obliga a observar el contexto de la cultura de que se trate. Aristóteles defendía que un hijo era una propiedad y nada de lo que se haga con la propiedad es injusto, por lo tanto no se reconoce el problema como maltrato en la Grecia antigua, mientras que la ley romana le adjudicaba pleno poder al padre sobre el destino de su hijo: este podía matarlo, venderlo u ofrecerlo en sacrificio. En las sociedades china e hindú el infanticidio era un método de control de la natalidad y una forma de eliminar a niños recién nacidos con malformaciones físicas o daño cerebral por ser considerados instrumentos del mal, en algunas otras sociedades las niñas eran sacrificadas por no contribuir a la economía familiar. En la Edad Media era frecuente que un hombre se casara con una niña. Contra ello aparecen leyes de protección en el año 450 a.c.⁵

El abuso en menores consiste en varios elementos y se enfatiza en dos ideas principales las cuales son: la asimetría de edad y el abuso de poder. La asimetría en edad se refiere en la diferencia de edad que hay entre el agresor y la víctima, mientras que el abuso de poder es un factor necesario para el abuso infantil; ya que el mismo implica miedo y obtiene un rol dominante en el ámbito social. El abuso de poder se obtiene por medio de las experiencias y la madurez del agresor. Por esta razón la asimetría de edad se convierte en un factor en el maltrato infantil; ya que por medio de la edad se pueden descifrar los niveles de experiencia, madurez y sobre todo de malicia del agresor.⁶

El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu. Entre sus numerosos aportes, Tardieu es el autor de lo que sin duda es el primer libro escrito sobre el maltrato y la violencia sexual contra los menores. Esta obra fue reeditada seis veces entre 1857 y 1878 bajo el título *Étude médico-légale sur les attentatsauxmœurs*. Las manchas de Tardieu (*equimosis subpleurales*), observadas tras la muerte por estrangulación o sofoco de un bebé, fueron descritas por primera vez por este especialista en 1859.⁷

Sus investigaciones fueron criticadas con violencia o ignoradas por las autoridades legales y médicas, en parte porque sus conclusiones y las pruebas contradecían las creencias generales y violaban el tabú que rodeaba la discusión de crímenes sexuales, en particular el incesto.

En 1874 nace la primera sociedad de prevención en la ciudad de New York, *Society for Prevention of Cruelty of Children*, la cual surgió como fuente de inspiración para desarrollar otras organizaciones contra el abuso infantil en los Estados Unidos y Europa.⁵

En 1962 la temática del maltrato infantil comenzó a ser estudiada de manera sistemática, en este año Kempe y colaboradores delinearon las características clínicas y las repercusiones de lo que ellos llamaron “el síndrome del niño maltratado”. Es aquí cuando realmente se inicia la investigación rigurosa de uno de los tipos de abuso que se dan dentro del seno del hogar.⁷

Henry Kempe y Silvermanen, crearon la expresión síndrome del niño golpeado, concepto este que fue ampliado al indicar que estos infantes podían ser agredidos no solo de forma física, sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que se sustituyó el término golpeado por el de maltratado. Henry Kempe definió inicialmente el síndrome como “[...] el uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir y lesionar o destruir a un niño, ejercido por parte de su padre o de otra persona responsable del cuidado del menor”.⁷

En 1971 el neurocirujano Norman Guthkelch, teorizó que la lesión por latigazo ocasiona hemorragias subdurales debido al desgarramiento de las venas del espacio subdural. El síndrome fue descrito por primera vez por John Caffey en 1972 como una forma de maltrato físico infantil, debido a traumatismos intracraneales que conllevan a un grupo de alteraciones clínico-patológicas bien definidas, acompañadas o no de signos externos de maltrato.⁸

En la década de los 90 del siglo pasado, la Organización Mundial de la Salud publicó su primera clasificación del maltrato. Más tarde, en el año 2002, basada en el esquema para reducir la violencia en la Universidad de Harvard, hace una reconsideración de la clasificación.¹ La Comisión Internacional de los Derechos Humanos, por su parte, lo define como toda aquella forma extrema de amenazas, represión, castigos o humillaciones que inflijan un sufrimiento físico, psicológico o moral a un ser humano, y aún más si se trata de un menor.⁹

El maltrato infantil se define como acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad. El maltrato infantil incluye la amenaza o el daño físico, psíquico y social.¹⁰⁻¹¹

Se considera maltrato infantil: la agresión física, psicológica o emocional que un adulto intencionalmente causa a un menor, sea por castigos violentos, abuso sexual o formas psicológicas como ponerle en ridículo u ofender directamente su autoestima. El maltrato infantil afecta su normal desarrollo y su adecuada integración a la sociedad.¹²

El Sistema internacional para el desarrollo integral de la familia define a los niños maltratados como los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente violencia física, emocional o ambas ejecutadas por actos de acción u omisión pero siempre en forma intencional, no accidental por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos.¹³ Por ello, el acto de maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión y transgresión de los derechos individuales y colectivos. El maltrato incluye también el abandono completo o parcial.¹⁴

Los estudiosos del tema han tratado de explicar su aparición y mantenimiento utilizando diversos modelos, como lo son: el modelo sociológico, que considera que el abandono físico es consecuencia de situaciones de carencia económica o de situaciones de aislamiento social; el modelo cognitivo, que lo entiende como una situación de desprotección que se produce como consecuencia de distorsiones cognitivas, expectativas y percepciones inadecuadas de los progenitores / cuidadores en cuanto a los menores a su cargo; el modelo psiquiátrico, que considera que el maltrato infantil es consecuencia de la existencia de psicopatología en los padres; el modelo del procesamiento de la información, que plantea la existencia de un estilo peculiar de procesamiento en las familias con menores en situación de abandono físico o negligencia infantil; y por último el modelo de afrontamiento del estrés, que refiere la forma de evaluar y percibir las situaciones y/o sucesos estresantes por parte de estas familias.³

En Cuba se han destacado en el estudio del maltrato infantil y sus consecuencias investigadores como Cristóbal Martínez Gómez,⁴ Néstor Acosta Tieleles,⁸ y Patricia Ares¹⁵

desde el enfoque de los estudios de la familia que ha devenido en importante literatura sobre el tema.

Para el Estado, la escuela y los servicios médicos cubanos, la problemática de la infancia es muy importante debido a que es en esta etapa de la vida del ser humano donde se definen las principales características de su desarrollo, tanto físico como psíquico. Sin embargo, es la etapa de la vida en que más desprotegido se encuentra el individuo y depende de los demás para alcanzar una salud física y mental adecuada. Acosta Tiele afirma que [...] si maltrato a la subjetividad es lesión al desarrollo de la personalidad infantil, entonces se puede argumentar que los adultos responsables del crecimiento del niño (padres, familiares, personal profesional) han generado un factor de maltrato cuando, desde la gestación misma, han dejado de proveer lo mínimo para su desarrollo fisiológico, psicológico, y social.⁹

Martínez Gómez en su libro *Para que la familia funcione bien*, define el maltrato infantil como “[...] toda agresión al niño, realizada por sus padres, hermanos, familiares u otros, con la intención de castigarlo o hacerle daño. Hay maltrato también cuando no se atienden las necesidades del niño: alimentación, salud, protección, afecto y cuidado”.⁴

Ambos autores coinciden en que no solo inciden en la concreción del maltrato, causas de repercusión en lo físico sino que apuntan también a las de tipo psicológico.

El abuso infantil se puede detectar de diversas formas especialmente cuando los encargados legales del menor dejan de tomar responsabilidades sobre el mismo y al definirlo los investigadores mencionados coinciden en identificar como las diversas formas que puede asumir: la de tipo: físico, psicológico o emocional, sexual, por descuido o negligencia, síndromes de Munchausen por poder y del niño sacudido. Muela Aparicio precisa: [...] abuso sexual (donde hay un contacto directo entre el agresor y la víctima), maltrato físico (donde ocurren lesiones y agresiones físicas en contra de la víctima, no necesariamente hay abuso sexual), negligencia infantil (donde los padres o encargados legales descartan responsabilidades sobre el niño y al mismo tiempo lo abandonan) y el maltrato emocional (donde el agresor cosecha el miedo y la angustia sobre la víctima).¹⁶

De que sucedan o no estos actos de violencia y maltrato, no escapa ninguna familia y dependen de múltiples factores como son: la educación, el nivel cultural, la capacidad de los miembros de la familia para la solución de conflictos, las características personales de cada miembro, el desconocimiento, entre otros. Las causas que pueden provocar estas manifestaciones ⁴ son disímiles y entre otras se pueden mencionar:

- Muchos de los padres que maltratan a sus hijos fueron niños maltratados o aprendieron, en su familia, que el castigo físico era un método de enseñanza.
- Algunas características de los niños pueden ser causas aparentes, como son los niños intranquilos, problemáticos, con conductas inadecuadas, en sentido general.
- Las situaciones medio ambientales pueden servir como facilitadoras para la ocurrencia del abuso, como son los problemas económicos, las dificultades en la pareja, el desempleo, la incultura, el hacinamiento, la vivienda inadecuada.
- Incapacidad materna y/o paterna para asumir la educación y responsabilidad de los hijos.
- Problemas de salud en los primeros años de vida del menor.
- Embarazo no deseado.
- Desintegración familiar y/o falta de comunicación.
- Efectos del consumo de alcohol y drogas.
- Familias con disfunciones en su estructura y funcionamiento.
- Falta de control de los impulsos y distintas características de personalidad de los adultos como pocos recursos psicológicos, culpa y al sentimiento de rechazo, baja autoestima.⁹

Existen además factores de riesgo a los que se exponen los niños dentro y fuera de la familia que conllevan a que se vean inmersos en actos de maltrato. El nivel o la condición de riesgo, que va desde la mayor vulnerabilidad a la mayor protección, depende de la presencia tanto de factores de riesgo como de los mecanismos y factores protectores que interactúan en cada familia; ello determina la mayor o menor probabilidad de que ocurra el maltrato.⁹

Entre las condiciones de riesgo en el niño, se presentan:

- Recién nacido con malformación o prematuridad.
- Alteración de los primeros vínculos.

- Hospitalización precoz prolongada.
- Niño portador de patología crónica o con discapacidad física o psíquica.
- Niño con conducta difícil o no escolarizado, inasistente o de bajo rendimiento escolar.
- Niño de la calle o de la frontera.
- Maltrato étnico.

2. Condiciones de riesgo en la familia:

- Familias con antecedentes de conducta violenta.
- Familias con procesos psiquiátricos.
- Familias en etapa de desintegración.
- Familias con antecedentes de alcoholismo.
- Familias desintegradas.

3. Condiciones de riesgo en el entorno:

- Condiciones difíciles de vida, con marginación, cesantía, pobreza.
- Aceptación cultural de la violencia.
- Ausencia de redes sociales de apoyo a la comunidad.

Ningún factor de riesgo por sí solo explica la ocurrencia de maltrato; tampoco existe una asociación de factores característica de alguna de las formas de maltrato. Se requiere del estudio de cada caso individual y de la acumulación de varios de estos factores. Para ello el especialista debe ser capaz de identificar y denunciar la ocurrencia de estos actos, por ello desde el proceso de su formación de pregrado, el especialista de las ciencias médicas debe dominar el contenido inherente a esta temática de manera que esté en condiciones de brindar el tratamiento adecuado a la situación en caso de su manifestación en el área de salud donde se desempeñe una vez graduado ya que existen indicadores que evidencian su ocurrencia. Por el grado de precisión en su establecimiento se toman los establecidos por Antequera¹⁷ y Robaina.¹⁸

Indicadores de maltrato físico:

- Contusiones, equimosis, eritemas, laceraciones, quemaduras, fracturas, deformidad de la región; signos de intoxicación o envenenamiento, así como de traumatismo craneal con daño visceral; huellas de objetos agresores como cinturones, lazos, zapatos, cadenas y planchas. Estas lesiones, que generalmente son múltiples, no están ubicadas en el rango de lo posible para un menor, bien por su localización poco habitual, por su mayor frecuencia e intensidad o porque se trata de lesiones aparentemente inexplicables o que no corresponden a las explicaciones dadas por los padres o el niño.
- En los casos de maltrato crónico, las lesiones descritas pueden coexistir con cicatrices, deformidades óseas por fracturas antiguas o con secuelas neurológicas o sensoriales.

1. Indicadores de abuso sexual:

- Laceración o daño en el área genital que no se explique como accidental, al igual que la presencia de enfermedades de transmisión sexual en un niño o preadolescente.
- Las lesiones más frecuentemente encontradas son: equimosis en la entrepierna y en los labios mayores, laceraciones, sangrado, inflamación, himen perforado (en niñas), dificultad para caminar, rastros de semen y, en etapas más tardías, prurito e infecciones frecuentes y masturbación.
- Es común que el abuso sexual sostenido ocurra con un miembro de la propia familia y de modo progresivo, por lo que no necesariamente se produce violencia física.

2. Indicadores de abandono:

- Descuido en la alimentación, en la higiene y la ropa, dermatitis de pañal, signos o cicatrices de accidentes domésticos frecuentes y desnutrición.
- Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (heridas sin curar o infectadas, defectos sensoriales no compensados), ausencia del control y cuidados médicos rutinarios.
- Es importante distinguir el abandono físico, como una forma de maltrato, de la falta de cuidado por la escasez de recursos y las dramáticas condiciones de vida que impone la

extrema pobreza. Otro elemento son las dificultades que las familias en condiciones de aislamiento geográfico y social enfrentan para acceder a la atención médica.¹⁷⁻¹⁸

La detección de estos indicadores debe realizarse mediante la observación, durante la consulta, de la conducta del niño y del adulto que lo acompaña y a partir de la valoración de la calidad de la relación entre ambos; además, se debe hacer una búsqueda sistemática de información acerca de la ocurrencia de maltrato. La obtención de esta información es compleja, no solo por el ocultamiento y la negación de los adultos temerosos de un castigo legal o de la censura social, sino también porque el propio niño puede negar el abuso por temor, por un sentimiento de lealtad hacia su familia o porque piensa que no le van a creer. La dificultad es aún mayor en los casos de abuso sexual, aunque a menudo es posible obtener información de manera indirecta o de testigos ajenos a la familia.

Algunos indicadores psicológicos o emocionales¹⁷⁻¹⁸ de maltrato están dados por:

- Conductas de temor y retraimiento, de inquietud excesiva y apego inadecuado al profesional o técnico que presta la atención.
- Las explicaciones del adulto son generalmente vagas, minimizadoras y en abierta contradicción con los hallazgos.
- Falta de interacción y contacto, así como una excesiva dependencia a algunas de las conductas del adulto que caracterizan al maltrato emocional: descrédito, ridiculización, descalificación, amenazas, indiferencia, rechazo explícito o implícito.
- Hiperactividad, agresividad, rebeldía, desorganización o bien, se pueden identificar niños tímidos, poco comunicativos y de apariencia descuidada.

Otros indicadores¹⁷ que se pueden encontrar son los siguientes:

1. En el niño (maltrato físico)

- Lesiones abdominales, hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos recidivantes.
- Mordedura humana, intoxicaciones.
- Cauteloso respecto al contacto físico con adultos.
- Se muestra aprensivo cuando lloran otros niños.

- Muestra conductas extremas (llanto inconsolable).
- Parece tener miedo de sus padres, de ir a casa o llora al terminar las clases.

2. En el niño (maltrato por negligencia)

- Retraso del crecimiento.
- Accidentes frecuentes por falta de supervisión.
- Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica.
- Retraso en todas las áreas madurativas.
- Problemas de aprendizaje escolar.
- Comportamientos autogratificantes.
- Somnolencia, apatía, depresión.
- Hiperactividad, agresividad.
- Tendencia a la fantasía.
- Llega muy temprano a la escuela y se va muy tarde.
- Dice que no hay quién le cuide.
- Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto.
- Comportamientos antisociales.
- Vida en el hogar caótica.
- Muestra evidencia de apatía o inutilidad.

3. En el niño (maltrato psicológico)

- Talla corta, retraso no orgánico del crecimiento, enfermedades de origen sicosomático.
- Excesiva ansiedad o rechazo en las relaciones sicoafectivas.
- Asustadizos, tímidos, pasivos o comportamientos agresivos o negativistas.
- Ausencia de respuesta a estímulos emocionales.
- Retraso del lenguaje y fracaso escolar.
- Inmadurez socioemocional.
- Conductas autolesivas.
- Problemas graves de control de esfínteres en niños mayorcitos.

4. En el niño (maltrato sexual) ¹⁹

- Dificultad para andar o sentarse.
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- Se queja de dolor o picor en la zona genital.
- Porta una enfermedad de transmisión sexual.
- Porta semen en la boca, genitales o en la ropa.
- Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano.
- Embarazo en la adolescencia.
- Infecciones urinarias de repetición.
- Dice que ha sido atacado sexualmente.
- Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales.
- Miedos, fobias, histeria. Síntomas inespecíficos (alergias, respiratorios) que originan intenso consumo médico sin que se aclare la causa.
- Depresión.
- Intento de autolisis.
- Desvalorización corporal (anorexia).
- Problemas de conducta (fugas, fracaso escolar).¹⁷⁻¹⁸

Independientemente de las secuelas físicas o emocionales que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico, sexual o psicológico, todos los subtipos de maltrato dan lugar a diversos trastornos: ²⁰

1. Consecuencias físicas:

- Pesadillas y problemas del sueño.
- Cambio de hábitos de comida.
- Pérdidas del control de esfínteres.
- Trastornos sicosomáticos.

2. Consecuencias conductuales:

- Consumo de drogas y alcohol.

- Fugas del domicilio.
- Conductas autolesivas.
- Hiperactividad.
- Bajo rendimiento académico.
- Trastorno disociativo de identidad.
- Delincuencia juvenil.

3. Consecuencias emocionales:

- Miedo generalizado.
- Agresividad o aislamiento.
- Culpa y vergüenza.
- Depresión, baja autoestima, rechazo al propio cuerpo.
- Síndrome de estrés postraumático.
- Dificultad para expresar sentimientos.
- Fobias sexuales, disfunciones sexuales y alteraciones de la motivación sexual (en caso de víctimas de abuso sexual).

4. Consecuencias sociales:

- Mayor probabilidad de sufrir revictimización, como víctima de violencia por parte de la pareja.
- Mayor probabilidad de ser agresor en sus hijos.
- Problemas de relación interpersonal.²⁰

Diversos estudios sugieren que el maltrato continúa de una generación a la siguiente. De forma que un niño maltratado tiene alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la etapa adulta. Mientas que afecta de forma diferente a los niños y las niñas: las niñas tienden a manifestar ansiedad y depresión, mientras que los niños son agresivos y tienen problemas de conducta, ambos tienen más problemas en la escuela, piensan que tienen poco control sobre sus vidas y manifiestan menos empatía con otras personas.

Sus efectos varían dependiendo de las circunstancias del abuso y según las características del niño y su entorno. Las consecuencias pueden ser graves o menores. Pueden desaparecer al poco tiempo o durar toda una vida. Además de afectar al niño física y psicológicamente, estas consecuencias pueden afectar su comportamiento o manifestarse en combinación. El maltrato de menores genera costos altos para las entidades públicas como los sistemas escolares, médicos y de servicios sociales y su impacto no solo afecta a los individuos y familias, sino a la sociedad en general.

La familia constituye el primer eslabón del maltrato y es donde se hace más complejo su diagnóstico, pues aún se tiene el precepto de que es un asunto privado y por ello las víctimas sufren en silencio prefiriendo callar el acto.²¹

En especial la familia cubana ha experimentado modificaciones sensibles respecto a la educación de la infancia, un ejemplo de ello lo demuestra la década de los 90 del pasado siglo, donde el país sufrió transformaciones tanto en lo económico como en lo social. Cambios y decisiones complejas que crearon conflictos en la sociedad, al introducirse mecanismos de mercado en el modelo de la economía planificada, lo cual hizo que se acrecentaran las diferencias sociales, que aparecieran tasas de desempleo en el contexto nacional, que emergieran la corrupción y la prostitución y que el delito ganara espacio, todo ello unido en algunos casos a la ausencia paterna, la asistencia inadecuada de crianza, la irresponsabilidad de algunos progenitores en la atención de los hijos, el incorrecto ejercicio de la autoridad, el predominio de las relaciones de padres y las defectuosas relaciones entre padres e hijos.¹⁹

Cabrera y Alonso ²² refieren que en Cuba se realizan esfuerzos en cuanto a la salud pública, la educación y para resolver las necesidades, en especial de la infancia; sin embargo, existen situaciones intrafamiliares que escapan a la voluntad estatal y propician el maltrato en el seno de los hogares y es precisamente, hacia esta manifestación que deben estar dirigidas las miradas con el propósito de identificar aquellos factores favorecedores para su ulterior prevención.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en Cuba, tiene, entre sus funciones fundamentales la promoción de salud, prevención, curación y rehabilitación de enfermedades y otros daños y

como principal escenario, el espacio de la atención primaria de salud (APS), para la cual funcionan como unidades básicas el policlínico y los consultorios de medicina familiar, al mismo tiempo cuenta con un equipo básico de trabajo que actúa interdisciplinariamente, dentro del cual el médico y la enfermera constituyen los elementos fundamentales y a los que se suman los estudiantes de las diferentes especialidad de las ciencias médicas desde su etapa de formación.

Estos especialistas asumen el cumplimiento de las disposiciones de los diferentes programas instituidos para la atención a la familia, la mujer y el menor, tales como el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI)²³, el Programa Educa a tu hijo, pero pese a los esfuerzos del Estado, la escuela y los servicios de salud cubanos, se siguen produciendo actos violentos que laceran física y emocionalmente a los menores; situaciones que por demás, no siempre son detectadas por los maestros y médicos, aunque constituya parte del modo de actuación de estos profesionales el hecho de saber desarrollar sistemáticamente la labor preventiva.

De lo anterior se desprende entonces, que el abordaje del tema es importante realizarlo desde la comunidad y con las familias, para lograr una mejor educación en cuanto a la crianza de los hijos para su desarrollo como futuros hombres.

Por lo tanto se deben aprovechar las potencialidades que posee el proceso curricular de los estudiantes de las carreras de las ciencias médicas, atendiendo a que deben desarrollar su formación para el alcance de tres perfiles, “[...] ético humanista, profesional y ocupacional”²⁴⁻²⁵ y con ello lograr el cumplimiento de las funciones dirigidas a “[...] la atención médica integral, administrativa, educativa, investigativa, y en situaciones especiales”;²⁴⁻²⁵ de ahí que, desde las etapas iniciales del plan de estudio, tienen acceso al trabajo para difundir el conocimiento de esta problemática y así una mejor prevención, identificación, diagnóstico y tratamiento del fenómeno, para evitar las terribles consecuencias del maltrato infantil, ya que los futuros egresados tienen, entre otros, como modo de actuación profesional el intercambio permanente con la familia mediante el sistema del Médico de Familia, lo cual los ponen en contacto directo con la comunidad.

CONCLUSIONES

La revisión documental desarrollada permitió constatar que ningún niño está exento de sufrir algún tipo de maltrato y sus consecuencias, pero lo cierto es que depende de la familia y las diferentes instituciones legales, evitar su ocurrencia y por tanto, sus secuelas en las distintas etapas del desarrollo del menor.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en Cuba, tiene, entre sus funciones fundamentales la promoción de salud, prevención, curación y rehabilitación de enfermedades y otros daños y como principal escenario, el espacio de la atención primaria de salud (APS), unidad básica: el policlínico y los consultorios de medicina familiar y para ello cuenta con un equipo básico de trabajo que actúa interdisciplinariamente, dentro del cual el médico y la enfermera constituyen los elementos fundamentales.

El médico y la enfermera del consultorio de medicina familiar persiguen el objetivo de mejorar el estado de salud de la población con acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y al ambiente, mediante una íntima vinculación con las masas. Por todo lo anterior se puede afirmar que es el consultorio de medicina familiar el que mejor acceso tiene a la población y por ello el que puede lograr un mejor trabajo en relación con la prevención del maltrato infantil.

Los servicios de APS tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil, al ser los únicos servicios comunitarios a los que tienen acceso normalizado y generalizado las familias en un periodo de edad en el que el niño es especialmente vulnerable (menores de 5 años de edad). Médicos y enfermeras de APS se encuentran en una posición favorable para detectar niños en situación de riesgo, colaborar en la intervención protectora de la población general y realizar actividades preventivas con el niño considerado de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de La Salud (OMS). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Capítulo 3: Maltrato y descuido en los menores por los padres y otras personas a cargo. Sitio web Preveme [Internet]. 2002 [citado 26 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/prevemi>
2. Gurdián Miranda G. La formación integral de niños y niñas en circunstancias especialmente difíciles en Matagalpa, Nicaragua. Una propuesta metodológica. [tesis]. Camagüey: Universidad de Ciencias Pedagógicas “José Martí”; 2007.
3. Cánobas L, Gómez S, Núñez E. Los niños y sus derechos. Para la vida. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1997.
4. Martínez Gómez C. Para que la familia funcione bien. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2005.
5. Cabral L S. La curiosa historia del maltrato infantil ABCColor [Internet]. 2006 [citado 14 Nov 2016]; 2014 Disponible en: <http://www.abc.com.py/edicion-impres/suplementos/cultural/la-curiosa-historia-del-maltrato-infantil-1292510.html>
6. Tamarit Sumalla JM. La protección penal del menor frente al abuso y explotación sexual: análisis de las reformas penales en materia de abusos sexuales, prostitución y pornografía de menores. Navarra, España: Editorial Aranzadi; 2002, p. 17-31 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=168603>
7. Labbé J. Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. Child Abuse & Neglect [Internet]. 2005 [cited 2016 Oct 22];29:);[about 13 p.].
8. Menon David K, Schwab, Karen. Position Statement: Definition of Traumatic Brain Injury». Arch Phys Med Rehabil [Internet]. 2010 [cited 2016 Dec 12]; 91(11):[about 3 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21044706>
9. Acosta Tiele N. Maltrato infantil. Prevención. 3ª Ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2007.
10. Herrera-Basto E. Indicadores para la detención del maltrato infantil. Rev. Salud Pública Méx [Internet]. 2007 [citado 26 Dic 2016];41(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341999000500011>

11. Shapiro M Sibling Alienation Syndrome': Psychological aftermath of false sexual abuse allegations? Aust N Z J Psychiatry. [Internet] 2017 [cited 2017 May 12] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28552014>
12. Robaina Suárez G. El maltrato infantil. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 2001. [citado 11 Nov 2016];17(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n1/mgi11101.pdf>
13. Antequera Jurado R. Evaluación psicológica del maltrato en la infancia. Cuad Med Forense [Internet]. 2006 [citado 14 Nov 2016]; 12(43-44). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/10.pdf>
14. Pozo Abreu SM. A cinco años de la creación del Comité Académico para la prevención del maltrato infantil. Infomed. Prevención del maltrato infantil [Internet]. 2006 [citado 14 Nov 2016] Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/prevemi/temas.php?idv=20892>
15. Ares P. Mi familia es así. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 2002.
16. Muela Aparicio, A. Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. España: Anales de Psicología [Internet] 2001. [citado 11 Nov 2016]; 24(1) Disponible en: <http://biblioteca.uprrp.edu:2113/Universitas/welcome.do?login=uprrpiedras&prd=6&at=>
17. Antequera Jurado R. Evaluación psicológica del maltrato en la infancia. Cuad Med Forense [Internet]. 2006 [citado 14 Nov 2016]; 12(43-44). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/10.pdf>
18. Robaina Suárez G. El maltrato infantil. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 2001. [citado 11 Nov 2016];17(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n1/mgi11101.pdf>
19. Maria J, Sumalla T. La protección penal del menor frente al abuso y explotación sexual: análisis de las reformas penales en materia de abusos sexuales, prostitución y pornografía de menores. Navarra, España: Editorial Aranzadi, 2002.
20. Arruabarrena M I, Paúl J de. Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento. Madrid Ediciones Pirámide; 2005

21. Patró Hernández R, Limiñana Gras RM. Víctimas de violencia familiar: consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de Psicología* [Internet] 2005. [citado 11 Nov 2016]; 21(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16721102>
22. Cabrera C, Alonso G. Clasificación y lesiones óseas más frecuentes en el síndrome de abuso físico en el niño. *Revista cubana de Medicina General Integral*. 2008; 24.
23. Programa de Atención Materno Infantil. Documento del programa del país 2014-2018. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Disponible en: https://www.unicef.org/about/execboard/files/2013-PL2-Cuba_CPD-final_approved-Spanish.pdf
24. Diseño del Plan de Estudio de la carrera de Medicina. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2015. p. 3.
25. González Jardinez M, González Aguiar V. Perfeccionamiento Plan de Estudio de la carrera de Medicina. Plan D. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Comisión Nacional de Carrera de Medicina; 2015

Recibido: 12/05/2017

Aprobado: 22/06/2017

Carmen Laura Pérez Cabrera. Licenciada en Psicología. Departamento Psicología. Facultad de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey “Carlos J. Finlay”. Central Oeste Km 4½, Camagüey, Cuba, CP. 70100. carmen.laura@iscmc.cmw.sld.cu