



UNAM

Facultad de Psicología

División de Estudios Profesionales

**MALTRATO INFANTIL EN NIÑOS CON
DISCAPACIDAD POR PARÁLISIS CEREBRAL**

Ana María Laura Terrón Sierra

Investigación Empírica

Directora: Mtra. Alma Mireia López Arce

Revisora: Lic. Aída Araceli Mendoza Ibarrola

Asesor Metodológico: Dr. Alberto Javier Córdoba Alcaráz

Ciudad de México, Mayo de 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi Alma Mater.

Mi más profundo agradecimiento a la Mtra. Alma Mireia López Arce, por aceptar dirigir este proyecto, por compartir sus conocimientos y experiencias, así como su valioso tiempo para concluir este trabajo. Y sobre todo, por su calidad profesional y su calidez humana.

También agradezco a la Lic. Aída Araceli Mendoza Ibarrola, por su paciencia y dedicación.

Al Dr. Alberto Javier Córdoba Alcaráz, por su entusiasmo y motivación hasta concluir esta tesis.

Al Mtro. Salvador Chavarría Luna por sus valiosas y puntuales observaciones.

Y a la Lic. María Eugenia Gutiérrez Ordóñez, siempre preocupada por la calidad del trabajo.

Agradezco enormemente al Dr. Jorge Hernández Wence, la oportunidad y facilidades para la realización de este trabajo.

Y no puedo dejar de mencionar, al Instituto Nacional de Rehabilitación, institución que me ha permitido desarrollarme profesionalmente.

A mis compañeros de trabajo con quienes discutí información, me prestaron desinteresadamente documentos, a quienes cedieron de su valioso tiempo para colaborar conmigo; en particular, a la Lic. en Educ. Especial Diana Melchor Vázquez, y a Araceli Ángeles Chavero.

Y por el apoyo profesional, constante e incondicional, de mi compañera y amiga la Lic. en Psic. Carol Cariño Vara.

DEDICATORIAS

A mis padres Ana María y Leobardo,
por su amor incondicional e infinito apoyo.

A mi hijo, motivo de mi superación
y alegría de mis días.

A mis hermanos Beto, Carlos, Sergio,
Nacho, Teresa, Toño y Paco.

Al Chiqui, una alegría más en mi vida.

CONTENIDO

Resumen.....	7
Summary.....	9
MALTRATO INFANTIL EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD POR PARALISIS CEREBRAL.....	11
Introducción.....	11
CAPÍTULO I. MALTRATO INFANTIL.....	15
Definición	16
Antecedentes históricos	18
Epidemiología	21
Etiología	22
Semiología	23
Clasificación de los tipos de maltrato infantil.....	25
Diagnóstico	26
Pronóstico	29
Prevención	29
Modelo de Prevención del maltrato infantil.....	31
Tratamiento	34
CAPÍTULO II. PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.....	37
Definición y características.....	38
Epidemiología	41
Etiología de la parálisis cerebral infantil	51
Identificación de la parálisis cerebral.....	53

Tipos y clasificaciones de la parálisis cerebral.....	54
Semiología	55
Tipos de Parálisis Cerebral Infantil.....	60
Diagnóstico	63
Tratamiento multi-interdisciplinario.....	68
Calidad de los servicios de Educación Especial	79
Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER).....	79
Centros de Atención Múltiple (CAM).....	81
Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP)	83
CAPÍTULO III. PARÁLISIS CEREBRAL Y MALTRATO INFANTIL	85
Tipos de maltrato y contexto	85
El maltrato de los menores con discapacidad	86
Los menores con discapacidad como víctimas de Maltrato Infantil.....	86
Factores de vulnerabilidad del niño con discapacidad	89
Maltrato Institucional	94
Protección de los niños con discapacidad frente al maltrato.....	95
CAPÍTULO IV. MÉTODO.....	97
Objetivos:	97
Tipo de estudio:.....	98
Instrumento:	98
Escenario:	98
Procedimiento:	99

CAPÍTULO V. RESULTADOS	100
CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	107
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	110
REFERENCIAS	111
ANEXOS.....	117
Reformas y adiciones al artículo 4 constitucional	117
Ley para la protección de los Derechos de Niñas, Niños y adolescentes	117
Ley de los Derechos de la Niñas y los Niños en el Distrito Federal	118
Código Civil para el Distrito Federal	119
Código Penal para el Distrito Federal.....	119
Ley de Asistencia y Prevención Familiar	119
Ley para la protección de los Derechos de Niñas (os).....	119
INDICADORES	120

Resumen

Los padecimientos que reciben atención en el Instituto Nacional de Rehabilitación por su alta incidencia en la infancia, se encuentra la Parálisis Cerebral con importantes alteraciones y repercusiones en el desarrollo del niño que resultan en discapacidad, tema controversial como factor de riesgo para la aparición del maltrato infantil.

Las manifestaciones de violencia pueden incluir desde agresiones físicas, hasta otras de tipo emocional y psicológico, siendo imprescindible el entorno familiar como principal escenario, para la exploración y estudio sobre el tema.

Se realizó un estudio documental, descriptivo en una muestra de 30 niños. Los criterios de inclusión fueron: niños de ambos sexos, en los 6 y 12 años de edad, con diagnóstico de Parálisis Cerebral en sus diversas tipologías, que recibieron educación en escuela regular o educación especial de acuerdo a sus características curriculares; con disfunción familiar en las historias clínicas caracterizadas por presentar indicadores de riesgo de sufrir o padecer algún tipo de maltrato.

La información obtenida de los expedientes en una base de datos con dicho diagnóstico, se realizó un análisis de datos por cada caso reuniendo elementos que sugieren sospecha de maltrato infantil, poniendo especial atención en las repercusiones psicológicas y en el proceso de desarrollo emocional del menor; existiendo factores de riesgo en el entorno psicosocial del niño, desde el sistema familiar, y su relación con los responsables, tutores o cuidadores.

Se elaboró una lista de 50 indicadores de maltrato infantil para los casos seleccionados: presente-ausente (si o no), obteniendo el total de indicadores más frecuentes y posteriormente se analizaron los resultados.

El objetivo general del presente trabajo consistió en conocer la relación entre el maltrato infantil y la discapacidad por parálisis cerebral, centrando la revisión teórica en el menor con dicha discapacidad como víctima de maltrato.

Los resultados son expuestos en gráficas y tablas para mayor objetividad. Detectando situaciones particulares relacionadas con la percepción autoestima, entorno familiar y social del menor. La aparición de indicadores de maltrato por frecuencia fueron: el psicológico o emocional, siguiendo en prevalencia la negligencia y el abandono físico. Con mayor riesgo de maltrato la estructura familiar uniparental; como indicadores clínicos: la disfuncionalidad en la relación de pareja y los antecedentes de maltrato de los padres, como factores que aumentan la situación de maltrato. Encontrando la relación entre maltrato infantil y discapacidad, principalmente en aquellos casos que impera la disfunción familiar, por factores de estructura y crianza.

Palabras clave: discapacidad, maltrato infantil, parálisis cerebral, agresor, víctima.

Summary

The diseases that receive attention in the Instituto Nacional de Rehabilitación because of the high incidence on infants is Cerebral Palsy, it has important repercussions in the childhood development that results in disability, a controversial subject as risk factor of development of child abuse.

The manifestations of violence can include physical abuse, among others such as emotional and psychological, being the family environment the first scenery, for the exploration and subject study.

A documental descriptive study was realized in a 30 kids sample. The inclusion concepts were: girls and boys between 6 to 12 years old, with cerebral palsy diagnosis, who received regular or special education, with familiar disfunction reported on the clinical history including several indicators of child abuse or risk for child abuse. The accrued information from the data base on medical records was analyzed in each case, gathered key elements that suggest child abuse, with special attention in the psychological repercussions, in the emotional development, with existing risk factors in their psychosocial environment, the family system and the relationship with tutors, caretakers, and responsables.

A list of 50 child abuse indicators was made for the selected cases with present-absent indicators, aquaring the most frequent indicators and the posterior analysis. The general objective of this work consisted in knowing the relationship between child abuse and cerebral palsy disability, centering the theoretical review in the minor with the mentioned disability as abuse victim.

The results are exposed in graphics and charts for better objectivity. Detecting situations related with perception, self esteem, family and social environment of the minor.

The occurrence of abuse indicators, by frequency where: psychological or emotional, followed in prevalence the negligence and physical abandonment.

The uniparental family structure have the higher risk, as clinical indicators: couple relationship disfunction and parent abuse record, as rising factors of child abuse. Finding the relationship between child abuse and disability, mainly in those cases with prevailing family disfunction, by structure and parenting factors.

Key Words: disability, child abuse, cerebral palsy, perpetrator and victim.

MALTRATO INFANTIL EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD POR PARALISIS CEREBRAL

Introducción

La infancia con discapacidad ha sido, y sigue siendo, la población cuyos derechos han sido más impunemente negados y violados a lo largo de la historia y en la mayoría de las culturas, y, con toda probabilidad, la más vulnerable a todo tipo de maltrato. El infanticidio, el aislamiento en instituciones y el abandono familiar de los menores con discapacidad han sido ampliamente aceptados en nuestras sociedades hasta hace poco. Si pensamos en otros grupos que han sido vulnerables por cuestiones de raza, de sexo o de nacionalidad, los discapacitados han sido, dentro de estos colectivos, aquellos sobre los que ha recaído de manera más contundente el peso de la discriminación. El reconocimiento de los derechos de todos los niños y la preocupación por protegerlos han sido bastante tardíos históricamente, pero cuando nos referimos a los menores con alguna discapacidad, la protección adecuada de sus derechos sigue siendo una asignatura pendiente de nuestra sociedad, a pesar de los enormes avances que se han hecho en este sentido en las últimas décadas (Morris, 1998).

La relación que existe entre maltrato infantil y discapacidad se ha documentado en tres direcciones básicas en los estudios dedicados a esta cuestión: el menor discapacitado como víctima del maltrato, la discapacidad como consecuencia del maltrato infantil y, por último, el discapacitado como actor del maltrato activo y pasivo hacia otros menores (Verdugo y Bermejo, 1995).

Esta revisión teórica se centrará en el menor discapacitado como víctima de maltrato. Sin embargo, no debemos olvidar las otras dos direcciones de estudio que, a su vez, acaban incidiendo también en el aumento de la vulnerabilidad de los propios menores con discapacidad.

En éste sentido, es importante resaltar cómo un importante porcentaje de discapacitados lo son como consecuencia de distintas formas de maltrato en la infancia. Sobsey (1994) sitúa éste porcentaje en el 14%, y se ha observado cómo esta relación se convierte en un círculo vicioso en el que el maltrato crea o agrava una discapacidad que, a su vez, aumenta el riesgo de maltrato (Jandes y Diamond, 1985). Es el caso, por ejemplo, del maltrato prenatal. La negligencia en el seguimiento médico del embarazo o el consumo de sustancias tóxicas durante el mismo, reconocidos por los expertos como formas de maltrato (Observatorio de Infancia, 2006), pueden derivar en síndrome alcohólico fetal o en otros daños neurológicos y funcionales que derivan en discapacidad (Zelenko, Lock, Kraemer y Steiner, 2000).

El maltrato infantil es un problema escondido en muchos países, debido a que no se cuenta con datos ya que el tema está cargado de vergüenza y negación. No obstante, el maltrato infantil es un problema en los países tanto desarrollados como en desarrollo.

Este problema se presenta a lo ancho y largo de nuestro país, cualquier niño sin discriminación de edad, sexo o condición socioeconómica puede ser víctima de maltrato infantil en cualquiera de sus formas. No se registran estadísticas ni estimaciones confiables sobre las diversas formas de violencia doméstica hacia los niños, por lo que nuestra realidad actual no nos permite manejar datos cuantitativos representativos sobre el maltrato físico o el abuso sexual.

Sin embargo, las estadísticas mundiales revelan que más del 60%(OMS) de los niños que sufren maltrato pertenecen a la edad escolar, a pesar de ello sólo entre el 5 y el 15% de los casos denunciados provienen de maestros, profesores o docentes del sistema educativo en general.

También se han documentado los efectos de la negligencia afectiva y del abandono temprano en la lentificación e incluso el estancamiento del desarrollo físico y psicológico del niño (Beckett y cols., 2003; Groza y Ryan, 2002), y, por supuesto maltrato físico como generador de lesiones que pueden derivar en discapacidad (Sullivan y Knuston, 1998).

Por otro lado, se ha estudiado a los discapacitados como autores de maltrato infantil. En éste sentido, se ha detectado el mayor riesgo que tienen los adultos con discapacidad intelectual de tener un comportamiento negligente o agresivo hacia sus hijos (McGaw y Sturmey, 1993). También se ha destacado la sobrerrepresentación de los discapacitados intelectuales como abusadores sexuales (Beail y Warden, 1995; Day, 1993; O, Callaghan, 1998), lo que a su vez se relaciona con el mayor riesgo de sus compañeros a sufrir abuso cuando viven en instituciones residenciales o conviven en centros escolares y dispositivos de ocio y tiempo libre.

Es posible que la sobrerrepresentación de los discapacitados psíquicos como abusadores sexuales se deba, al menos en parte, a que este tipo de abuso se detecta de modo mucho más evidente cuando el abusador tiene discapacidad, por ser su comportamiento más impulsivo, más público y menos cuidadosamente escondido, dándose así el efecto inverso en la probabilidad de detección que cuando el abuso se perpetra por parte de una persona sin discapacidad. (Thompson y Brown, 1997).

Este trabajo se plantea de la siguiente forma, posterior a una revisión de antecedentes antes mencionados, pasando a los aspectos relevantes de cada capítulo como definición y conceptualización, explicaciones básicas del fenómeno, siguiendo con la epidemiología, etiología, semiología, clasificación, y tipología, así como criterios de diagnóstico, pronóstico y tratamiento, como los factores de riesgo e indicadores que desencadenan el maltrato infantil.

En el primer capítulo se desarrolla el tema de Maltrato Infantil en los aspectos señalados; posterior el segundo capítulo de Parálisis Cerebral; como tercer capítulo el tema Parálisis Cerebral y Maltrato Infantil, donde se plantea la relación de discapacidad con el fenómeno de maltrato en dicha población en los diferentes contextos, desde el individual abarcando el familiar, educativo, y social.

En el cuarto capítulo se describe la Metodología; siguiendo con el capítulo cinco de Resultados, y finalmente con el contenido de la discusión y conclusiones; como un apartado de limitaciones y sugerencias.

En el desarrollo de los capítulos se contemplan los indicadores o factores de riesgo, su revisión y análisis.

Aunque el término “maltrato infantil” engloba situaciones diferentes, algunos aspectos comunes entre todas ellas son las siguientes:

- Constituyen la manifestación y resultado de un conjunto de problemas que afectan al bienestar psicológico de los padres/tutores y a su entorno presente y pasado.
- Afectan negativamente a la salud física y/o psicológica del niño y comprometen su desarrollo adecuado.
- Sus efectos negativos aumentan en intensidad a medida que la situación es crónica o es más severa.

CAPÍTULO I. MALTRATO INFANTIL

El Maltrato Infantil se ha convertido en un conflicto al que actualmente se enfrentan las diferentes disciplinas implicadas en su abordaje, puesto que no se presenta en forma aislada sino que involucra una gran variedad de factores biopsicosociales.

Durante siglos la agresión al menor ha sido justificada de diversas formas; se les ha sacrificado para agradar a los dioses o mejorar la especie, o bien como una forma de imponer disciplina.

En la historia encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores.

Margaret Lynch (Maher, 1990) describe casos de maltrato mencionados por el médico griego Soranus en el siglo II, en tanto que otros fueron identificados en los siglos XVII, XVIII y XIX; por ejemplo, el de la pequeña Mary Ellen (1874), quien era cruelmente golpeada y encadenada por sus padres adoptivos. Ante esta situación sus vecinos decidieron llevarla a los tribunales siendo representada por la sociedad protectora de animales no existir otra instancia para su defensa, surge así en Nueva York la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad en los Niños, y creando sociedades semejantes en varios países poco después, no obstante, el síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu, catedrático de medicina legal en París, luego de realizar las autopsias de 32 niños golpeados y quemados (1994). Ampudia, Santaella, y Eguía, (2009), crearon la expresión síndrome del niño golpeado, con base en las características clínicas presentadas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General de Denver, en Colorado. Este concepto fue ampliado por Fontana, (1979), al indicar que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado; desde entonces se ha publicado una serie de artículos sobre el concepto, que trata de abarcar las diferentes modalidades que existen en cuanto a la acción de lesionar a un niño, mismas que se describen a continuación.

Definición

Es primordial establecer una definición adecuada del maltrato infantil para elaborar un diagnóstico y un tratamiento apropiados.

La definición se ha modificado y enriquecido con las aportaciones de los investigadores que se han abocado al tema, a partir de la primera emitida por Kempe en 1962, quien originalmente define el Maltrato Infantil como el uso de la fuerza física no accidental, dirigida a herir o lesionar a un niño, por parte de sus padres o pariente.

Internacionalmente reconocido cuando Kempe lo enunció. El maltrato de niños ha sido clasificado de diferentes formas: maltrato social o extrafamiliar, el cual se expresa en el niño expuesto a la pobreza, vivienda insalubre, nutrición inadecuada y poca posibilidad de llegar a la adultez de forma sana. Este también puede ser clasificado en intencional o no, y se considera intencional cuando existe premeditación y pleno conocimiento de causa por parte de quién lo ejecuta, y no intencional cuando el daño o lesión es producido por negligencia (Kempe, 1996) además otra forma de clasificación es según el modo de agresión.

Entre otros conceptos se denomina relación de abuso a aquella en que, dentro de un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas en las que una de las partes, por acción u omisión, ocasiona daño físico o psicológico a la otra persona (Goldman, Terceiro, 2004).

Posteriormente se incluyen la negligencia y los aspectos psicológicos como formas del Maltrato infantil para Wolfe es “la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención Legal)”.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) propone la siguiente definición: *“Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aún sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor”*. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) 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” (Kieran y O’Hagan Salud Pública de México/vol. 40, no.1, 1998).

El MI a diferenciación entre maltrato emocional y psicológico; en relación con el primero indican: “Es la respuesta emocional inapropiada, repetitiva y sostenida a la expresión de emoción del niño y su conducta acompañante, siendo causa de dolor emocional (ejemplo: miedo, humillación ansiedad) lo cual inhibe la espontaneidad de sentimientos positivos y adecuados, ocasionando deterioro de la habilidad para percibir, comprender, regular, modular, experimentar y expresar apropiadamente las emociones produciendo efectos adversos graves en su desarrollo y vida social”.

El maltrato psicológico en cambio es “la conducta sostenida, repetitiva, persistente e inapropiada (violencia doméstica, insultos, actitud impredecible, mentiras, decepciones, explotación, maltrato sexual, negligencia y otras) que daña o reduce sustancialmente el potencial creativo como el desarrollo de facultades que lo imposibilita a entender y manejar su medio ambiente, lo confunde atemoriza haciéndolo más vulnerable e inseguro afectando adversamente su educación, bienestar general y vida social”.

En relación con la clasificación del MI, los investigadores en este tema proponen varias formas de clasificación, que se describen más adelante.

Además que las investigaciones sobre el MI abren nuevas líneas que se precisarán en su momento en aspectos poco comunes y analizados como son: niños de la frontera, de la guerra, maltrato étnico, entre otros, donde además de los problemas socioeconómicos subyace un fenómeno transcultural. Otro ejemplo es el caso del maltrato fetal, que puede ser considerado como un rubro específico e incluido en una nueva clasificación, por la importancia del análisis que requiere.

Antecedentes históricos

El maltrato infantil es un fenómeno que surge con el hombre, por lo que es tan antiguo como la humanidad. El maltrato infantil no se presenta de forma aislada, sino que involucra una gran variedad de factores biopsicosociales.

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 encontramos mitos, leyendas y descripciones literarias referentes a la actitud de exterminio y maltrato hacia los menores.

Durante siglos los niños eran vistos como propiedad de los padres o del estado, por ejemplo la ley romana le adjudicaba pleno poder al padre sobre el destino de su hijo: éste podía matarlos, venderlos u ofrecerlos en sacrificios (Fontana, 1979).

El infanticidio era materia muy común y rutinaria en varios países, en la edad media la situación no era mucho mejor, en muchas ciudades de Europa la pobreza era tal que los niños se convertían en un gasto oneroso para los padres, lo que motivaba a muchos de estos a abandonarlos o mutilarlos. Durante la revolución industrial, los niños de padres que provenían de estratos bajos de la sociedad, solían ser obligados a trabajar en tareas pesadas. Frecuentemente estos eran golpeados, no se les daba de comer o se les sumergía en barriles de agua fría como castigo por no trabajar con más rapidez y afán.

A finales del siglo XVIII comienzan a notarse ligeros cambios que conducen al reconocimiento de los daños psicológicos de este tipo de abuso.

El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu. Posteriormente, en 1946 Caffey describió la presencia de moretones asociados con alteraciones de los huesos largos en los niños.

Henry Kempe y Silverman en 1962, crearon la expresión *síndrome del niño golpeado*, concepto que fue ampliado por Fontana en 1979 al indicar que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física, sino emocional o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado.

De acuerdo al material existente no hay un único patrón de características emocionales o comportamientos que describa a todos los menores agredidos, paralelamente los niños y niñas maltratados físicamente han sido descritos como agresivos (Prino y Peyrot, 1994; Wodarski, Kurtz, Gaudin Howing, 1990), con una autoestima, pobre control externo y más problemas emocionales (Wodarski y cols., 1990) incluyendo ansiedad, depresión y entre otros bajo rendimiento escolar (Allen y Tarnowski, 1989; Jaffe, Wolfe, Wilson y Zark, 1986; Toth, Manly y Cicchetti, 1992; Wolfe y Mosk, 1983; Levendosky, Okun y Parker, 1995), que los no maltratados. Según Mueller y Silverman (1989), además de problemas emocionales y de conducta, se han comenzado a examinar los efectos del maltrato físico sobre la adaptación social de los niños, acerca de las relaciones de los que son maltratados con sus iguales; refiriendo también éstos autores la existencia de un alto grado de retraimiento y evitación de las relaciones interpersonales de los menores.

Fromm, (2004) en su investigación unió esfuerzos gubernamentales y científicos a través de la utilización de una encuesta desarrollada por la Universidad de Harvard para el proyecto del Desarrollo Humano en vecindarios de Chicago, a partir de los resultados obtenidos detectó algunas de las desventajas socio demográficas que podían resultar predictivas del MI, mostrando la necesidad de trabajar en conjunto para obtención de metas sólidas.

Sheikhattari, Stephenson, Assasi, Efteknar, Zamani, Maleki y Kiabayan, (2006) en un ejemplo de esfuerzo colectivo científico y social, desarrollaron una investigación en la provincia de Kurdistán, Irán. Dividieron al MI en tres tipos para efectos de su estudio: maltrato físico, mental y abandono. Realizaron un análisis de los factores familiares, socioeconómicos, demográficos y dinámicos en los hogares, relacionando éstos con variables activas concernientes a cada tipo de maltrato; los resultados que obtuvieron son ejemplo de que el abordaje sistémico desde la Salud Pública puede llevar a identificar poblaciones en riesgo de forma oportuna pues reduce significativamente las subjetividades con resultados cuantificables.

Es importante considerar que la violencia que sufren los niños no es privativa de algún sector de la población en particular, y que ésta puede ser de tipo físico o emocional (Rece y Jenny, 2005).

Ryan y Testa, (2005) indican que las tasas de delincuencia en una muestra que padeció maltrato, corroborando, constituye cerca del 50% en comparación con aquellos que no sufrieron ningún tipo de abuso infantil.

Dodge, Bates y Pettit (1994), señalan que los niños maltratados presentan fallas frecuentes de atención, así como interpretar hostiles las conductas sociales de los otros, como mostrar carencia de estrategias comportamentales eficaces, en la solución de problemas interpersonales, y de adaptación, por lo que es importante estudiar sobre las diferencias que presentan los menores en éstas etapas de desarrollo (Ammerman, Cassisi, Hersen y Van Hasselt, 1986; Conaway y Hansen, 1989; Ampudia, Santaella y Eguía, 2009).

Estudios realizados en varios países señalan al maltrato infantil como un problema multicausal, donde intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo detonador de la agresión (Ramírez A. 1999).

En nuestro país el maltrato infantil constituye un tema de interés creciente, lo que ha motivado el surgimiento de diversas iniciativas en ámbitos diversos, que incluyen aspectos legales, sociales, médicos asistenciales y psicológicos entre otros.

Actualmente es muy difícil tener datos de la prevalencia del maltrato infantil, ya que solo se llegan a conocer datos parciales de casos que llegan a los hospitales y al juzgado de menores, los cuales por lo general, son de extrema gravedad.

Las crecientes cifras alarmantes a nivel mundial, hacen necesario la investigación y tratamiento de este fenómeno.

Epidemiología

La epidemiología del MI, no sólo implica el conocimiento total del número de casos de una población en un periodo de tiempo (prevalencia) y el número de nuevos casos en una población y tiempo determinados (incidencia), sino que incluye la comprensión de los factores de riesgo, los efectos a corto y largo plazo en el desarrollo del niño, así como las necesidades de prevención y tratamiento (D'Ocon y Cantero, 1996).

En su informe anual de 1996 la Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) establece: que en Europa central se estima que cerca del 20% de los niños se encontraban desarrollando actividades diversas de tipo laboral. Existen diversas investigaciones a nivel nacional y en Estados Unidos de América que reportan delitos, agresiones a niños maltratados o desatendidos.

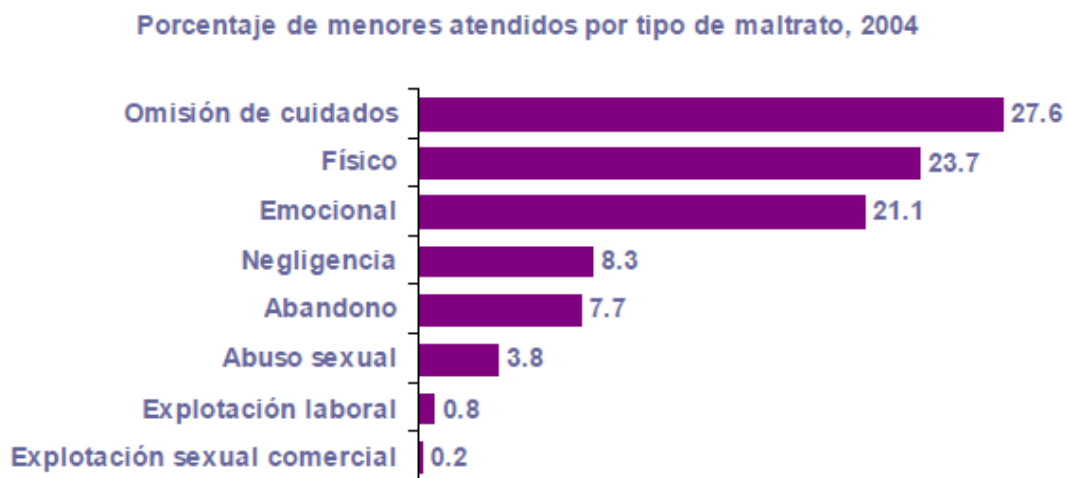
Martínez, citando a Gallayher, (1995) refiere: “La frecuencia de maltrato infantil es alta, cerca del 20% de todos los niños están sujetos a alguna forma de maltrato, muchos mueren y otros quedan lisiados de por vida. En EUA 4000 niños mueren al año debido a lesiones causadas por un adulto.

Las múltiples definiciones sobre los malos tratos, también repercuten en las estimaciones epidemiológicas en México según Ortega, Balbuena y Ampudia, (2006) las estadísticas sugieren que existen entidades federativas, donde el maltrato suele ser más específico según el tipo; en el Distrito Federal, el maltrato emocional, la omisión de cuidados y el maltrato físico son las formas más comunes de violencia contra los niños. México tiene niveles de violencia en contra de los niños y niñas que superan de forma importante los de países desarrollados (SSA, 2006).

En nuestro país no se conoce la prevalencia de niños con MI, los estudios que existen sólo muestran facetas parciales de éste problema, por lo que es necesario establecer estrategias de investigación adecuadas para su detección. Situación por lo que la preocupación “son los niños y las niñas que viven en condiciones de extrema pobreza y/o que pertenecen a etnias, principalmente por ser la población más vulnerable a enfermedades infecciosas, a desnutrición, al abuso y al maltrato” (Santana, TR y cols.1998).

En este país se identifica a los niños de la calle a aquel que realiza un trabajo informal con el concepto de niño carente, abandonado, sin hogar o privados, porque necesariamente es un menor que se vale de la violencia para sobrevivir en la ciudad; es el pequeño ladrón, traficante o delincuente (Santana, 1988).

Como podemos observar el problema es universal, y a pesar de ello seguimos desconociendo la prevalencia de éste fenómeno en cada uno de los países.



Nota: Un menor puede sufrir más de un tipo de maltrato. Cifras de enero a diciembre.
Datos del DIF-PRENAM (Programa de prevención del maltrato al menor).
Fuente: INEGI. Mujeres y Hombres en México 2006.

Etiología

Los estudios realizados en varios países señalan que el Maltrato Infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión.

Se han realizado diversas investigaciones con el propósito de determinar el perfil del agresor y de la víctima. Al respecto se ha encontrado que la figura parental que más agrede es la madre. Se describen algunas características del agresor, tales como: autoestima baja, individuos deprimidos o con tendencia a la depresión, neurótica, ansiosa, alcohólicos, drogadictos, impulsivos, hostiles, con poca tolerancia a la frustración, con una percepción inadecuada respecto al niño y con antecedentes de maltrato en su niñez (Soriano, 2001).

En relación con las características del menor agredido, frecuentemente se presentan: problemas de salud (congénitos o adquiridos); niños de difícil manejo, y generalmente, hijos no deseados. *El disparador de la agresión puede ser una mala relación de pareja, antecedentes de maltrato, problemas económicos, desempleo, vivienda inadecuada, etcétera.*

Semiología

Entre algunas características, signos y síntomas de los menores en relación a los distintos tipos de maltrato, se encuentran las huellas del objeto agresor como cinturón; ingresos frecuentes a hospital por lesiones cuya causa no es clara; la presencia en genitales de laceraciones, dificultad para caminar, infecciones, la somatización; niños

I IPO DE MALTRATO INFANTIL. INDICADORES DEL NIÑO Y CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR

Tipo de maltrato	Agredido		Agresor	
	Físicos	Indicadores Comportamiento	Particulares	Generales
Físico	Huellas del objeto agresor (cinturón, lazo, zapato, cadena, plancha, etc.) Eritema, equimosis, inflamación, deformación de la región, fractura, ruptura visceral. Ingresos frecuentes a hospital por lesiones cuya causa no es clara	Actitudes agresivas, destructivas, rebeldes, hiperactividad o apatía, timidez, miedo, ansiedad, aislamiento, culpa, sentimiento de ser malos. En el ámbito escolar es frecuente la inasistencia y el bajo rendimiento	Incapaces de controlar sus impulsos, se observan enojados, al más mínimo estímulo responden con agresión física	Frustración Hostilidad Alto potencial de agresión Antecedente de haber sido maltratado
Sexual	Presencia en genitales y/o ano de: equimosis, laceraciones, sangrado, prurito, inflamación, himen perforado (niñas), dificultad para caminar, semen, infecciones, somatización. En adolescentes y adultas, dispareunia	Miedo, ansiedad, culpa, desconfianza, enojo. En adolescentes y adultos: atracción homosexual, anorgasmia, pérdida o disminución de la libido, autodevaluación	Impide amistades con el menor del sexo opuesto. Estimula o excita sexualmente al menor usando revistas, películas o por exhibición	Presencia de algún tipo de adicción Tienden al aislamiento No se autorreconocen como maltratadores
Psicológico	Retraso psicomotor	Deterioro de facultades mentales, principalmente en el área cognitiva, auto-devaluación y bajo rendimiento escolar	Devalúa constantemente al menor en público o en privado. Lo culpa de todo lo malo que sucede. No se muestra cariñoso. Constantemente amenaza o aterroriza al niño	Incapacidad de buscar ayuda profesional Idea distorsionada del niño Exigen más de lo que el niño puede hacer
Emocional	No juegan, se aíslan, se observan silenciosos y tristes	Apatía, retraimiento, aislamiento, depresión, poco sociables, problemas para relacionarse con los demás, callados, poco expresivos, tímidos, sensación de no ser queridos, de ser rechazados, bloqueo emocional	Es rechazante, poco tolerante, no presta atención, no dedica tiempo al niño	Tiende frecuentemente a la depresión Problemas de adicción: alcohol, drogas
Negligencia	Higiene deficiente, desnutrición en grado variable, aspecto enfermizo, ropa inadecuada para el lugar o clima. Habitación inadecuada. Sin asistencia médica oportuna, astenia y adinamia permanentes	Retraimiento, apatía, depresión, timidez, asistencia irregular a la escuela, bajo rendimiento escolar, indiferencia al medio ambiente externo	Apático, desinteresado, ve al menor como una carga	Problemas en la relación de pareja Problemas económicos

Tabla 1.

que no juegan, se aíslan, se observan silenciosos y tristes; o una higiene deficiente, desnutrición, aspecto enfermizo, ropa inadecuada; manifestaciones clínicas en piel y tejidos blandos (color violáceo) en cara, brazos piernas, cicatrices en espalda, quemaduras, esqueleto con fracturas, dislocaciones, contusiones; y en órganos de los sentidos como hematomas de párpados, deterioro de facultades mentales, principalmente en el área cognitiva, acompañada de baja autoestima (Tabla 1) (Santana, 1998).

Las comportamentales, psicológicas y emocionales las observamos por ejemplo en actitudes agresivas, destructivas, rebeldes, hiperactividad o apatía, timidez, ansiedad, aislamiento, culpa, sentimiento de ser malos. En el ámbito escolar es frecuente la inasistencia y el bajo rendimiento escolar, problemas de disciplina, pasividad y retraimiento, miedo de establecer relaciones nuevas o de empezar actividades nuevas, culpa, enojo, depresión, poco sociables, problemas para relacionarse con los demás, poco expresivos, tímidos, sensación de no ser queridos, de ser rechazados, bloqueo emocional, regresiones, incapacidad para depender de, confiar en, o querer a otros; insomnio, pesadillas, abuso de drogas o de alcohol, tendencia a interrupciones en su estabilidad vivencial, su sentido de comunidad y estructura familiar.

Dentro de las características del agresor, encontramos que son incapaces de controlar sus impulsos, responden con alto potencial de agresión, frustración, hostilidad, antecedente de haber sido maltratado, presencia de alguna adicción, no se reconocen como maltratadores por lo que no buscan apoyo profesional, tienden a la depresión, con problemas de pareja y económicos. Aquellos indicadores que se expresan en la conducta del niño en función de su relación con los adultos están asociados con el maltrato psicológico, emocional o negligente. Pueden ser considerados como indicadores específicos y la mayoría de las veces comprenden cinco conductas del maltratante que perturban el desarrollo del menor, éstas son: rechazar, ignorar, aislar, aterrorizar y corromper (Garbarino y Eckenrode, 1999; Soriano, 2001; Sanz y Molina, 1999).

Existen estudios e investigaciones acerca de los signos y síntomas que sugieren la presencia y/o sospecha de maltrato infantil, en el ámbito de atención en urgencias

pediátricas, en unidades de servicios con éste fin del Hospital Universitario de Vall d'Hebron, Barcelona, España. Considerando situaciones específicas que exigen la intervención, principalmente por la necesidad de proteger al menor. Los signos de alerta son los síntomas, actitudes, conductas y hallazgos, contenidos en la historia clínica, que no concuerden con el proceso y desarrollo normal en la salud física y emocional del niño (Sabaté, R., et. al 2009).

Clasificación de los tipos de maltrato infantil.

Maltrato físico

Cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores, que provoque daño físico o enfermedad al niño.

Abandono físico o negligencia

Situación en que las necesidades físicas básicas de alimentación, vestido, protección y vigilancia (cuidados médicos), no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro adulto del grupo que convive con él.

Maltrato emocional

Hostilidad verbal crónica, en forma de insulto, burla, desprecio, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantil, por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

Abandono emocional

Es la falta persistente de respuesta, de señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño, así como la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de la figura estable en las relaciones del niño durante los primeros 6 años.

Maltrato prenatal

Falta de cuidado, por acción u omisión, del cuerpo de la futura madre y/o auto suministro de sustancias o drogas, de forma consciente, que pueden perjudicar al feto del cual es portadora.

Síndrome de Munchausen por poderes

Los padres o tutores someten al niño a continuos ingresos y exámenes médicos alegando síntomas físicos patológicos ficticios o generados de manera activa por el adulto.

Es importante conocer la existencia del MI y enfrentarlo puesto que gran parte de *los adultos violentos han sido víctimas de maltrato durante la infancia*, ellos han aprendido de otros (generalmente de los padres) el uso de la violencia para poder lograr determinados objetivos, y todas las formas de MI pueden llevar alteraciones en el desarrollo básico y normal de la anatomía y fisiología cerebral. *Si estos niños no reciben tratamiento, el daño ocasionado, puede perdurar de por vida* (Calzada, 2004).

Diagnóstico

La dificultad en el diagnóstico de un menor maltratado emocionalmente radica en la misma complejidad psicológica del individuo, es decir, en cómo percibe cada niño o niña la intención del regaño, el insulto, la amenaza, una mirada o incluso el silencio mismo. Por ejemplo, la llamada “Ley del hielo”, que aplican los padres porque el hijo y la hija no cumplió las expectativas, es un tipo de maltrato emocional que afectará de forma distinta a cada individuo y en diferente magnitud (Cantón y Cortés, 2003; Riesco, 2005).

Situación que dificulta la elaboración de una lista de síntomas del maltrato infantil, y menos denunciar ante las autoridades para que tomen acción penal contra los agresores. Si con el abuso físico que a menudo es evidente no es fácil comprobar que las lesiones fueron intencionales, en el aspecto emocional es todavía más complicado. Se tendría que hacer un análisis en su caso de las historias clínicas como punto de partida y de aquellos que estén implicados (madre, padre, tíos o cuidadores para comprobar que la información, contenida en éstas refiera datos e indicadores que puedan ser factores de riesgo o sospecha de maltrato los gestos o la indiferencia están dañando gravemente al menor (Huerta 2006).

La detección del maltrato psicológico es muy subjetiva, porque depende de lo que cada adulto profesional o incluso el mismo infante consideren como ofensivo, perjudicial o dañino. Comprobar la negligencia, el abandono o el daño emocional lleva a que cada quien se confronte con su propio desarrollo y con sus propios comportamientos. Condenar un patrón de conducta que repite la mayoría de la población es una medida para la que aún no existe disposición. Por ello, son comunes y socialmente aceptadas las acciones que se cometen en nombre de la disciplina” del “honor” y con el “afán de corregir”. Es entonces cuando lo común de una práctica dañina la vuelve un delito invisible (Guterman y Lee, 2005).

Así como la subjetividad humana es un obstáculo en el diagnóstico de un niño maltratado, ésta representa también un problema al intentar definir un perfil del agresor. Hay quienes son excelentes personas fuera del hogar y al llegar a casa se transforman totalmente en seres que lastiman a sus familias (Frye y Karney, 2006).

El diagnóstico que es posible determinar es el de maltrato físico, porque en él hay señales concretas, como moretones, cortaduras y quemaduras, que pueden visualizarse. Existen algunas señales comunes que se pueden apreciar en un niño que sufre maltrato y ciertas características del agresor y los juicios que establece sobre el daño que se ejerce hacia el menor (Osorio y Nieto, 2005; Ampudia, 2007).

Para tener un diagnóstico más completo es necesario tomar en cuenta diversas pruebas, estudios médicos, elementos significativos en el historial del menor, de la familia, del entorno social etc.

Por último, en diversos estudios se observa la manera en que han evolucionado la definición y el concepto de maltrato infantil. También se puede identificar cómo evolucionó este concepto como tema de interés para ciertas áreas profesionales, como la medicina, la psicología, la abogacía y la pedagogía, y cómo han contribuido ellas para definirlo. No obstante, por la complejidad del problema, hoy en día no parece quedar clara una definición generalizada. Se puede considerar que el maltrato infantil es la denominación que reciben las agresiones que descargan los adultos sobre los menores. Estas agresiones les producen daños físicos y emocionales, y afectan el

desarrollo intelectual, la educación y la adecuada integración de los niños a la sociedad. Son actos ejecutados por acción u omisión pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios u otras personas responsables de ellos (Ampudia, 2004, 2006).

Por tanto, se considera que el maltrato infantil es un problema que debe seguir explorándose y en el cual se debe considerar el diagnóstico y la prevención de los casos, así como los tipos de maltrato sufridos por los menores. Ello es importante para determinar el problema en que puede estar envuelto un niño y para fijar un tratamiento y una situación legal eficaces (Castellano y Dodge, 2006) De este modo, es necesario establecer e identificar los indicadores presentes en niños expuestos a situaciones de agresión y violencia para brindar ayuda, tanto a los niños como a sus agresores, mediante una intervención o prevención sobre el maltrato. Los indicadores que se presentan en los niños y en los adultos facilitan la detección. Los factores de riesgo por lo que se da el maltrato ayudan también a utilizarlos de manera preventiva, ya que permiten determinar si, por su situación, el niño esté en riesgo de sufrir maltrato (Arruabarrena, 2001; Ampudia, et al. 2007).

El desarrollo social representa una de las áreas más estudiadas dentro del maltrato infantil. A través del estudio del desarrollo es posible determinar las repercusiones ambientales e identificar los comportamientos y conductas alteradas que podrían estar presentando un menor maltratado. Como ser eminentemente social, el hombre es producto de su ambiente y es influido por su entorno incluso antes de nacer (Beigbeder, et al. 2000).

Debido a la multicausalidades del maltrato, es necesario identificar de forma precisa los factores que pueden representar un riesgo para los menores. Así, existe una variedad de fuerzas que actúan en el individuo, la familia, la comunidad y la cultura en que se desenvuelve, impidiendo o dificultando su desarrollo integral. Si se considera lo anterior, es posible establecer los objetivos del tratamiento y de la forma de trabajar con el menor (Ampudia, 2007).

Pronóstico

Generalmente no es favorable, debido a las secuelas emocionales, más que físicas, en el niño y en la familia, que con frecuencia favorecen repetidas agresiones, y en ocasiones la muerte del niño. Siendo obstáculo importante reconocer las deficiencias y limitaciones socioculturales y económicas de los países en desarrollo, resultando la población infantil la más afectada.

El pronóstico de la familia como grupo estable suele ser poco favorable, a pesar de que exista una aparente colaboración del adulto responsable (Herrera-Basto, 1999).

Es importante señalar que cuando el pronóstico resulte desfavorable en la mayoría de los casos, se requiere del estudio de forma individual y de la acumulación de varios factores para poder catalogar a un niño con probable maltrato (Herrera-Basto, 1999).

El mecanismo probable de la violencia o del maltrato tiene una implicación pronóstico y es determinante para el tipo de intervención.

Prevención

Existen niveles de prevención y su caracterización. Los objetivos en el primer nivel es reducir incidencia de nuevos casos, como la duración y gravedad en el segundo nivel como disminuir la gravedad, las secuelas y evitar repetición.

Factores de protección o resiliencia. La resiliencia (resistencia o factores de protección), es aquella habilidad que muestran los individuos para hacer frente a adversidades y riesgos sociales, como los malos tratos en la infancia, para adaptarse y sobrevivir (Instituto Madrileño del menor y la familia, 2001).

La resiliencia no implica invulnerabilidad sino una relativa inmunidad contra los acontecimientos de presión o factores de protección del individuo (recursos personales) y del entorno social (recursos sociales) desarrollando aquello que los individuos hacen

bien y las características que les han permitido sobreponerse a la adversidad y sobrevivir al estrés y a las desigualdades. El maltrato infantil estaría determinado por un equilibrio o desequilibrio entre los factores de riesgo y los factores de protección (Instituto Madrileño del Menor y la Familia, 2001).

Modelo de Prevención del maltrato infantil

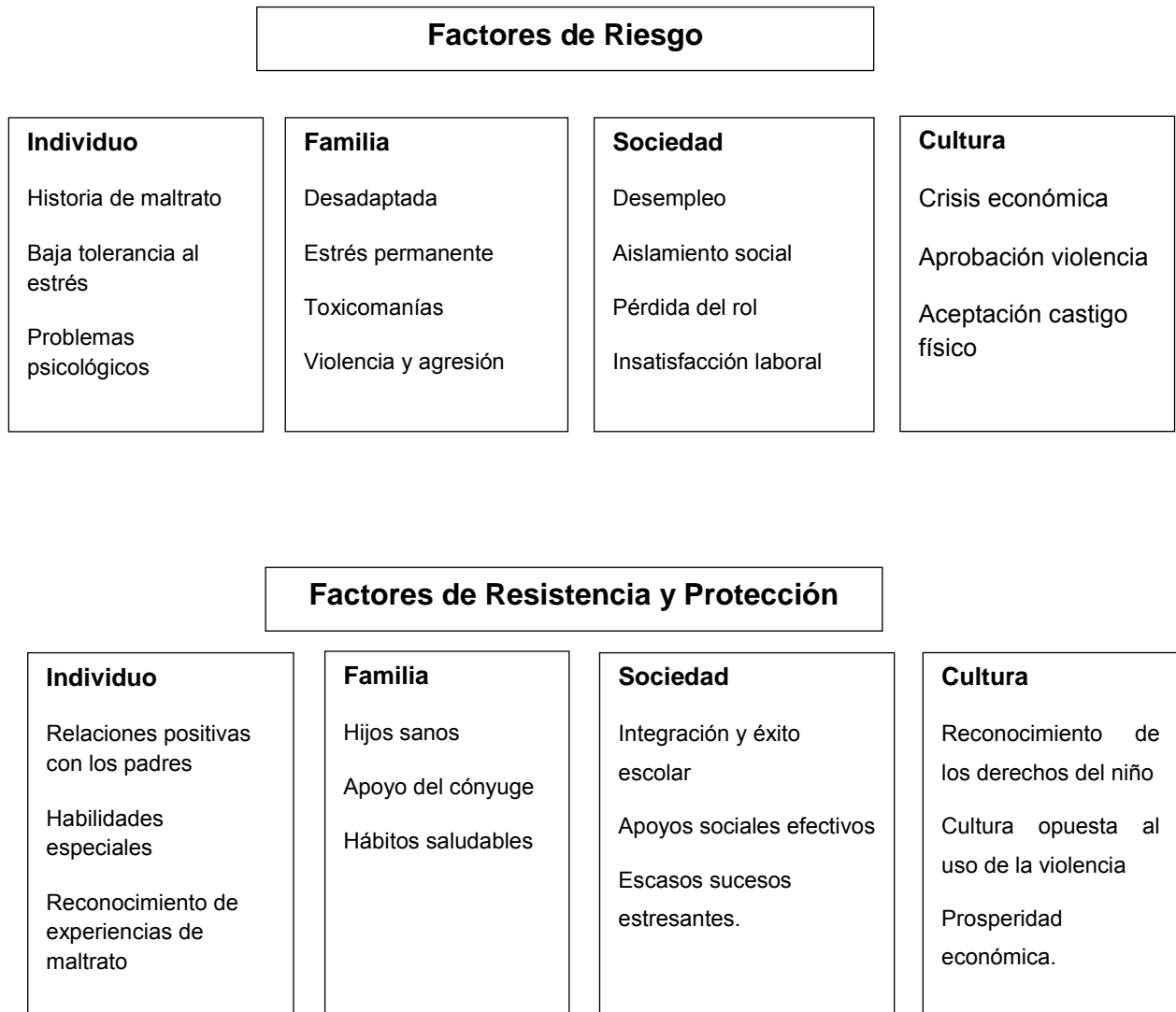


Figura 1.

Es inusual en los programas de prevención del maltrato infantil considerar los factores o circunstancias que proveen de apoyo, protección o alivio y resistencia para los niños y jóvenes criados en deprivación o en condiciones de alto riesgo social.

El Instituto Madrileño refiere que la prevención debe implicar tanto la actuación ante los factores de riesgo, como el desarrollo de factores de protección, resistencia o resiliencia (Fig. 1) (Instituto Madrileño del menor y la familia.2001).

La violencia genera condiciones de morbimortalidad suficientes como para justificar su rastreo, tanto experiencias por las lesiones agudas como las crónicas. Por lo tanto la prevención y el tratamiento temprano son más eficientes que el tratamiento en la etapa del periodo sintomático. Sin embargo el rastreo de violencia doméstica es muy controvertido. Los distintos grupos de trabajo no coinciden en sus recomendaciones (Goldman, Terceiro 2004) demostraron poca utilidad sobre la reducción de morbimortalidad al intervenir sobre los abusados y abusadores. Se reconocen algunos factores de riesgo para que la violencia se desarrolle dentro de una familia:

- ✓ Alcoholismo/ abuso de drogas.
- ✓ Dificultades económicas.
- ✓ Disfunción familiar.
- ✓ Cambios en ciclos vitales.
- ✓ Relaciones familiares conflictivas o rígidas.
- ✓ Historia pasada de relaciones abusivas.
- ✓ Aislamiento social

Algunos grupos de estudio proponen que el solo hecho de realizar una pregunta de tipo abierta durante la entrevista (por ejemplo: ¿Ha habido algún episodio de violencia entre los miembros de su familia?) es un primer paso para brindar a todas las pacientes el mensaje de que la violencia está mal, que al médico le importa el tema y que la consulta con el médico es un espacio donde se puede hablar de esto. Frente al nacimiento del primer hijo es importante asesorar a los padres sobre la evolución de la maduración y el crecimiento del niño, explicando que estos parámetros no siguen patrones estrictos, deberán tener paciencia y acompañar al niño en el cumplimiento de todas sus etapas, consultando al médico de cabecera cuando el niño no cumpla con sus expectativas. De esta manera se podrá modelar el desarrollo del niño sin violencia. Se reconocen algunas características de los padres abusivos: no entienden los límites del desarrollo normal en las distintas edades de los niños y no están preparados para desarrollar una paternidad sana.

Otra forma de hacer prevención es mediante la recomendación a los padres de la lectura de libros específicos sobre el crecimiento de los niños y de la adquisición de

pautas de conducta, o charlas conferencias sobre los mismos temas, clases para padres, etc. Como explicamos antes, es muy difícil identificar las causas del maltrato, debido a que incluye a gran variedad de personas, de distintas edades, sexos, razas y culturas. Quizás, el único "factor de riesgo" bien documentado hasta el momento sea la asociación (entre un 48 y 51%) de la violencia doméstica con el maltrato infantil. La mayoría de los especialistas considera que no existen causas ni factores en común en los distintos casos de violencia. Distintas condiciones se presentan en cada niño maltratado, agresores e interacciones familiares. Pero se pueden considerar todas aquellas condiciones que en forma directa o indirecta sean facilitadoras de violencia. La reunión de más condiciones aumenta la posibilidad de abuso (Goldman, Terceiro, 2004).

Condiciones asociadas a los padres:

- ✓ Violencia doméstica
- ✓ Alcoholismo
- ✓ Drogadicción
- ✓ Depresión
- ✓ Padres o madres solteras
- ✓ Alteraciones emocionales y de estructura de personalidad
- ✓ Familias numerosas
- ✓ Embarazo no deseado
- ✓ Antecedentes de violencia familiar

Condiciones asociadas a los niños:

- ✓ Enfermedades crónicas o incapacitantes
- ✓ Aislamiento social
- ✓ Menores de un año

Condiciones familiares:

- ✓ Conflictos de pareja entre los padres

- ✓ Conflictos con la familia extensa
- ✓ Violencia doméstica
- ✓ Problemas laborales o económicos
- ✓ Aislamiento social

Tratamiento

Cuando se cuenta con elementos concretos de evaluación del niño, refiriéndonos a resultados de las pruebas psicológicas que enriquecen la información acerca de éste, como: Cuestionario de Depresión para niños (CDS), Técnicas proyectivas (grafo-proyectivas) realizando un análisis formal y estructural de los dibujos, de detalles que aparecen en la elaboración de éstos, como la omisión de partes en el contenido, que sean significativas, como es la Prueba del Dibujo de la Familia, haciendo la interpretación clínica a través del plano gráfico, identificando indicadores como impulsividad agresividad, ansiedad, preocupación, enojo, culpabilidad, remordimiento, inquietud, mentira, distancia afectiva entre los miembros de la familia, así como valorización y desvalorización de los personajes, y características generales de los dibujos. O elementos que arrojen pruebas proyectivas como en HTP (dibujo del árbol, casa y figura humana); como también la opción de Terapia Lúdica, haciendo un análisis de resultados de la batería aplicada, como una alternativa de investigación (Ampudia, 2006).

En las evaluaciones de importancia de los menores, se encuentra la Escala de Inteligencia Wechsler para niños (WISC-IV), refiriendo a niños escolares, que ofrece información sobre la capacidad intelectual del niño, incluyendo el aspecto emocional que tiene relación directa con el desempeño y rendimiento escolar (Wechsler, 2005).

Es el caso de la forma de investigación, mediante el estudio de las historias clínicas de niños con el mismo diagnóstico, consistencia en la presencia de elementos e interpretación, como características comunes de los casos, resultando altamente indicativos de problemas emocionales y relaciones insatisfactorias. Determinando así la intervención terapéutica necesaria para el niño, y el grupo familiar, considerando el contexto social en el que se desenvuelven.

El médico de atención primaria tiene un papel importante en el tratamiento del paciente víctima de alguna clase de abuso y su familia. Deberá integrarse a un equipo interdisciplinario especializado en el tema (formado por un psicoterapeuta, trabajador social, médicos pediatras, maestros y representantes de las instituciones de orden legal) que será el encargado de elaborar el diagnóstico de certeza y brindar el tratamiento necesario. Debe actuar permitiendo el acceso del paciente al sistema y participando activamente para ayudar a resolver el problema, iniciando con la detección oportuna de éste por los profesionales mencionados (Goldman, Terceiro 2004).

Los objetivos relacionados con la víctima son:

- ✓ Garantizar su protección preparar a la víctima en relación a los procedimientos que se deberán seguir; en el orden médico, psicológico, social y legal.
- ✓ Evaluar el daño físico y emocional. Evaluación del riesgo, incluyendo riesgo de homicidio.
- ✓ Intentar disminuir la condición de víctima que se generan en las entrevistas.
- ✓ Generar un ambiente que permita hablar de los hechos, sentimientos, temores y mitos, creando un espacio de confianza, comprensión y apoyo.
- ✓ Facilitará el reconocimiento de los sentimientos que se generan por el maltrato.

Los objetivos del tratamiento relacionados con la familia son:

- ✓ Facilitar el apoyo psicológico, para que éste a su vez, pueda brindar apoyo a la víctima.
- ✓ Estabilizar las relaciones familiares y generar adecuados niveles de empatía con el fin de comprender la situación de maltrato.
- ✓ Explorar y aclarar cuáles son los miedos de los familiares con respecto a la situación.
- ✓ Unificar criterios respecto al manejo del problema.

- ✓ Preparar a la familia sobre los procedimientos a seguir, ya sean de orden médico, psicológico o legal.
- ✓ Evaluar cuáles son los recursos sociales para la creación de alternativas que permitan enfrentar la situación de forma eficaz.

La expectativa predominante es la implementación de un modelo de atención para este tipo de población tan susceptible y vulnerable, dentro de un marco de atención integral e interdisciplinaria. Cada uno podrá establecer algunos aspectos de la víctima, las características del entorno familiar, social y escolar, el psicoemocional del menor y su familia (Loredo, García, 2008).

La acción básica de todos los integrantes del equipo está orientada para que la víctima recupere su salud física y mental; atender a la familia social y psicológicamente para disminuir el daño y evitar la desintegración; desarrollar estrategias de prevención en los casos atendidos, como Terapia Grupal para las madres generadoras de violencia hacia sus hijos. Y en lo posible llevar el seguimiento de los casos, conociendo la evolución de los mismos (Loredo, García, 2008).

Seguimiento. Fase de intervención que comprueba de forma directa o indirecta que se mantienen los resultados obtenidos durante la intervención, para, en función de ello, decidir la finalización del tratamiento y cierre de caso, o bien, planear otras intervenciones (Programa de Tratamiento a familias con menores. Andalucía, Nov. 2007).

En relación al tratamiento es importante considerar el pronóstico de cada caso, determinando el tipo de intervención, que permite el apoyo terapéutico. Sin embargo cabe aclarar que no siempre en todas las familias es posible realizar intervención terapéutica, por lo que es importante recurrir a medidas de protección para el niño (Herrera y Basto, 1999).

CAPÍTULO II. PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

Durante el período de maduración del sistema nervioso central pueden presentarse determinadas influencias que provoquen daños en el mismo ya sea en las etapas en que el niño se está formando en el vientre de su madre, en el momento de nacer o después. Cuando esto ocurre específicamente en el cerebro, pueden aparecer trastornos motores, psíquicos, conductuales, auditivos, ópticos o del lenguaje, pudiendo llegar a constituirse en un grupo de síndromes que originan retardo en el desarrollo psicomotor entre los que se encuentra la parálisis cerebral.

La Parálisis Cerebral es la primera causa de invalidez en la infancia. El niño que padece de este trastorno presenta alteraciones motrices que le impiden un desarrollo normal. La psicomotricidad se encuentra afectada en gran medida, dañada la relación entre razonamiento y movimiento, y así el desarrollo de habilidades que se desprenden de esa relación. Múltiples factores la producen, el mayor porcentaje ocurre en el momento del nacimiento en que por distintos motivos puede ocurrir una hipoxia del cerebro, lesionando zonas del mismo. Esta lesión provoca diferentes incapacidades tales como trastornos de la postura y el movimiento que pueden estar acompañadas o no de convulsiones, retraso mental, problemas visuales, auditivos y del lenguaje.

La mayoría de los casos tienen posibilidades de rehabilitación teniendo en cuenta la magnitud del daño cerebral, la edad, el grado de retraso mental, ataques epilépticos y otros problemas asociados. El aspecto motor puede ser modificado de manera favorable si el tratamiento comienza en edades tempranas evitando retrasar aún más la adquisición y el aprendizaje de determinadas conductas motrices.

La rehabilitación pudiera considerarse como un conjunto de tratamientos mediante los cuales una persona incapacitada se coloca mental, física, ocupacional y laboralmente en condiciones que posibilitan un desenvolvimiento lo más cercano posible al de una persona normal dentro de su medio social.

Definición y características

Parálisis: (latín: *paralysis* y éste del grupo: *paralyen* = disolver, desligar, relajar, aflojar). Se puede definir como disminución, deficiencia o pérdida parcial o total de la capacidad del movimiento acompañada generalmente de pérdida de la sensibilidad debido a trastornos motores nerviosos o musculares.

La mayoría de las parálisis son causadas por lesión del sistema nervioso en cualquiera de sus dos niveles: periférico (un nervio) o central (el encéfalo y la médula espinal). Los resultados del daño a nivel periférico difieren de los del nivel central.

La parálisis cerebral (CIE 10 G80 Parálisis Cerebral) describe un grupo de trastornos permanentes del desarrollo, movimiento y postura, atribuibles a alteraciones no progresivas que ocurren durante el desarrollo cerebral del feto o del niño hasta los 3 años de edad, secundarias a lesión o disfunción del Sistema Nervioso Central (SNC). La alteración cerebral puede presentarse en la etapa prenatal, perinatal o postnatal; las que ocurren después de esta edad hasta la edad adulta con manifestaciones clínicas semejantes a PC por definición deben de excluirse. El trastorno motor de la PC generalmente se acompaña de epilepsia, alteraciones sensoriales, perceptuales, cognitivas y de comunicación (Guía de Práctica Clínica, 2009) “La lesión de un nervio periférico provoca una pérdida total de la capacidad para mover un músculo o músculos y su consiguiente atrofia. La afectación del sistema nerviosos central (SNC) produce debilidad o pérdida del uso de un grupo de músculos, como los de una pierna o un brazo, pero sin atrofia.” (Doctor Bevan, 1990).

Las parálisis pueden ser locales si se afectan un miembro (por ejemplo un brazo, una pierna) o una zona corporal (por ejemplo la cara), o generales si afectan todo el cuerpo; por su duración pueden ser temporales o permanentes, pueden afectar a determinados grupos de la población ya sean niños o adultos o bien presentarse a cualquier edad; pueden afectar la musculatura esquelética únicamente (somática) o incluir también la musculatura visceral afectando funciones motrices y vegetativas. De acuerdo con el doctor Chusid (1990), los trastornos motores incluyen debilidad y parálisis, las cuales pueden resultar de lesiones de las vías motoras voluntarias o de los músculos mismos.

Bajo el concepto de PCI encontramos diferentes tipos de patologías con causas diferentes, con pronóstico variable dependiendo del grado de afectación y extensión de la lesión en el cerebro. No es progresiva y si de carácter persistente causando un deterioro variable de la coordinación del movimiento, con la incapacidad posterior del niño para mantener posturas normales y realizar movimientos normales, conduciendo a otros problemas ortopédicos, que pueden prevenirse desde el primer momento (Guía de Práctica Clínica, 2009).

La neuroplasticidad va a permitir que áreas no lesionadas del cerebro suplan la función de aquellas zonas lesionadas y se establezcan vías suplementarias de transmisión. Esta será más efectiva cuando la lesión sea focal y mucho menos probable cuando sea generalizada.

El concepto de discapacidad

El reconocimiento de la validez tanto de la perspectiva médica como de la social, da origen a la realización de diversos esfuerzos que tienen como objeto integrar visiones bajo un enfoque *biopsicosocial*. El esfuerzo más ampliamente difundido hasta el año 2000 y que sirvió de marco para el levantamiento del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, fue el desarrollado por la OMS a través de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)². Esta clasificación fue publicada en 1980 e intentó facilitar la adopción de criterios comunes de trabajo y progresivamente simplificar la proliferación de denominaciones, contribuyendo también a mejorar la comunicación entre profesionales de diferentes disciplinas (Verdugo, 1998). Entre sus aportaciones más importantes, se encuentra el planteamiento de una aproximación conceptual nueva que incorpora tres niveles diferentes: *deficiencia*, *discapacidad* y *minusvalía*.

Deficiencia: hace referencia a las anomalías de la estructura corporal, de la apariencia y de la función de un órgano o sistema cualquiera que sea su causa; las deficiencias representan trastornos en el nivel del órgano (dimensión orgánica o corporal). Dentro de la experiencia de la salud, la CIDDM la ha definido como toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Las deficiencias presentan trastornos a nivel del órgano, se identifican por ejemplo, en

términos de pérdida de miembros o de sentidos, disfunciones o limitación de funciones; algunos ejemplos de deficiencia son ceguera, sordera, mudez, amputación de un miembro y discapacidad intelectual.

Discapacidad: refleja las consecuencias de la deficiencia a partir del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; las discapacidades representan, por tanto, trastornos en el nivel de la persona (dimensión individual).

Dentro de la experiencia de la salud una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Las discapacidades reflejan trastornos a nivel de la persona tales como dificultades. Dentro de la experiencia de la salud una discapacidad es toda restricción o ausencia de visión, del habla, de la audición, y de deambulación, entre muchos otros. *La discapacidad se define también como la exteriorización funcional de las deficiencias o limitaciones físicas o mentales que al relacionarse con el contexto social producen minusvalías; estas últimas expresan el desfase entre las capacidades y potencialidades de la persona con discapacidad y las demandas del medio.*

Minusvalía: Hace referencia a las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; así pues, las minusvalías reflejan dificultades en la interacción y adaptación del individuo al entorno (dimensión social). Dentro de la experiencia de la salud, una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales). Estas establecen las desventajas que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; como la interacción y adaptación del individuo al entorno (INEGI, et al. 2001).

La integración de los conceptos son representados en la siguiente figura; cabe señalar que los elementos conceptuales se interrelacionan de una manera compleja.

En la práctica, no puede establecerse una línea divisoria clara entre cada elemento; por ejemplo, puede haber una deficiencia sin que dé lugar a enfermedades o discapacidades e incluso deficiencias (INEGI, et al. 2001).



Epidemiología

A pesar del progreso en prevenir y tratar ciertas causas de la parálisis cerebral, el número de niños y adultos afectados no ha cambiado o quizás haya aumentado algo durante los últimos 30 años. Esto es en parte debido a que más bebés críticamente prematuros y débiles están sobreviviendo por las mejoras en el cuidado intensivo. Lamentablemente, muchos de estos bebés padecen de problemas en el desarrollo del sistema nervioso o sufren daño neurológico. La investigación para mejorar el cuidado de estos niños está en progreso, así como estudios en la tecnología para aliviar disturbios de la respiración y pruebas de fármacos para prevenir la hemorragia del cerebro antes o inmediatamente después del parto.

En los años 60 se produjo una disminución de PC secundaria a la mejora en los cuidados perinatales; pero a partir de los años 70 se asistió a un nuevo aumento debido a la disminución de la mortalidad con mayor supervivencia de los prematuros extremos (de peso <1.500 g) (Hurtado, 2007).

Por otra parte, hay que reseñar que la esperanza de vida ha aumentado a partir de los años 90 incluso en niños con problemas funcionales severos. La utilización de antibióticos pautados y fisioterapia respiratoria ha permitido que niños con PC grave especialmente vulnerables a las infecciones respiratorias alcancen la edad adulta y también el incremento de utilización de sonda naso-gástrica o gastrostomía han

contribuido a evitar la malnutrición en niños con disfagia u otros problemas digestivos (Hurtado, 2007 y *Pediatría Integral* XI (8):687-698).

El tema de la discapacidad ha cobrado un significativo incremento de atención por parte de los profesionales y la sociedad en su conjunto en los últimos años. La problemática, dificultades y barreras que enfrentan las personas con discapacidad han sido expuestas y analizadas públicamente y cada vez son más las personas, instituciones y asociaciones que se incorporan a la tarea de mejorar las condiciones de vida y bienestar personal de este grupo poblacional.

En 1992, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el día 3 de diciembre Día Internacional de las Personas con Discapacidad, con el objetivo de sensibilizar a la opinión pública respecto a la integración de las personas con discapacidad en todos los aspectos de la vida política, social, económica y cultural de las naciones; así como de fomentar la igualdad de oportunidades y el mejoramiento de la situación de este grupo de la población. En la actualidad, los esfuerzos para alcanzar el pleno y efectivo goce de los derechos humanos de las personas con discapacidad están plasmados en la Convención de los derechos de las personas con discapacidad promovida por México a finales del año 2001, proclamada por las Naciones Unidas en el 2005 y adoptada por nuestro país, en el 2008.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) Con el fin de participar en la celebración de este día presenta un perfil general de las personas con discapacidad. A partir de la fuente más reciente de información que incluye algunos aspectos sobre la población con discapacidad que es la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012 (ENIGH 2012).

El *INEGI* ofrece al público en general y en especial a todas aquellas instancias gubernamentales y no gubernamentales, un conjunto de aspectos históricos, teóricos, datos e indicadores estadísticos que dan cuenta de la situación demográfica y socioeconómica de las personas con discapacidad en México.

La OMS durante los años noventa estimó que aproximadamente 10% de la población mundial tiene alguna discapacidad, esto varía de país en país dependiendo de la

definición utilizada y de los acontecimientos sociales o naturales que los hayan afectado tales como epidemias, guerras y catástrofes naturales, entre otros.

Muchos países han realizado esfuerzos para disponer de cifras que sirvan de insumo para el diagnóstico, la evaluación y el seguimiento de las acciones que aseguren la integración social de las personas con discapacidad.

La finalidad de un censo de población y vivienda es, enumerar a los habitantes de un país y captar sus principales características socioeconómicas, así como las de sus viviendas. La inclusión del tema de la discapacidad en el censo del 2000, significó revisar detalladamente las recomendaciones internacionales, así iniciaron los trabajos a través de un grupo interinstitucional que se formó con el fin de revisar las ventajas, desventajas y posibilidades de captación de este tema de manera específica en el censo del año 2000.

La concepción de discapacidad se ha transformado en las últimas décadas al dejar el enfoque médico-biológico, en el que las enfermedades y/o las deficiencias corporales juegan un papel central, para lograr una visión más integral y contextual, donde la discapacidad es el resultado de la interacción de múltiples factores tanto de orden médico-biológico como contextuales (las características del entorno físico, social, cultural, personal, familiar, etc.). En otras palabras, una persona con discapacidad no solo es aquella que presenta una determinada deficiencia física o enfermedad sino la que, dado un estado de salud y las características del entorno (tanto físicas como de actitudes) ve afectada su capacidad para realizar sus actividades cotidianas (INEGI, 2013).

Este cambio conceptual se expresan claramente con la publicación, en el año 2001, de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (mejor conocida como CIF) por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual busca catalogar de forma exhaustiva la diversidad de aspectos que afectan el funcionamiento del ser humano: deficiencias en funciones y estructuras corporales, dificultades para realizar actividades y participar en la sociedad y, barreras del entorno físico y social; es importante mencionar que recientemente la OMS ha publicado una

actualización de la CIF en la que incluye diversos aspectos relacionados con la población infantil y adolescente.

Tales transformaciones conceptuales, también traen consigo cambios importantes en todos los ámbitos de atención o abordaje de la discapacidad, entre ellos el estadístico. Durante mucho tiempo, captar el tema de discapacidad en censos y encuestas implicaba preguntar sobre la presencia o ausencia de deficiencias o enfermedades específicas: ceguera, sordera, retraso mental, etc. En la actualidad, se busca captar la dificultad que tienen las personas para realizar un conjunto de tareas consideradas básicas como: ver, escuchar, poner atención, atender el cuidado personal, caminar, etc. Ello bajo la perspectiva de que la dificultad para realizar una tarea expresa tanto la presencia de una deficiencia o enfermedad como la influencia negativa o poco facilitadora del entorno. Por ejemplo, la dificultad que puede tener una persona para caminar puede deberse tanto a problemas de salud como a la falta de infraestructura y equipamiento adecuado para ella.

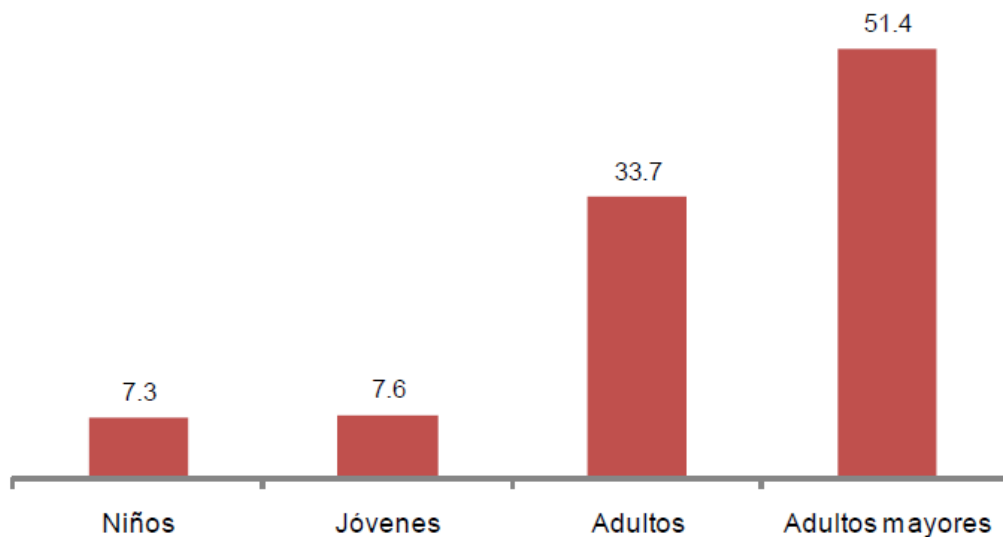
El INEGI consciente de tales cambios y buscando conciliar las recomendaciones internacionales sobre la forma de medir la discapacidad en eventos estadísticos como son los censos y las encuestas -específicamente aquellas derivadas de un grupo internacional de trabajo denominado Grupo de Washington sobre Estadísticas de Discapacidad (WG) quien busca promover a nivel internacional el uso de la CIF y su perspectiva de discapacidad en censos y encuestas nacionales- ha abordado el tema a través de la concepción de dificultad, como la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012. A continuación se presentan las principales características de la población con discapacidad en el país, con base en la ENIGH 2012.

Estructura de la población con discapacidad.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012, en México 6.6% de la población presenta dificultad (discapacidad) para realizar al menos una de las actividades medidas: caminar, ver, escuchar, hablar o comunicarse, poner atención o aprender, atender el cuidado personal y mental. De ellos, la mayoría son adultos mayores -60 años y más- (51.4%) seguidos de los adultos entre 30 y 59 años (33.7%), los jóvenes de 15 a 29 años (7.6%) y, finalmente, los niños de 0 a 14 años

(7.3 por ciento); es decir, 8 de cada diez personas con discapacidad son mayores de 29 años.

Como se describe en la gráfica 2:



Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2012). Base de datos

Gráfica 2

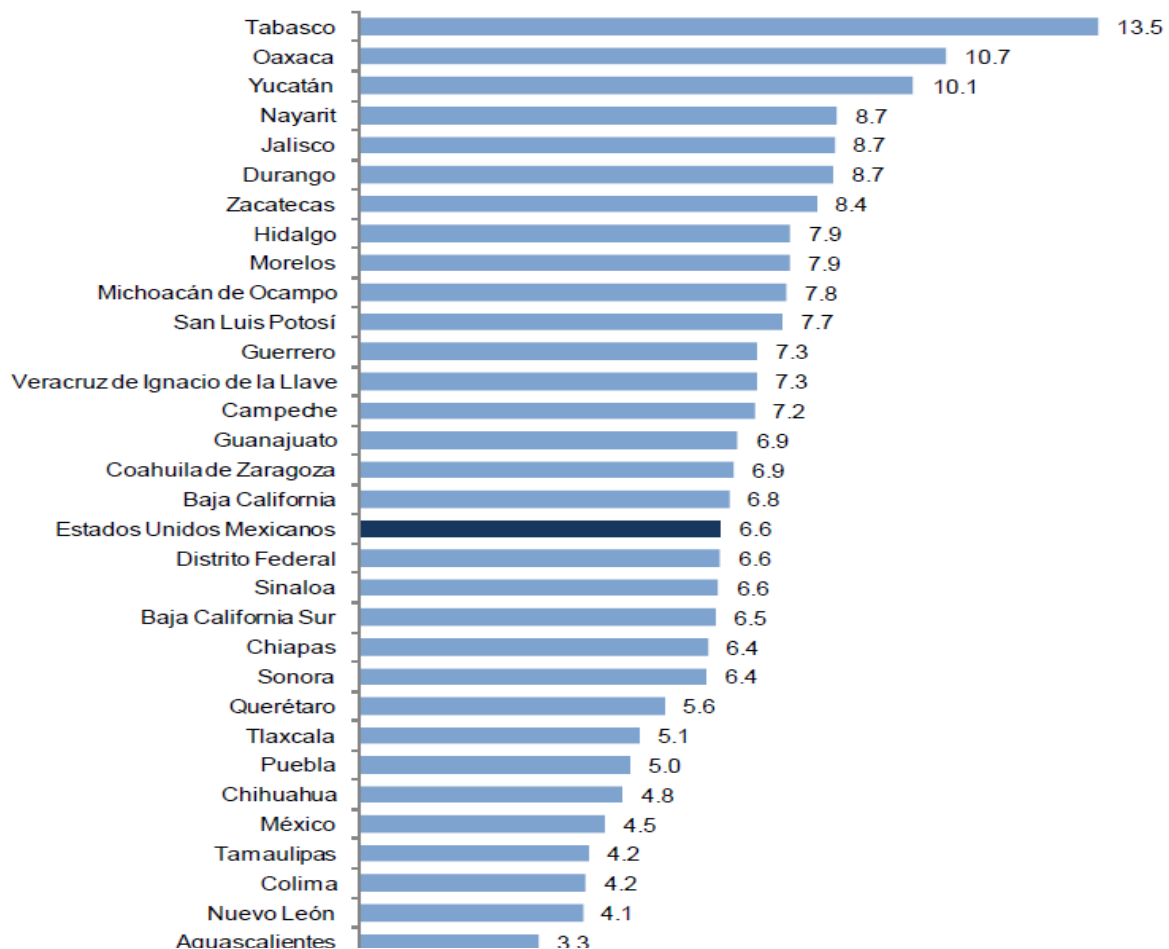
Cabe señalar que, los adultos mayores no solo conforman el grueso de las personas con discapacidad, también son el grupo de edad en el que a su interior, se concentra el mayor porcentaje de personas con discapacidad. De cada 100 adultos mayores, 31 reporta discapacidad, mientras que del total de adultos solo 6 de cada 100, de jóvenes y niños sólo 2 de cada 100 tiene discapacidad, respectivamente.

Por su parte, las mujeres tienen un porcentaje de población con discapacidad ligeramente más alto que los hombres (52.3% frente a 47.7%, respectivamente); aunque ello varía según el grupo de edad. En los niños y jóvenes la presencia de discapacidad es más alta en varones, mientras en los adultos y adultos mayores lo es en las mujeres.

Distribución por entidad federativa

La población con discapacidad se distribuye en el territorio nacional bajo la misma tendencia que el resto de los habitantes del país; las entidades federativas más pobladas (el Estado de México, el D. F., Jalisco y Nuevo León) presentan también mayor cantidad de población con discapacidad.

No obstante, la presencia de población con discapacidad al interior de cada entidad, varía de manera irregular y expresa la diversidad de factores y particularidades que pueden estar impactando al fenómeno de la discapacidad en cada territorio, entre ellos la estructura etaria de cada estado, la cobertura y calidad del sistema de salud, el nivel de desarrollo económico y social. En este sentido, los estados con mayor proporción de personas con discapacidad a su interior son Tabasco, Oaxaca, Yucatán y Nayarit con porcentajes cercanos o por arriba del 10 por ciento.



Gráfica 3: INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2012).

Tipo y causa de discapacidad

Los problemas para caminar son el tipo de discapacidad de mayor presencia (57.5%), seguido de las dificultades para ver (32.5%), oír (16.5%), hablar o comunicarse (8.6%), mental (8.1%), atender el cuidado personal (7.9%) y, finalmente, poner atención (6.5 por ciento). La distribución es relativamente igual entre hombres y mujeres; aunque los hombres presentan una frecuencia más alta en: comunicarse o hablar, poner atención o aprender y mental.

Por grupo de edad se observan diferencias importantes en la distribución de los tipos de dificultad. En los adultos mayores y adultos, las dificultades para caminar, ver y oír son mayores (en algunos casos son hasta dos veces más altas que para niños y jóvenes); en cambio en los niños y jóvenes, las discapacidades para hablar, poner atención y mental tienen un lugar importante (en algunos casos 2 y 4 veces más altas que en los adultos). Lo que evidencia como los cambios en el ciclo de vida también son un factor importante en el riesgo de adquirir algún tipo de discapacidad.

Porcentaje de población con discapacidad por sexo y grupo de edad según tipo de discapacidad 2012. Tabla 2.

Sexo y grupo de edad	Tipo de discapacidad						
	Caminar	Ver	Hablar o comunicarse	Escuchar	Atender el cuidado personal	Poner atención o aprender	Mental
Total	57.5	32.5	8.6	16.5	7.9	6.5	8.1
Hombre	54.8	29.0	9.7	17.4	7.5	7.3	10.7
Mujer	59.9	35.8	7.7	15.6	8.3	5.8	5.9
Niños	30.4	25.7	23.6	10.2	7.7	22.1	18.6
Jóvenes	23.5	36.2	20.5	12.0	5.0	16.5	20.9
Adultos	49.0	33.8	5.7	10.8	4.7	4.1	12.3
Adultos mayores	71.9	32.1	6.7	21.8	10.6	4.4	2.1

Nota: La suma de porcentaje según tipo de discapacidad es superior a 100 por las personas que reportan más de una discapacidad.

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2012). Base de datos

La principal causa de discapacidad entre el total de dificultades reportadas son la enfermedad (38.5%), la edad avanzada (31%), el nacimiento (15%) y los accidentes

(12.0%). Tal distribución es relativamente igual para hombres y mujeres; aunque los varones reportan porcentajes más altos en discapacidad por accidentes (15.3%) y nacimiento (18.2%) y, las mujeres en edad avanzada (35.6%) y enfermedad (39.6%).

Por grupo de edad, es claro que en los niños y jóvenes, la discapacidad a consecuencia de un problema antes o durante el nacimiento es el origen principal y considerablemente más alta que los adultos y adultos mayores, ya que representa la causa del 68.9% y 53.9% de los casos, respectivamente. Mientras en los adultos y adultos mayores la enfermedad y la edad es el factor detonante. En los adultos mayores, por ejemplo, el 50.9% de las discapacidades tienen por origen la edad avanzada.

Distribución porcentual de discapacidades reportadas por sexo y grupo de edad según causa de discapacidad 2012. Tabla 3.

Sexo y grupo de edad	Causa de discapacidad					
	Total	Nacimiento	Enfermedad	Accidente	Edad Avanzada	Otra
Total	100.0	15.0	38.5	12.0	31.0	3.5
Hombre	100.0	18.2	37.2	15.3	25.8	3.5
Mujer	100.0	12.0	39.6	9.0	35.6	3.8
Niños	100.0	68.9	20.8	4.7	0.0	5.6
Jóvenes	100.0	53.9	28.1	11.5	0.0	6.5
Adultos	100.0	17.1	51.2	17.0	8.8	5.9
Adultos mayores	100.0	1.5	35.5	10.4	50.9	1.7

Nota: El porcentaje se calculó sobre el total de las discapacidades reportadas, que es mayor al número de personas con discapacidad por la población que señala más de una dificultad.

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2012). Base de datos

Analizando la relación entre tipo y causa de discapacidad se observa que la discapacidad mental así como para poner atención y hablar o comunicarse están vinculadas con portante. Mientras que las dificultades para atender el cuidado personal, caminar, ver y escuchar tienen su origen principalmente en la enfermedad y la edad avanzada. Por ejemplo, del total de discapacidades para caminar reportadas 42.3% son consecuencia de alguna enfermedad y 30.3% por la edad avanzada. Finalmente,

los accidentes son un detonante importante para las dificultades para caminar 20.1% y atender el cuidado personal 10%.

Distribución porcentual de las dificultades de la población con discapacidad por tipo de discapacidad según causa de la misma 2012. Tabla 4.

Tipo de discapacidad	Causa de discapacidad					
	Total	Nacimiento	Enfermedad	Accidente	Edad Avanzada	Otra
Caminar	100.0	5.6	42.3	20.1	30.3	1.7
Ver	100.0	12.2	40.2	6.2	36.6	4.8
Hablar o	100.0	43.0	32.1	3.3	18.5	3.1
Escuchar	100.0	11.2	29.0	7.3	47.0	5.5
Atender el cuidado personal	100.0	9.6	48.2	10.0	26.7	5.5
Poner atención o aprender	100.0	43.4	24.8	1.8	25.6	4.4
Mental	100.0	52.1	32.3	7.0	2.6	6.0

Nota: El porcentaje se calculó con base en el total de limitaciones para cada tipo de discapacidad.

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2012). Base de datos

Hogares.

De acuerdo con la ENIGH 2012, en el país existen 31.5 millones de hogares, de ellos 6.1 millones reporta que existe al menos una persona con discapacidad; es decir, en 19 de cada 100 hogares vive una persona con discapacidad. A su vez, en 78% de estos hogares solo hay una persona con discapacidad, en 18% dos personas y en 3%, tres o más personas con discapacidad.

Por su parte, la distribución de las clases de hogar entre los hogares con y sin personas con discapacidad, se observa que su mayoría son hogares nucleares, ampliados y unipersonales. Sin embargo, los hogares con personas con discapacidad tienen una frecuencia mucho más alta en los hogares ampliados (39.9%), compuestos (1.6%) y corresidentes (0.3%), lo cual puede estar relacionado con las estrategias

familiares para enfrentar la presencia de la discapacidad en el hogar, un tanto distintas a las reportadas por los hogares sin personas con discapacidad con un mayor porcentaje de hogares nucleares (67.3%).

Tabla 5.

Distribución porcentual de la población por clase de hogar según condición de discapacidad 2012

Tipo de hogar	Condición de discapacidad	
	Sin discapacidad	Con discapacidad
Total	100.0	100.0
Unipersonal	11.2	11.7
Nuclear	67.3	46.5
Ampliado	20.2	39.9
Compuesto	0.8	1.6
Corresidente	0.5	0.3

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2012). Base de datos

- *Según la ENIGH de 2012, 6.6% de la población del país reporta tener discapacidad.*
- *En su mayoría las personas con discapacidad en 2012, son adultos mayores (51.4 por ciento).*
- *El principal tipo de discapacidad en ese mismo año, es la dificultad para caminar: 57.5%.*
- *La enfermedad se reporta como la principal causa de discapacidad (38.5 por ciento) en 2012.*
- *En 19 de cada cien hogares del país vive al menos una persona con discapacidad en 2012.*
- *Hay mayor presencia de hogares con personas con discapacidad en los deciles de ingreso más bajos que en los más altos para 2012.*
- *Durante 2012, como fuentes de ingresos, las transferencias juegan un papel importante en los hogares con personas con discapacidad.*

Etiología de la parálisis cerebral infantil

Las causas se clasifican de acuerdo a la etapa en que ha ocurrido el daño a ese cerebro que se está formando, creciendo y desarrollando. Se clasificarán como causas prenatales, perinatales o posnatales.

Causas prenatales:

- ✓ Anoxia prenatal (circular al cuello, patologías placentarias o del cordón).
- ✓ Hemorragia cerebral prenatal.
- ✓ Infección prenatal (toxoplasmosis, rubeóla, etc.).
- ✓ Factor Rh (incompatibilidad madre-feto).
- ✓ Exposición a radiaciones.
- ✓ Ingestión de drogas o tóxicos durante el embarazo.
- ✓ Desnutrición materna (anemia).
- ✓ Amenaza de aborto.
- ✓ Tomar medicamentos contraindicados por el médico.
- ✓ Madre añosa o demasiado joven.

Causas perinatales:

- ✓ Son las más conocidas y de mayor incidencia, afecta al 90 % de los casos.
- ✓ Prematurez.
- ✓ Bajo peso al nacer.
- ✓ Hipoxia perinatal.
- ✓ Trauma físico directo durante el parto.
- ✓ Mal uso y aplicación de instrumentos (fórceps).
- ✓ Placenta previa o desprendimiento.
- ✓ Parto prolongado y/o difícil.
- ✓ Presentación pelviana con retención de cabeza.
- ✓ Asfixia por circulares al cuello (anoxia).
- ✓ Cianosis al nacer.
- ✓ Bronco-aspiración.

Causas posnatales:

- ✓ Traumatismos craneales.
- ✓ Infecciones (meningitis, meningoencefalitis, etc.).
- ✓ Intoxicaciones (plomo, arsénico).
- ✓ Accidentes vasculares.
- ✓ Epilepsia.
- ✓ Fiebres altas con convulsiones.
- ✓ Accidentes por descargas eléctricas.
- ✓ Encefalopatía por anoxia.

Comorbilidades

El *déficit de funciones cognitivas* es, probablemente, el trastorno asociado más frecuente y van desde el retraso mental (en el estudio colaborativo europeo sobre PC, más del 30% del total de niños con PC tenían discapacidad intelectual importante con CI inferior a 50) a trastornos específicos de algunas funciones: lenguaje, atención, funciones viso-perceptivas, etc., que son aún más frecuentes. La evaluación cognitiva en algunos niños con trastorno motor importante requiere experiencia y test específicos.

La epilepsia es el siguiente trastorno asociado en orden de frecuencia. En el estudio colaborativo europeo, un 20% de los niños con PC tenían una epilepsia no controlada. En un trabajo reciente en Suecia, de ámbito poblacional, sobre epilepsia en niños con PC (Malin, 2003), un tercio de los niños con PC desarrollan epilepsia a lo largo de su evolución. La edad de inicio de la epilepsia se relaciona con la forma de PC, tendiendo a ser en el primer año de vida en los niños con tetraparesia espástica y mucho más variable en las otras formas. Los niños con hemiparesia son los que pueden debutar más tardíamente (incluso > 10 años).

Trastornos psiquiátricos: pueden estar en relación a la misma causa del trastorno motor, fundamentalmente: labilidad emocional y déficit atencionales, pero también rasgos obsesivos compulsivos e incluso trastorno del espectro autista.

Los efectos secundarios de la dependencia, la frustración o la baja autoestima también juegan un papel y deben enfocarse.

Déficit sensoriales: es fundamental el despistaje de trastornos visuales y auditivos que puedan en parte ser corregidos; frecuentes en todas las formas de PC, pero sobre todo en las tetraparesias. El estrabismo y los trastornos de refracción ocurren en más del 50% de los niños con PC. En el registro europeo, un 11% de los niños tenían déficit visual severo (< 0,3 de agudeza visual).

Otros: a veces menos valorados y con una clara repercusión en la calidad de vida del niño y su familia como trastornos de alimentación, retraso en el crecimiento, osteopenia, reflujo esófago-gástrico, trastornos respiratorios, trastornos del sueño, etc. (Unidad de Neuropediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Sabadell. Barcelona; Pediatría Integral 2007).

Identificación de la parálisis cerebral.

Con la información hasta aquí expuesta sobre los individuos con discapacidad, los síndromes de disfunción cerebral y las características comunes de las parálisis; es posible distinguir e identificar la parálisis cerebral. Entre la minusvalía o discapacidades, la parálisis cerebral es una deficiencia motriz, entre los síndromes de disfunción cerebral se identifica por su predominio neuromotora; entre las parálisis se distingue porque es una parálisis que es provocada por una lesión del SNC en su porción encefálica, en las estructuras motoras de la corteza cerebral, ganglios vasales, cuerpo estriado, cuerpo con predominio en determinadas partes según la lesión, su duración es permanente (irreversible), pero no es progresiva, afecta únicamente la musculatura esquelética y por consiguiente sólo altera las funciones motoras (no vegetativas), el grupo poblacional afectado es en su gran mayoría niños desde el momento del parto o durante su desarrollo prenatal o post-natal, por lo que se clasifica como un defecto congénito.

Los términos “parálisis cerebral” son la denominación actual preferida, pues es la que mejor expresa e identifica este padecimiento: “parálisis” indica que se trata de una disminución o pérdida de las funciones motoras; y “cerebral” precisa la ubicación de la lesión en uno de los órganos del sistema nervioso central en la porción encefálica.

Uno de los primeros nombres que se le designó fue “Enfermedad de Little” debido a que fue el doctor William John Little su descubridor al encontrar relación entre los problemas del embarazo, el daño cerebral orgánico y las alteraciones motoras (1843 a 1861). Las investigaciones siguientes fueron aportadas por los doctores Sigmund Freud y Sir William Osler. Finalmente, después de diferentes denominaciones, el doctor Winthrop M. Phelps y colaboradores (1937) decidieron utilizar términos más exactos llamándola “parálisis cerebral”. (En: Valdez, 1989).

En la parálisis cerebral el trastorno motor estará acompañado frecuentemente de otros trastornos (sensitivos, cognitivos, lenguaje, perceptivos, conducta, epilepsia) cuya existencia o no, condicionará de manera importante el pronóstico individual de estos niños

Entre los autores contemporáneos no hay un acuerdo total sobre la utilización de estos términos para nombrarla; a veces algunos autores le agregan el término “infantil” para enfatizar su origen en niños en desarrollo intrauterino, extrauterino y durante el nacimiento (complicaciones del parto).

Tipos y clasificaciones de la parálisis cerebral.

Existen diferentes tipos de parálisis cerebral que son clasificados de diversas formas; *según su fisiología*, ubicando la lesión en determinadas estructuras nerviosas motoras; o bien, *según su topografía*, es decir, según las partes del cuerpo más afectadas; una clasificación suplementaria, o sea, otros problemas asociados a la parálisis; y una clasificación según el grado de discapacidad y de terapia que cada caso individual requiera. Frecuentemente los tipos de parálisis cerebral no se presentan con sus

características en forma pura, sino que existen combinaciones de estas con predominio de uno de los componentes, por ejemplo: espasticidad con atetosis.

Semiología

Primeros síntomas clínicos:

- ✓ Desarrollo motor anormal, ocasionalmente desarrollo precoz.
- ✓ Persistencia de los reflejos infantiles primitivos del recién nacido después de 6 u 8 meses de edad.
- ✓ Tono muscular anormal de determinados miembros del cuerpo.
- ✓ Las diferentes áreas del desarrollo y crecimiento llevan ritmos dispares, anormales: adaptativo, lenguaje y social, crecimiento físico y mental inmaduros.
- ✓ Principales alteraciones motoras
- ✓ Aducción, abducción, flexión, extensión, rotación y pronación según la articulación afectada. Alteraciones posturales y deformidades: pie varo equino y escoliosis dorsolumbar en "C", condicionadas por espasticidad muscular, contracturas, alteraciones del movimiento voluntario y de la potencia muscular.

Características generales del niño con parálisis cerebral.

Las características del niño con parálisis cerebral no son iguales en todos los casos, ya que dependen de las estructuras nerviosas lesionadas (forma de la lesión), el tipo de parálisis, el grado de discapacidad, las áreas funcionales afectadas, la situación ambiental en que vive, la actitud de los padres, el ambiente familiar, etcétera. Cada caso es diferente y por lo tanto no todas las características están presentes siempre. Las características generales son: retraso motor, reflejos infantiles primitivos, trastornos posturales y/o deformidad física, crisis convulsivas, problemas visuales: estrabismo (bizqueo) que pueden ser unilateral o bilateral, convergentes o divergente, nistagmus, debilidad visual o ceguera, problemas auditivos; hiperacucias, hipoacucias y sordera; problemas sensoriales: generalmente hipersensibilidad táctil; problemas de salud física, detención y desnutrición principalmente; alteraciones y problemas en: la alimentación ,

lenguaje y comunicación, el movimiento, desarrollo social (conducta social y socialización), la conducta, las emociones, la formación de la personalidad, la inteligencia y la percepción.

Problemas de alimentación: Babeo (salivación excesiva), mantenimiento de boca abierta, protrusión de la lengua (sacar la lengua), hipersensibilidad bucal y peribucal, dificultades de masticación, succión, deglución y respiración; dificultades de masticación, succión, deglución y respiración; dificultad para ingerir sólidos, semilíquidos y líquidos, discapacidad para autoalimentarse, requerimientos de cubiertos y trastos especiales.

Problemas de lenguaje y comunicación: Problemas de articulación del lenguaje oral (disartrias y anartrias), problemas de comprensión del lenguaje (afasias).

Problemas del movimiento: Dificultad del movimiento en actividades cotidianas: abrir-cerrar; meter-sacar, tapar-destapar, poner-quitar, atar-desatar, armar (ensamblar)-desarmar, jalar-empujar, apilar, alcanzar-asir-sostener-manipular-soltar, etcétera. Dificultad de desplazamiento: caminar, sentarse, pararse, acostarse, levantarse, etcétera. Requiere aparatos y ayudas especiales para moverse o mantener buena postura.

Problemas de autocuidado: Dificultad en el vestido-desvestido, calzado-descalzado; abrochar-desabrochar: botones, broches, cierres, hebillas, cintas y agujetas, etcétera.

Problemas de eliminación: dificultad o retraso en el establecimiento del control de esfínteres de las funciones de micción (enuresis) y defecación (encopresis); dificultad para acudir solo a la bacinica o al cuarto de baño.

Problemas de aseo: dificultades para bañarse, lavarse manos y cara, cepillarse dientes, cepillarse el pelo, peinarse, limpiarse con: servilleta, pañuelo y papel higiénico.

Problemas para dormir: conciliar el sueño, mantenerse dormido toda la noche, despertar llorando, dificultad para taparse-destaparse y mantenerse tapado; dificultad para cambiar de posición o volterarse, adaptaciones a las cobijas y cuna o cama.

Dificultades para jugar: en la manipulación de juguetes, en la postura para jugar, en jugar solo o con otros niños.

Problemas del desarrollo social: Problemas de socialización: dificultad para relacionarse con otras personas niños y/o adultos diferentes de los padres, hermanos y familiares; dependencia emocional del niño a los padres, particularmente hacia la madre o persona que lo atienden y cuida. Dificultad para adaptarse al ambiente social (institucional) de la escuela y del centro de rehabilitación.

Problemas de conducta social: interindividual y/o grupal.

Problemas de conducta: Déficit en el repertorio conductual básico: atención: atención selectiva (prestar atención al estímulo pertinente-discriminación de estímulos ambientes), atención sostenida (mantener la atención concentrarse y no distraerse) principalmente por los sentidos auditivo y visual (atención auditiva y atención visual); imitación, seguimiento de instrucciones, discriminación y conducta de autocuidado.

Exceso en conductas indeseables: destructividad-agresividad, hiperactividad, etcétera y déficit en conductas deseables.

Problemas emocionales y de personalidad: Experimenta: temor (miedos), ansiedad, depresión, irritabilidad (fácil enojo), baja tolerancia a la frustración, hipersensibilidad emocional, necesidad de: atención, afecto y comprensión; posee inadecuada formación de la personalidad, autoconcepto inadecuado, baja autoestima, autodevaluación, tiene sentimientos de culpa e invalidez física y emocional.

Inteligencia

Finnie (1993) afirma, basándose en “numerosos estudios” (no especifica investigadores, tipos de test, condiciones de aplicación, tamaño de las muestras poblacionales, etcétera), que la población total de niños con parálisis cerebral se encuentra distribuida en la siguiente forma:

El 50% tiene un C. I. (coeficiente intelectual) entre 75 y 125 o más, comprendiendo niños con retraso mental leve o limítrofe (C. I. 75 a 84). Niños con inteligencia normal (C. I. 85-115) y niños con inteligencia superior (C. I. 116 en adelante).

Un 25% C. I. entre 50 y 75, siendo niños con retraso mental moderado a educable.

Un 25% restante tiene un C. I. de 50 o menos, siendo niños con retraso mental grave, profundo, entrenable: C. I. de 20 a 49 se denomina imbecilidad; C. I. de 0 a 19 idiocia.

Cada test de inteligencia evalúa diferentes áreas, pero en general las áreas intelectuales de los test son:

Memoria a corto y largo plazo, memoria auditiva y visual; vocabulario: comprensión de conceptos, ideas y del lenguaje; Razonamiento Lógico, Razonamiento Aritmético, cálculo numérico y cuantificación (conceptos cuantitativos); Analogía, Asociación, Semejanzas, Diferencias, Ordenamiento, Clasificación, Reconocimiento de objetos; Solución de problemas a nivel verbal y de Ejecución; habilidades perceptivas y motoras, conocimiento corporal; desarrollo social: Conductas de Autocuidado, Imitación, Conducta Social, Comunicación y Socialización; conocimientos de aprendizaje escolar y aptitud laboral y ocupacional.

Percepción

El niño con parálisis cerebral tiene problemas para percibirse a sí mismo y formar su esquema corporal, así como problemas para percibir el ambiente que le rodea y darle significado. En este nivel sus dificultades principales son la disociación o discapacidad de integrar las partes en un todo, en una unidad; la inversión figura-fondo del campo visual y las dificultades para establecer relaciones espaciales y temporales. Sin embargo, puede tener dificultades en otras áreas. Las áreas perceptuales que se evalúan son:

Esquema corporal: identificación de partes gruesas: cabeza, tronco y extremidades (piernas y brazos). Identificación de partes finas: manos, pies, dedos, uñas, pelo, orejas, ojos, pestañas, cejas, nariz, boca, codos, rodillas, espalda, etcétera.

Identificación de las partes en su propio cuerpo, en otras persona, en un muñeco o dibujo.

Identificación de órganos internos (vísceras): corazón, estómago, pulmones, etcétera.

Coordinación visomotriz: óculo–manual, ojo-pie, seguimiento visual de un objeto, coordinación manual y movimientos finos.

Asociación de las partes en un todo.

Discernimiento perceptual: identificación de forma, color y tamaño. Principalmente: figuras geométricas básicas: triángulo, cuadrado, y círculo; colores básicos: rojo, amarillo, azul, blanco y negro; y tamaños: grande, chico y mediano, largo-corto, alto-bajo.

Constancia de forma y posición en el espacio: identificación de la forma en cualquier posición.

Relaciones espaciales: arriba-abajo, adelante-atrás, izquierda-derecha, cerca-lejos, dentro-fuera, en medio.

Relaciones temporales: presente, pasado, futuro; día-noche; hora, día, semana, mes, año, fechas y días festivos, etc.

Percepción auditiva: discriminación de sonidos por su timbre (qué suena), tono: grave-agudo, intensidad: fuerte-quieto, distancia: cerca-lejos, ritmo: lento-rápido. Identificación de sonidos, vocales y consonantes.

Percepción táctil: identificación de: temperatura; frío-tibio-caliente, texturas: suave-duro, liso-rasposo, delgado, grueso, esponjoso-compacto y dolor.

Percepción estereognóstica: reconocimiento de los objetos mediante el tacto al identificar su forma, textura, temperatura, peso y otras propiedades físicas. Objetos prueba: una llave (parte chapa), un botón, un tornillo, un clavo, un lápiz, una pluma, una goma, una regla, una taza, una cuchara, de diferentes materiales: metal, madera, plástico, vidrio, papel, tela, etc.

Percepción cinestésica: Noción de posición: reproducir posiciones con los ojos vendados.

Nociones de resistencia: diferenciar: pesado-ligero, rígido-elástico.

Percepción quimioestésica: identificación de los estímulos químicos olfatorios y gustativos: sabores básicos: dulce, salado, amargo, ácido.

Tipos de Parálisis Cerebral Infantil

Parálisis cerebral espástica: Cuando hay afectación de la corteza motora o vías subcorticales intracerebrales, principalmente vía piramidal (es la forma clínica más frecuente de parálisis cerebral). Su principal característica es la hipertonía, que puede ser tanto espasticidad como rigidez. Se reconoce mediante una resistencia continua o plástica a un estiramiento pasivo en toda la extensión del movimiento (Valdez, 1998).

El niño espástico. En el aspecto motor y postural presenta alteraciones como cuerpo estirado, posición de tijera de las piernas, brazos pegados al cuerpo, codos flexionados, antebrazos pronados, muñecas y dedos flexionados, gran dificultad para enderezar la cabeza o sentarse, pérdida de la elasticidad muscular debido a la espasticidad, marcha en tijera extremadamente difícil, debilidad de los músculos extensores y abductores, espasticidad, involucra más articulaciones de las necesarias para realizar un acto complejo: movimiento voluntario explosivo, espasmódico, lento o de deficiente ejecución; incoordinación del movimiento acompañado de movimientos anormales según la posición, la mímica es rígida, inadecuada, deficiente y lenta. Tiene trastornos en la respiración, la succión y la deglución. El lenguaje oral casi imposible o puede producirse con gran esfuerzo, explosividad y falta de claridad. Desiste en los intentos para alcanzar un objeto.

El crecimiento físico es anormal. Generalmente su nivel intelectual es normal o alto, con mayor probabilidad que el niño sano de ser bajo. Tiene mayor tendencia a las deficiencias en la formación de conceptos y trastornos preceptuales. Posee buena fluidez auditiva y verbal. Su personalidad es introvertida, temeroso, fácilmente se

sobresalta por cualquier estímulo ambiental, prefiere un ambiente tranquilo, su temor incluye las demostraciones de afecto y las situaciones o personas extrañas. Es lento en manifestar enojo y rápido en recuperarse. Necesita advertírsele de nuevas situaciones.

Parálisis cerebral atetoide. Presenta normorreflexia (reflejos normales), hipotonía con cambios bruscos y rápidos de tensión y relajación, movimientos atetoides, movimientos involuntarios incontrolables, lentos, incoordinados o realizados con rigidez o tensión asociados a los movimientos voluntarios, movimientos involuntarios ausentes o mínimos en reposo y se presentan o aumentan durante el movimiento voluntario, movimiento involuntario de todo el cuerpo cuando el estado de ánimo es de gran alegría o mucho agrado, los movimientos voluntarios son mal coordinados, dirigidos y bruscos, movimientos en una parte del cuerpo acompañados de movimientos involuntarios en otras partes del cuerpo; la postura es inconstante, breve, cambiante e impredecible persona tendencia a repetir patrones posturales, en posición supina (boca abajo) tiende a doblarse, abertura e hiperextensión de los dedos, antebrazo mantenido en pronación (palma hacia abajo y dorso arriba), brazo hacia atrás, pie en aducción (hacia adentro) y sus dedos hacia arriba, la cabeza con frecuencia hacia atrás, boca abierta y lengua protuida (adelante). Formación de muecas, gestos y expresiones faciales que no corresponden al estado de ánimo o con la falsa apariencia de deficiencia mental. Trastornos respiratorios, de alimentación y del lenguaje. Persiste en lograr asir un objeto. A veces pérdida de la percepción acústica.

El niño atetoide o atetósico. El nivel de inteligencia es normal o alto, rara vez bajo, la atetosis congénita es compatible con alto grado de inteligencia. Es más deficiente en el lenguaje por disartrias, tiene buena comprensión y formación de conceptos. No sufre temor excesivo, es de fácil provocación de enojo pero de breve duración. Anhela las manifestaciones de atención y afecto. Disfruta de la compañía de las personas. Disfruta de participar en la conversación aunque tenga dificultades de expresión. Es incomprensible de sus propias limitaciones y tiene gran empeño de lograr (Valdez,1998).

Parálisis cerebral atáxica. Se distinguen tres formas clínicas bien diferenciadas que tienen en común la existencia de una afectación cerebelosa con hipotonía,

incoordinación del movimiento y trastornos del equilibrio en distintos grados. En función del predominio de uno u otro síntoma y la asociación o no con signos de afectación a otros niveles del sistema nervioso, se clasifican en diplejía espástica, ataxia simple y síndrome del desequilibrio.

El niño atáxico. En el aspecto motor presenta: hiporreflexia, hipotonía, trastornos del equilibrio, trastornos cinéticos (sensibilidad propioceptiva percepción del movimiento), incoordinación de los miembros superiores, hipoactividad de los miembros inferiores, nistagmus horizontal, marcha de embriaguez (en "s") insegura y tambaleante, ataxia, fenómeno de rebore de Holmes, movimiento voluntario incordiando, dirección descontrolada y disimetría; movimientos voluntarios amplios, arrítmicos e irregulares, pérdida del sentido de posición o postura, trastornos en la respiración succión y deglución.

El lenguaje oral es arrastrado, monótono y lento con tendencia a un acento rítmico escandido (pronunciación de las palabras separado las sílabas). La personalidad es similar a la del niño atetoide. Es poco temeroso, de fácil enojo ante su discapacidad de dirigir un movimiento, e intolerable a realizar esfuerzos repetidos cediendo con rapidez. Es extrovertido, tranquilo, firme y demostrativo de sus afectos. Desea recibir afecto, goza de las relaciones interpersonales, es amigable con personas normales y discapacitadas, Requiere aprobación y afecto para trabajarse con él.

Parálisis cerebral atónica. La potencia muscular voluntaria es deficiente pero no ausente, las vías espinales usadas en movimientos asociados están intactas. Los músculos pueden ser excitados por estimulación refleja y la respuesta es de carácter espástico.

El niño atónico: Es raro este caso. Presenta hipotonía atónica que afecta el tono postural. La parálisis cerebral atónica es debida a motoneurona superior y no debe confundirse con la flacidez por lesión de motoneurona inferior, lo cual implica parálisis total del músculo afectado.

Parálisis cerebral mixta. Se hallan combinaciones de diversos trastornos motores y extra piramidales con distintos tipos de alteraciones del tono y combinaciones de

diplejía o hemiplejías espásticas, sobre todo atetósicos. Las formas mixtas son muy frecuentes.

El niño rígido. Los trastornos motores que presenta son: hiporreflexia, aunque los reflejos de tendones profundos son normales; hipertonia de los músculos flexores y extensores (agonista y antagonistas), rigidez, aumento de la resistencia al movimiento pasivo de ambos grupos musculares, movimientos disminuidos, ausencia de: clonus, reflejo de estiramiento y movimientos involuntarios. Su nivel intelectual es normal o bajo. Su personalidad es introvertida similar a la del niño espástico, con un temor grande pero no tanto como el espástico (Valdez,1998).

El niño tembloroso. El temblor que presenta puede ser constante o periódico, de reposo o intencional. El temblor es rítmico; su velocidad y cantidad es más constante y predecible. Es capaz de dirigir el movimiento voluntario con más éxito hacia la meta que en los niños espásticos o atetoides. Ausencia de posturas anormales.

Diagnóstico

Para determinar el diagnóstico de la parálisis cerebral, se consideran varios criterios: el tipo de lesión, la topografía (distribución de la afección), grado de severidad en cuanto a funcionalidad, como las comorbilidades. Este se basará en una completa anamnesis que recoja las circunstancias del embarazo, parto y recién nacido, una exploración exhaustiva del niño: actitud, tono, movimientos espontáneos, reflejos arcaicos y reactividad a estímulos; como el análisis de un examen neurológico.

Clasificación de la Parálisis Cerebral (tipo de lesión)

Clasificación Fisiológica (motora)

- ✓ espasticidad (vía piramidal) 50% por ciento al 69%
- ✓ atetosis (vía extrapiramidal) 22% al 25%
- ✓ con tensión
- ✓ sin tensión

- ✓ distonía
- ✓ temblor
- ✓ rigidez (estructuras extrapiramidales) 15 %
- ✓ ataxia (cerebelo) 2.6% al 9
- ✓ temblor (de reposo o intencional) 1 %
- ✓ atonía (raro)
- ✓ mixto (mezcla de distintos tipos) 1% al 3.2%
- ✓ inclasificable 2.3%

Clasificación topográfica en función de la extensión del daño cerebral.

El sufijo *plejia* significa ausencia de movimiento, cuando hay algún tipo de movilidad se utiliza el sufijo *paresia* (cuadriparesias, tetraparesias, hemiparesias y monoparesias).

- a) *Cuadriplejía*: Están afectados los cuatro miembros.
- b) *Tetraplejía*: Afectación global incluyendo tronco y las cuatro extremidades, con un predominio de afectación en miembros superiores.
- c) *Triplejía*: Afectación de las extremidades inferiores y una superior.
- d) *Diplejía*: Afectación de las cuatro extremidades con predominio en extremidades inferiores.
- e) *Hemiplejía*: Está tomado un solo lado del cuerpo (hemicuerpo), y dentro de este el más afectado es el miembro superior.
- f) *Doble hemiplejía*: Cuando existe una afectación de las cuatro extremidades, pero mucho más evidente en un hemicuerpo, comportándose funcionalmente como una hemiparesia.
- g) *Paraplejía*: Son muy poco frecuentes, se afectan solo los miembros inferiores.
- h) *Monoplejía*: Se afecta un solo miembro (brazo o pierna), estos casos son poco comunes.

Clasificación Suplementaria

Evaluación psicológica: grado de deficiencia mental si existe.

Estado físico

- ✓ Evaluación del crecimiento físico

- ✓ Edad ósea
- ✓ Contracturas
- ✓ Crisis convulsivas
- ✓ Patrones de conducta y postura locomotora
- ✓ Patrones de conducta ojo-mano (coordinación):
- ✓ Dominancia de los ojos
- ✓ Movimientos oculares
- ✓ Posturas oculares
- ✓ Fijación
- ✓ Convergencia
- ✓ Manipulación
- ✓ Dominancia de la mano

Estado visual

- ✓ Sensorial (ambliopía, defectos del campo visual)
- ✓ Estado motor: desviaciones conjugadas de los defectos motores, defectos de fijación, espasmos de fijación, estrabismo, esotropía, hipertropía, hipotropía, nistagmus, seudoparálisis del motor ocular externo (VI par craneal).

Estado auditivo: sensibilidad al sonido

- ✓ Hiperacucia
- ✓ Hipoacucia

Trastornos del lenguaje

- ✓ Afasia
- ✓ Disartria
- ✓ Ecolalia
- ✓ Agrafia
- ✓ Disgrafía
- ✓ Alexia
- ✓ Agnosias, etc.

Clasificación según el grado de discapacidad funcional y su requerimiento terapéutico.

Clase 1. *Muy Leve*: prácticamente sin limitación de la actividad. Sin necesidad de tratamiento. 10% del total de los niños con PC.

Clase 2. *Leve*: con ligera o moderada limitación de la actividad; con necesidad de un mínimo de terapia y ayuda.

Clase 3. *Moderada*: con limitación de la actividad que va desde moderada hasta alta; necesita ayuda y aparatos, así como la asistencia de los servicios de tratamiento.

Clase 4. *Severa*: discapacitados para desarrollar cualquier actividad física útil, requieren una institucionalización por largo tiempo para su rehabilitación. 10% del total.

Clase 2 y 3 representan el 80% restante de los pacientes con PC.

Parámetros clínicos en la valoración de la PC (Áreas de discapacidad)

Valdez (1998) considera que el niño es un ser *bio-psico-social*, por lo que se pueden agrupar los parámetros en cuatro áreas principalmente de discapacidad:

Condiciones físicas y de salud: desnutrición, problemas de dentición, etc.

Sensorial: alteraciones del nivel auditivo, visual y táctil.

Motor: Trastornos motrices: reflejos, tono, postura y movimiento.

Crisis convulsivas.

Lenguaje: problemas de articulación oral y comprensión de conceptos.

- *Área de discapacidad psíquica o psicológica (salud mental).*

Inteligencia: retraso mental de leve a profundo.

Percepción: esquema corporal, disociación, inversión Figura-Fondo y Relaciones Espaciales-Temporales, principalmente.

Conducta: problemas de exceso y déficit en los repertorios conductuales.

Emocional y de personalidad: problemas emocionales y de la formación de la personalidad.

- *Área de discapacidad social:*

Socialización: dificultad para relacionarse socialmente en ambiente extrahogar.

Comunicación: los trastornos del lenguaje son las barreras para la comunicación.

Integración familiar y problemas maritales de los padres (Valdez.1998).

Situación socioeconómica: generalmente de bajos recursos.

- *Área de Necesidades Educativas Especiales*

Problemas de aprendizaje escolar en: la lectura, escritura, matemáticas, etc., a consecuencia de los problemas de las otras áreas de discapacidad.

Clasificación Pedagógica

- ✓ Desde el punto de vista educativo, se ha establecido una clasificación de acuerdo a su capacidad de aprendizaje:

Educables

- ✓ Con posibilidades de Tratamiento y adquiere alfabetización, así como aprendizajes básicos
- ✓ Con posibilidad de mejoría, en actividades de la vida diaria

O bien

- ✓ Adquisición de habilidades para asistir a una escuela.
- ✓ Adquisición de habilidades para la vida independiente.
- ✓ De custodia

Tratamiento multi-interdisciplinario.

El equipo clínico-educativo y la familia en el tratamiento.

La parálisis cerebral es una problemática compleja que debe abordarse tomando en cuenta la naturaleza bio-psico-social del individuo. Por ello, el tratamiento debe estar enfocado hacia el individuo, su familia y su comunidad. Esto se puede lograr mediante un plan general de tratamiento multi-interdisciplinario, en el cual intervienen profesionistas de diferentes disciplinas formando un equipo de trabajo clínico-educativo multi-interdisciplinario al cual debe incorporarse la familia, ya que la colaboración de los padres en el tratamiento del niño es de esencial importancia, pues los primeros en diagnosticar, terapeutas y maestros del niño son los padres, y ellos son quienes tienen que enfrentarse a los problemas diarios que surgen con su hijo discapacitado, además, la actitud de los padres influirá en la actitud de los hermanos, amigos, vecinos, la familia y la comunidad en general (Valdez, 1988).

De ninguna manera debe creerse que el tratamiento clínico-educativo del equipo de especialistas sustituye la buena atención del niño por la familia, ni viceversa; ambos factores: tratamiento multi-interdisciplinario y adecuado manejo en el hogar son complementarios. El pronóstico y la fijación de metas de tratamiento a corto y a largo plazo se establecen según las condiciones particulares de cada caso, para evitar fomentar falsas expectativas en el niño y su familia, con las consecuentes frustraciones y desengaños. El tratamiento debe hacerse en tres niveles: preventivo, curativo y de rehabilitación (Valdez 1988).

Nivel Preventivo

- Educación higiénica sobre: limpieza, aseo, prevención de enfermedades y accidentes, hábitos de salud, etc.
- Favorecimiento del acceso a los servicios médicos.
- Vigilancia prenatal continua para prevenir infecciones, alteraciones genéticas e hipoxia.
- Mejoramiento de la atención prenatal y perinatal estableciendo y permitiendo el acceso a: Clínicas de Embarazo de Alto Riesgo y Unidades de Cuidados Especiales e Intensivos de Recién Nacidos.
- Orientación familiar y comunitaria sobre el problema.
- Revisión periódica y continua del desarrollo del niño.

Niveles: curativo y de rehabilitación

A continuación se expone por área qué profesionistas intervienen en el tratamiento de la parálisis cerebral y qué funciones desempeña cada uno, más no hay que perder de vista que la dinámica de trabajo debe ser en equipo multi-interdisciplinario, ya que todas las disciplinas en mayor o menor grado intervienen en los diferentes aspectos de la problemática (Valdez, 1988).

Área Biomédica:

Tratamiento médico-pediátrico: el pediatra prescribirá tratamiento para los problemas de salud, crecimiento y desarrollo según las enfermedades y padecimientos particulares que presente el niño.

Tratamiento neurológico: la participación del neurólogo en el tratamiento es muy limitada en la neurocirugía, porque los procedimientos neuroquirúrgicos no han logrado todavía los resultados deseables en la parálisis cerebral, pero en cambio, pueden prescribir tratamiento farmacológico para controlar las crisis convulsivas y utilizar relajantes musculares para los problemas motores.

Terapia Ortopédica: el ortopedista se encarga de evitar y corregir posturas, contracturas y deformaciones a través de técnicas y aparatos ortopédicos e inclusive la cirugía ortopédica disponiendo de diversos recursos quirúrgicos como la elongación (alargamiento) de tendones, las tenotomías (corte de un tendón), estabilizaciones óseas de las articulaciones y trasplantes.

Terapia física o fisioterapia: el terapeuta físico o el fisioterapeuta contribuye al tratamiento en los aspectos físicos y motrices del cuerpo a través de técnicas, masajes y ejercicios para mejorar la función muscular en el reflejo, el tono, el movimiento y la postura, previendo deformidades, consiguiendo o mejorando la marcha y obteniendo dominio de las habilidades manuales. Existen varios métodos, por lo que debe utilizarse uno solo o una combinación de ellos de acuerdo con las necesidades de cada caso. Los métodos utilizan con frecuencia férulas o aparatos ortopédicos

Con el fin de prevenir o corregir contracturas o deformidades cuando el estiramiento o el ejercicio no son suficientes.

Inhibir un determinado movimiento, cuando interfiere en la actividad útil.

Dar una base estable a fin de permitir usar con más eficacia un equilibrio insuficiente.

Entre los métodos más usuales están:

Método de Phels: basado en el desarrollo ontogenético, de manera que el niño progrese a través de cada etapa del desarrollo físico normal.

Método de Bobath: el principio básico es la inhibición de reflejos más que su utilización, colocando varias articulaciones en posición contraria a la que tienden a asumir (posición de reflejo inhibitorio), más la facilitación de las reacciones de enderezamiento.

Método de Kabat: basado en los principios de facilitación neuromuscular propioceptiva en la cual, la repetición del movimiento combinado y voluntario facilita su ejecución.

Terapia Ocupacional: el terapeuta ocupacional se encarga del desarrollo y entrenamiento de actividades de la vida diaria, para la futura independencia y productividad económica.

Tratamiento audiométrico: según el tipo y complicación del problema auditivo, el profesional prescribe adiestramiento y uso de prótesis y aparatos auditivos auxiliares.

Terapia Oftalmológica: según el problema visual el oftalmólogo y el optometrista recomendarán ejercicios óculo motores y el uso de anteojos.

Terapia de lenguaje y comunicación: el terapeuta del lenguaje aplica técnicas y métodos para tratar los problemas de lenguaje. Estos procedimientos están encaminados a mejorar la respiración y el control bucal en la alimentación (lengua, paladar, faringe, maxilar, etc.) masticación, deglución e ingestión de sólidos y líquidos; para el dominio del aparato fonoarticulador corrigiendo los defectos de pronunciación.

La terapia de lenguaje: Proporcionan al niño los medios de expresión oral, gestual, corporal, de algún instrumento de comunicación alternativo (por ejemplo, tableros) o combinados, para hacerlo capaz de comunicar sus propias necesidades, deseos, pensamientos, sentimientos, ideas, etc.

Medicina en rehabilitación: especialidad médica, recientemente desarrollada en México, para aprovechar los recursos de las diferentes ramas de la medicina para trabajar en el tercer nivel o fase de la actividad de ésta: la rehabilitación (Valdez, 1988).

Área Psicológico-Psiquiátrica:

Terapia psicológica o psicoterapia: el psicólogo aplica diversas técnicas psicoterapéuticas cognitivo-conductuales, psicoanalíticas, etc. A nivel individual o grupal (dinámicas de grupo), según los problemas psicológicos intelectuales, perceptuales, psicomotores, conductuales y emocionales. Elabora y aplica programas terapéuticos para los diferentes problemas (Valdez, 1988).

Tratamiento psicofarmacológico: el psiquiatra receta únicamente como auxiliar psicofármacos principalmente tranquilizantes de acción ansiolítica, antidepresivos tricíclicos, psicoestimulantes y anticonvulsivos para mejorar los sentimientos de

ansiedad, depresión, las manifestaciones de impulsividad, hiperactividad y otros trastornos de la conducta o afectivos, así como controlar las crisis convulsivas, mejorando también el rendimiento escolar. El tratamiento psicofarmacológico es limitado y no sustituye la psicoterapia, sino que es tan solo coadyuvante.

Área Social:

Orientación familiar y comunitaria:

Trabajo social: la trabajadora social, con amplia experiencia y capacitación en el manejo de pacientes discapacitados, proporciona orientación sobre el manejo de los problemas del niño a la familia y la comunidad: padres, vecinos, amigos etc. Así como al personal educativo-docente: pedagogos, educadoras, maestros, etc. exponiéndoles claramente las características y necesidades del niño con parálisis cerebral.

Debido a que la más importante influencia en el desarrollo bio-psico-social del niño es la experiencia en el hogar, se le debe hacer comprender a los padres que sus actitudes influyen en el desarrollo de su hijo, para que le proporcionen las condiciones favorables a través de: un hogar estable y permanente con un ambiente de apoyo emocional en el que el niño sienta afecto, amistad, aceptación y comprensión; brindarle la oportunidad de nuevas experiencias, proporcionándole estimulación variada y evitando la monotonía, darle la oportunidad de hacer algo permitiéndole ensayar con el espacio, tiempo y paciencia suficiente para que alcance y experimente el éxito, dentro de sus limitaciones, es decir, sin esperar mucha dependencia ni excesiva responsabilidad, y evitar el cambio constante de escuelas para que el niño se adapte al ambiente escolar al encontrar su lugar y descubrir lo que puede lograr. Finalmente, los padres no deben dejar al niño exento de la disciplina familiar, deben aplicarle la misma autoridad que a los demás miembros de la familia sin comportarse demasiado exigentes o permisivos.

Psicoterapia grupal

El psicólogo también orienta a la familia y a la comunidad a través de pláticas sobre el problema y con la formación de grupos terapéuticos con los padres de niños con parálisis cerebral. En los grupos se pretende: reducir al mínimo los sentimientos individuales de aislamiento, culpa, vergüenza, autocompasión y desesperación, por la conversación entre los padres; dar a conocer el programa de rehabilitación; y ayudar a los padres a comprender el estado real de sus hijos y las expectativas futuras.

La formación de grupos de terapia con los padres, es muy útil porque se obtienen excelentes resultados en la mayoría de ellos, ya que el problema y las reacciones emocionales son muy similares, por lo que los padres dentro de los grupos comparten un mismo problema, sus experiencias y se ayudan mutuamente.

En el caso de los niños de edad preescolar y escolar, el psicólogo orienta al personal educativo-docente evitando experiencias escolares desagradables de frustración y fracaso en el niño y su educadora o maestro (Valdez, 1988).

Ambiente Familiar.

El niño con parálisis cerebral recibe poca estimulación ambiental y tiene experiencias de la vida diaria limitadas si permanece la mayor parte del tiempo en un mismo cuarto de la casa, o si sale poco o no sale de casa. Su ajuste y adaptación es lento a los cambios rápidos del ambiente (cambios físicos y emocionales) siendo difícil su adaptación a los cambios bruscos.

Sus padres se sienten culpables, sienten vergüenza, desesperación, autocompasión. Proyectan la culpa uno al otro mutuamente y/o hacia los médicos y personal del hospital donde nació el niño. Ante su vergüenza establecen un aislamiento social ante sus vecinos y amigos. El padre y la madre al culparse recíprocamente se distancian sintiéndose cada vez más incompetentes y deteriorando sus relaciones maritales; incluso dejan de procrear para evitar tener más hijos anormales, siendo el niño con parálisis cerebral hijo único o el más pequeño de sus hermanos, en muchos casos.

Los padres rechazan los impedimentos de su hijo y lo manifiestan en cualquiera de dos formas: tomando una actitud de rechazo abierto o una actitud sobreprotectora (rechazo encubierto), o en algunos casos alternan ambas formas. Ante las expectativas de rehabilitación esperan demasiados o muy pocos avances de su hijo.

Los padres le proporcionan al niño demasiada ayuda dándole todo hecho y sin dejarle la oportunidad de que haga algo o es presionando a ejecutar tareas difíciles o imposibles para él, o bien, se le asignan tareas demasiado fáciles. Sus hermanos sienten celos de los cuidados y atenciones especiales que el recibe.

Ante todo esto, el niño con parálisis cerebral experimenta temor, sentimientos de culpa, de invalidez e inutilidad física y emocionalmente por lo que se retrae o agrede. Ante su minusvalía adopta una actitud según la gravedad de su problema, las características de su personalidad y la actitud que le muestran las personas que le rodea.

El niño necesita oportunidad para hacer algo, necesita mayor estimulación, el reconocimiento de parte de sus padres, a sus esfuerzos e intentos, así como premios y refuerzos a sus metas ya alcanzadas, necesita situaciones que además de estimulantes sean placenteras, que le permitan conocer el éxito y disfrutar la vida desde su infancia.

Área Educativa:

Educación Especial: el personal educativo-docente: pedagogos, educadoras, maestros, etc., de la Escuela de Educación Especial, aplicarán las técnicas pedagógicas para elaborar y aplicar programas educativos acordes a los problemas de aprendizaje y a las necesidades y posibilidades del niño con parálisis cerebral, considerando sus capacidades intelectuales y su discapacidad bio-psico-social.

Los objetivos principales de la educación especial son: desarrollar al máximo sus capacidades intelectuales, según el alcance de las mismas.

Los niños menos discapacitados, pueden posteriormente inscribirse en una escuela de clases ordinarias y obtener éxito en grupos de acuerdo al aprendizaje alcanzado.

No son recomendables en estos casos maestros particulares, por el corto tiempo, así como la falta de relación con los compañeros en el grupo escolar; lo que representa marginación social para el menor (Valdez 1988).

La educación es un derecho fundamental de todas las niñas y los niños, los adolescentes y jóvenes mexicanos. A lo largo de su historia, fundamentalmente durante el siglo XX, nuestro país, logró construir un sistema de educación que actualmente atiende alrededor de 30 millones de estudiantes, desde la educación básica hasta la superior y de posgrado. El 78.8% de esa matrícula está constituida por estudiantes que cursan la educación básica: un poco más de 24 millones de niñas, niños y adolescentes.

El rango de la escolaridad obligatoria se ha ido aumentando en los últimos años. Sin desconocer que aún existen grupos de población que no acceden a la escuela es muy importante subrayar que la educación primaria está muy cerca de alcanzar la cobertura total, existen altas tasas de cobertura en la educación preescolar (especialmente en el grupo de 4 a 5 años) y en la educación secundaria; aunque en estos dos últimos casos sigue haciendo falta una mayor inversión de recursos sociales para garantizar el acceso universal, primera condición de la justicia y equidad en educación. Pese a los desafíos y problemas que enfrenta actualmente es necesario reconocer y valorar a nuestro sistema educativo –su carácter nacional, público, democrático, gratuito y laico– como uno de los patrimonios sociales más importantes de nuestro país.

La educación, particularmente la educación básica, ha sido un instrumento para fomentar el progreso personal y social y para combatir la desigualdad social. Para que siga ejerciendo esas funciones y para que constituya efectivamente un motor del desarrollo de nuestro país, es indispensable –como punto de partida– reconocer los principales problemas y los desafíos que enfrenta hoy frente a las exigencias que plantean las transformaciones del mundo contemporáneo y los problemas sociales acumulados históricamente.

Al comenzar el siglo XXI nuestra educación enfrenta problemas graves que impiden que las niñas y los niños, y la juventud de este país ejerzan plenamente su derecho a una educación de calidad. Uno de los principales rasgos del sistema educativo que debe ser superado es el de la falta de equidad en la oferta de los servicios educativos. Al respecto, el Programa Nacional de Educación 2001-2006 reconoce que la búsqueda de justicia ha sido un propósito declarado de las políticas educativas desde tiempo atrás y que se han realizado esfuerzos para alcanzar una educación de calidad para todos, pero también advierte que el propio funcionamiento del sistema educativo ha sido un factor para reproducir la injusticia educativa.

A pesar de la expansión de la cobertura y del aumento del promedio de escolaridad de la población –que constituyen notables logros– no sólo no se ha alcanzado la justicia educativa sino que la brecha entre la población marginada y el resto de la población nacional ha crecido al paso del tiempo: mientras un sector de la población alcanza cada vez más altos grados de escolaridad subsisten sectores de población que no acceden a la educación básica o que desertan de la misma desde muy temprana edad.

El acceso universal a la escuela es la primera condición para asegurar la igualdad de oportunidades de aprendizaje y éxito educativo para toda la población. En este aspecto se manifiesta el primer rasgo de la injusticia educativa: la mayor proporción de las niñas y niños que han permanecido al margen de los servicios educativos se ubica en poblaciones indígenas o en poblaciones rurales aisladas; son integrantes de familias de jornaleros agrícolas migrantes, o niñas, niños, adolescentes y jóvenes que trabajan o viven en la calle. *En este mismo grupo se ubica a la población con alguna discapacidad que, en general, ha tenido menores posibilidades de acceder a los servicios educativos.*

La segunda condición de la justicia educativa es que todos, alumnas y alumnos, independientemente de su origen étnico, ambiente familiar de procedencia o características individuales, participen en experiencias educativas que propicien el desarrollo máximo posible de sus potencialidades; es decir, que dispongan de iguales oportunidades tomando en cuenta sus puntos de partida, sus características personales y sociales para alcanzar las metas fundamentales de la educación básica. Esta condición destaca el hecho de que el ingreso a la escuela, por sí misma, no

garantiza la justicia y la equidad en la educación: la población infantil y adolescente procedente de los sectores vulnerables de la población afronta, en general, mayores riesgos de fracaso escolar.

Por estas razones, en orden de prioridad, el primer objetivo estratégico de la educación básica nacional establecido en el Programa Nacional de Educación 2001-2006 es alcanzar la justicia educativa y la equidad, entendido en los siguientes términos.

Garantizar el derecho a la educación expresado como la igualdad de oportunidades para el acceso, la permanencia y el logro educativo de todos los niños y jóvenes del país en la educación básica.

Los esfuerzos de las personas con discapacidad, de sus familias, de las agencias que los apoyan, de los maestros y maestras, del personal de educación especial han promovido cambios en las actitudes sociales, en la legislación, en las oportunidades para el trabajo y en la educación. Sin embargo, subsisten problemas en la cobertura y distribución de los servicios y en la calidad de la atención que recibe la población infantil y adolescente. La educación es el mecanismo por excelencia para asegurar que las personas con discapacidad logren su plena incorporación a la vida social y el trabajo productivo; por esta razón es necesario actuar con urgencia para superar estos problemas.

En el Programa Nacional de Educación 2001-2006 se reconoce la necesidad de poner en marcha acciones decididas por parte de las autoridades educativas para atender a la población con discapacidad. Asimismo se establece como uno de los objetivos estratégicos de la política educativa es alcanzar la justicia y equidad educativas. Entre las líneas de acción destacan las siguientes: establecer el marco regulatorio –así como los mecanismos de seguimiento y evaluación– que habrá de normar los procesos de integración educativa en todas las escuelas de educación básica del país; garantizar la disponibilidad, para los maestros de educación básica, de los recursos de actualización y apoyos necesarios para asegurar la mejor atención de los niños y jóvenes que requieren de educación especial, y establecer lineamientos para la atención a niños y jóvenes con aptitudes sobresalientes.

Estas acciones tienen como antecedente los cambios promovidos en la orientación de los servicios de educación especial durante la década pasada, entre los cuales destaca el tránsito de la atención casi exclusivamente clínica y terapéutica, hacia una atención educativa cada vez más incluyente. En este proceso los servicios de educación especial han experimentado un proceso de transformación para conformarse, principalmente, como un servicio de apoyo a las escuelas de educación inicial y básica, en lugar de constituir un sistema paralelo.

Este proceso se impulsó de manera más precisa a partir de 1993, con la Ley General de Educación que en su artículo 41 señala que la educación especial propiciará la integración de los alumnos con discapacidad a los planteles de educación regular mediante la aplicación de métodos, técnicas y materiales específicos.

Además, establece que la educación especial procurará la satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva, a través de programas y materiales de apoyo específicos, de aquellos alumnos con discapacidad que no se integren a las escuelas de educación regular.

En el marco de estos cambios, nuestro país ha suscrito distintos convenios internacionales para promover la integración educativa, entre ellos, los acuerdos derivados de la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos en 1990 y la Declaración de Salamanca en 1994, los cuales constituyen uno de los principales fundamentos de este Programa.

El programa incluye un balance general de la situación actual de los servicios de educación especial y del proceso de integración educativa, establece las orientaciones centrales que habrán de seguirse para mejorar el funcionamiento de los servicios, tanto del que se presta en servicios escolarizados específicos como el que se presta mediante los servicios de apoyo, finalmente incluye los objetivos, las líneas de acción y las metas que deberán alcanzarse en el curso de esta administración.

Calidad de los servicios de Educación Especial

La reorientación de los servicios se impulsó de manera diferenciada en cada entidad, debido, entre otros factores, a la falta de normatividad nacional y a la ausencia de una coordinación nacional de los servicios. A la fecha existen escasos estudios acerca de la calidad de la atención que ofrecen los servicios de educación especial. Con base en la revisión realizada por las instancias estatales de educación especial, las organizaciones civiles, así como la información aportada por el proyecto de investigación e innovación.

Integración educativa, es posible señalar algunos de los principales rasgos que caracterizan este aspecto de los servicios:

Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER)

La Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER) se propuso en 1996 como la instancia técnico operativo de apoyo a la atención de los alumnos con necesidades educativas especiales, con y sin discapacidad, integrados a las escuelas de educación básica, mediante la orientación al personal docente y a los padres de familia.

En la actualidad se puede observar una gran diversidad de prácticas, que van desde la atención individualizada a los alumnos con necesidades educativas especiales (con y sin discapacidad) en el aula de apoyo sin mantener ningún contacto con el personal de la escuela y los padres de familia, hasta la asesoría general al personal docente y directivo de la escuela para elaborar proyectos escolares o institucionales.

Pese a que las acciones de actualización realizadas se han dirigido principalmente a esta modalidad se observan los problemas siguientes:

- a) Existen diversos criterios para definir el número de alumnos que debe atender una USAER; en muchos casos se mantiene como criterio el promedio que atendían los llamados grupos integrados (de 20 alumnos). Esta situación ha llevado al personal de educación especial a registrar alumnas y alumnos que no necesariamente requieren el

apoyo especializado o, en otros casos, se ha dejado de prestar el servicio a los alumnos que lo solicitan porque la cantidad supera a los 20.

b) En muchos casos, como lo muestran los datos estadísticos, prevalece la idea de que el personal de apoyo debe atender a los alumnos y alumnas que presentan rezago escolar. Así, aunque formalmente se atiende a un gran número de alumnos, no todos requieren el apoyo de un especialista; en algunas escuelas existe más de un maestro de apoyo, aunque a veces no haya un solo niño o niña con necesidades educativas especiales con discapacidad.

c) Los niños, las niñas y los jóvenes con aptitudes sobresalientes han dejado de recibir apoyos específicos, pues las USAER se han concentrado en la atención de los alumnos que presentan rezago escolar o dificultades en el aprendizaje.

d) En algunas escuelas se asignan al personal de educación especial algunas funciones propias del maestro adjunto o auxiliar, es decir, la atención de cualquier grupo para suplir al maestro titular, o tareas administrativas o de organización escolar, incluidas las festividades.

e) El ejercicio de la asesoría no siempre se concentra en la promoción de estrategias para la atención de niñas o niños con necesidades educativas especiales. Por ello, es frecuente que se entienda como asesoría pedagógica general, función que correspondería a los asesores técnicos de zona; incluso hay experiencias en las cuales se asume que el personal de educación especial es responsable de elaborar el proyecto escolar o de impartir clases “modelo” al personal docente.

f) Los cambios requeridos en las prácticas del equipo de apoyo (psicología, trabajo social y lenguaje) y el número de alumnos o planteles que deben atender ha contribuido a diluir sus funciones específicas. Por ejemplo, cuando la unidad atiende cinco centros, el equipo puede realizar hasta 30 visitas a una escuela durante el transcurso del ciclo escolar, pero este número se reduce cuando atiende un mayor número de escuelas y a veces sólo se realizan 10 visitas o menos, lo cual dificulta la atención y el seguimiento preciso. Además, en ocasiones no se cuenta con este personal y las escuelas se quedan sin apoyo.

g) En muchos casos, el personal de la USAER desconoce estrategias didácticas específicas para responder a las necesidades de los alumnos y las alumnas que presentan discapacidad, ante lo cual la opción ha sido promover la realización de algunos ajustes generales en la metodología de trabajo del maestro de grupo.

Centros de Atención Múltiple (CAM)

La conversión de los Centros de Intervención Temprana, de las escuelas de educación especial y de los Centros de Capacitación de Educación Especial a Centros de Atención Múltiple en 1996 implicó, como ya se ha señalado, cambios fundamentales:

a) De ser instituciones que trabajaban con currículos paralelos se convierten en centros educativos que deben trabajar con los planes y programas de educación inicial, preescolar y primaria general, así como con los de los Centros de Educación y Capacitación para el Trabajo Industrial (CECATI).

b) En general, las escuelas de educación especial estaban organizadas por área de atención. Al respecto, había escuelas para niños con discapacidad intelectual, para niños con discapacidad auditiva, para niños con discapacidad motora y para niños con discapacidad visual. La reorientación promovió que en un solo CAM se atendiera a alumnos y alumnas con diferentes discapacidades y que la formación de los grupos fuera por edad y no por área de atención.

De los 1,316 Centros de Atención Múltiple que existen en el país, 809 cuentan con la modalidad de educación inicial, 879 de educación preescolar, 1,125 de educación primaria y 546 la de capacitación laboral. El trabajo con el currículo común dentro de los CAM ha promovido situaciones como las que se mencionan a continuación:

a) Al trabajar con el currículo común se ha perdido de vista que muchos de los alumnos y alumnas que asisten a estos servicios requieren de atención específica según su discapacidad, atención que sólo personal especializado puede ofrecerles. Al respecto, el artículo 41 de la Ley General de Educación señala claramente esta posibilidad: “Para quienes no logren esa integración, esta educación [especial]

procurará la satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje para la autónoma convivencia social y productiva, para lo cual se elaborarán programas y materiales de apoyo didácticos necesarios”.

b) En muchas ocasiones la planeación del maestro está alejada totalmente de las necesidades y características de los alumnos. Así se presentan situaciones en las que algunos alumnos que supuestamente cursan el sexto grado no saben leer ni escribir, pero obtienen un certificado igual al de los alumnos que terminan este grado en una escuela primaria general, pues formalmente se trabaja con el currículo regular, aunque adaptado.

c) En los últimos años, en algunos CAM, se han rechazado a niños y niñas con discapacidad severa o múltiple, con el argumento de que por sus características no pueden acceder al currículo básico. Al no ser aceptados en un servicio escolarizado de educación especial, estas niñas o niños se quedan, prácticamente, sin opción educativa.

La atención educativa de alumnos o alumnas con diferentes discapacidades en un mismo grupo ha representado un reto no superado suficientemente. Los conocimientos, la preparación y la experiencia de los profesionales que laboran en los CAM se relacionaban con la atención de una sola discapacidad; además, la adopción del currículo general y el tránsito de un modelo clínico-terapéutico de atención a un modelo educativo implican un cambio de enorme magnitud que requiere no sólo actualización sino también acompañamiento permanente, condiciones que estuvieron ausentes en el proceso de reorientación.

Aunque los CAM se han reorganizado administrativamente, la reorientación de sus acciones sustantivas ha sido muy difícil, pues, a diferencia de los esfuerzos llevados a cabo para fortalecer el trabajo de las USAER, no se han realizado acciones significativas en el mismo sentido para los CAM. El personal que labora en ellos ha tenido que apropiarse de los apoyos ofrecidos para las USAER y ajustarlos a sus necesidades, lo que no siempre es posible.

Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar (CAPEP)

El propósito de estos centros es proporcionar servicios de evaluación y diagnóstico interdisciplinario a los alumnos de los jardines de niños oficiales que presenten problemas en su adaptación al proceso educativo, así como dar atención psicopedagógica a quienes muestren dificultades en el aprendizaje, en el lenguaje o en su desarrollo psicomotriz. Finalidad que surgió en 1996 como se ha citado con los servicios de educación especial.

En el proceso de reorientación de los servicios de educación especial, los CAPEP no tuvieron una participación directa, debido a que, con la federalización de los servicios educativos, estos centros siguieron a cargo de las instancias responsables de educación preescolar en cada entidad. La Conferencia Nacional: Atención Educativa a Menores con Necesidades educativas Especial. Equidad para la Diversidad señaló que los Centros de Atención Psicopedagógica de Educación Preescolar “son susceptibles” de reorientación para responder de manera congruente al imperativo de la integración educativa, aunque reconoce que, en el marco del federalismo educativo, “la determinación de su dependencia administrativa” es de competencia estatal.

Actualmente estos centros existen en 25 entidades: en 21 ofrecen apoyo tanto en sus propios edificios como dentro de los jardines de niños, en dos ofrecen servicio exclusivamente en sus edificios, y en otras dos el servicio se presta exclusivamente en los jardines de niños. En siete entidades, a partir de la federalización, estos servicios se sumaron a los de educación especial.

Los CAPEP comparten muchos rasgos del funcionamiento de otros servicios de educación especial entre otros, las diversas interpretaciones del proceso de integración educativa y de la función de los profesionales que prestan el servicio además de que existen fuertes reservas para integrarse administrativamente a los servicios de educación especial por el temor de perder recursos y, principalmente, de ser asignados a la atención de otros niveles educativos. Respecto a este último punto, debe señalarse que en las siete entidades en las que ocurrió la readscripción, el 100% del personal que

laboraba en CAPEP lo hace en USAER que atienden únicamente en el nivel de preescolar, y los derechos laborales han sido salvaguardados.

Pese a esta indefinición del servicio, la experiencia acumulada en la atención directa en los jardines de niños es muy rescatable. Los esfuerzos de los profesionales de los CAPEP por apoyar a las educadoras en su planeación, en sus observaciones o en su práctica cotidiana y al hacer adecuaciones curriculares se han visto reflejados en el reconocimiento que hacen padres de familia, directoras y las educadoras hacia el trabajo de los especialistas. Secretaría de Educación Pública, 2002. Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa, Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad; Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de las Personas con Discapacidad, Subcomisión de Educación.

CAPÍTULO III. PARÁLISIS CEREBRAL Y MALTRATO INFANTIL

Tipos de maltrato y contexto

Una de las preguntas pertinentes es si los menores con alguna discapacidad son vulnerables por igual a todo tipo de maltrato y en todos los contextos de desarrollo. Aunque algunos estudios encuentran que los menores con discapacidad sufren los mismos tipos de maltrato y en proporción similar al resto de la población infantil (Olivan, 2002), la mayoría de los estudios encuentran una mayor incidencia del abuso sexual, especialmente en menores con discapacidad intelectual. Por ejemplo, Sullivan y Cork (1996) detectan, en población estadounidense, un aumento en la incidencia de abuso sexual, en la incidencia del comportamiento negligente y en la incidencia de maltrato físico. En el estudio de Verdugo y cols. (1993) son detectados abuso sexual y sospechas de abuso, y Kennedy (1996) expone que dos de cada tres chicas y uno de cada tres chicos con discapacidad ha sufrido algún tipo de abuso sexual

En cuanto al contexto, hay que mencionar que la mayor parte de los casos de malos tratos a personas con discapacidad se produce en el entorno doméstico, al igual que ocurre en la población infantil sin discapacidad (Marge, 2003; National Center on Child Abuse and Neglect, 2003; Oliván, 2002; Sobsey, 1994; Sullivan y Knutson, 2000; Ticoll, 1994; Verdugo y cols., 1993).

Cuando hablamos de discapacidad, en niños estamos refiriéndonos a una gran diversidad de situaciones. El carácter físico, psíquico o sensorial de la discapacidad sitúa a los menores en contextos evolutivos muy diferentes. El aumento de incidencia del maltrato se produce en cualquier tipo de discapacidad aunque se ha observado que el abuso es mayor en discapacitados psíquicos que en otros tipos de discapacidad (Cooke y Standen, 2002). Por el contrario, parece no existir una mayor incidencia de situaciones de maltrato, ni familiar, ni escolar, ni entre iguales, en población con discapacidad visual. Otros estudios, como el de Oliván (2002), no apoya la hipótesis de una diferente distribución del riesgo de maltrato en función del tipo de discapacidad, poniendo especial atención en los factores de riesgo y las dificultades específicas en el

trabajo con menores con discapacidad intelectual, por el mayor riesgo y la mayor especificidad que esto requiere.

El maltrato de los menores con discapacidad

La infancia con discapacidad se ve afectada por los mismos factores de riesgo que la población infantil en general: la exclusión, el estrés de la familia, las dificultades económicas, el aislamiento social, los conflictos conyugales o la historia familiar de abuso en los padres, son factores, entre otros muchos, que aumentan el riesgo de estos menores a sufrir algún tipo de maltrato (Observatorio de Infancia, 2006). En éste último, es importante incluir el aspecto transgeneracional, es decir, la transmisión de estas pautas de crianza violenta de una generación a otra, es uno de los hallazgos más frecuentes entre los antecedentes de los adultos(as) maltratadores, que por lo general ha sufrido algún tipo de maltrato en su propia infancia, aunque no repitan el mismo tipo de violencia contra sus hijos/as (Irene V, Intebi, 2009) De hecho, la discapacidad no puede ser considerada por sí misma un factor desencadenante del maltrato si no se da en interacción con otras variables de riesgo como ocurre en la mayoría de estos menores cuando son maltratados (Olivan, 2002).

Junto a la incidencia de estas variables, se pueden detectar factores familiares, educativos y contextuales, así como los unidos a las necesidades especiales, que afectan específicamente a la población con discapacidad haciéndola más vulnerable al maltrato.

Los menores con discapacidad como víctimas de Maltrato Infantil

La infancia con discapacidad ha sido, y sigue siendo, la población cuyos derechos han sido más impunemente negados y violados a lo largo de la historia y en la mayoría de las culturas, y, con toda probabilidad, la más vulnerable a todo tipo de maltrato. El aislamiento en instituciones y el abandono familiar de los menores con discapacidad han sido ampliamente aceptados en nuestras sociedades. Si pensamos en otros

grupos que han sido vulnerables por cuestiones de raza, de sexo o de nacionalidad, los discapacitados han sido, dentro de estos colectivos, aquellos sobre los que ha recaído de manera más contundente el peso de la discriminación. El reconocimiento de los derechos de los niños y la preocupación por protegerlos han sido tardíos históricamente, pero cuando nos referimos a los menores con alguna discapacidad, la protección adecuada de sus derechos sigue siendo una asignatura pendiente (Morris, 1998).

La relación que existe entre maltrato infantil y discapacidad se ha documentado en tres direcciones básicas en los estudios dedicados a esta cuestión: el menor discapacitado como víctima del maltrato, la discapacidad como consecuencia del maltrato infantil y, por último, el discapacitado como actor del maltrato activo y pasivo hacia otros menores (Verdugo y Bermejo, 1995).

La revisión teórica se centrará en el menor discapacitado como víctima de maltrato. Considerando no menos importantes las otras dos direcciones de estudio que inciden paralelamente en el aumento de la vulnerabilidad de los propios menores con discapacidad.

En este sentido, es importante resaltar cómo un importante porcentaje de discapacitados lo son como consecuencia de distintas formas de maltrato en la infancia. Sobsey, (1994) sitúa éste porcentaje en el 14%, y se ha observado cómo esta relación se convierte en un círculo vicioso en el que el maltrato genera y agrava una discapacidad que paralelamente aumenta el riesgo de maltrato (Jandes, Diamond, 1985). Es el caso, por ejemplo, del maltrato prenatal. La negligencia en el seguimiento médico del embarazo o el consumo de sustancias tóxicas durante el mismo, reconocidos por los expertos como formas de maltrato (Observatorio de Infancia, 2006), pueden derivar en síndrome alcohólico fetal o en otros daños neurológicos y funcionales que derivan en discapacidad (Zelenko, Lock, Kraemer y Steiner, 2000). También se han documentado los efectos de la negligencia afectiva y del abandono temprano en la lentificación e incluso el estancamiento del desarrollo físico y psicológico del niño (Beckett y cols., 2003; Groza y Ryan, 2002) y, por supuesto, del

maltrato físico como generador de lesiones que pueden derivar en discapacidad (Sullivan y Knuston, 1998).

Por otro lado, se ha estudiado a los discapacitados como autores de maltrato infantil, que es la tercera vertiente de la revisión. Los enfoques teóricos como las investigaciones que se han centrado en estudiar al menor discapacitado como víctima de maltrato, tienden a encontrar que los niños con discapacidad tienen mayor vulnerabilidad frente a diversas formas de abuso (Crosse y cols., 1993; Marchant y Page, 1992; Sullivan y Cork, 1996; Sullivan y Knuston, 1998; Verdugo, Bermejo y Fuertes, 1993, Wescott y Cross, 1996).

Existen estudios de corte clínico, como el de Olivan (2002) que determina que el 5,56% de los 1.115 menores ingresados por malos tratos intrafamiliares en centros de atención en algunos lugares de Europa, tenían alguna discapacidad. Teniendo en cuenta que la población discapacitada supone un 10% de la población infantil, la sobrerrepresentación entre los menores maltratados podría ser indicativa de un menor riesgo de estos menores a sufrir alguna forma de maltrato, aunque, más probablemente, estemos ante la realidad de la falta de detección, de denuncia y de intervenciones protectoras frente al maltrato cuando el menor que lo sufre tiene una discapacidad.

Si acudimos a los estudios estadounidenses, más numerosos en este ámbito, encontramos un aumento del 1,7% en la incidencia del maltrato intrafamiliar en menores discapacitados frente al resto de los niños (Crosse y cols., 1993; Sullivan y Knutson, 1998).

La presencia de múltiples discapacidades aumenta, aún más, el riesgo de maltrato tanto activo como pasivo y además el riesgo de maltrato acompaña a esta población, no sólo a lo largo de la infancia, sino también en la vida adulta, especialmente cuando la discapacidad es psíquica (Cooke y Standen, 2002).

Si en los estudios sobre maltrato infantil se habla de que el maltrato detectado no es más que la punta del iceberg de una realidad más amplia (Morales y Costa, 1997), en el caso del maltrato a niños con discapacidad, las cifras disponibles pueden ser

consideradas aún menos representativas. Las mayores dificultades de detección de este tipo de maltrato (Mitchelli, Turbille y Trumbull, 1999), y el hecho de que en las estadísticas sobre maltrato infantil no se registre adecuadamente la posible discapacidad, hace que esta realidad sea invisible para la mayor parte de la sociedad y, por tanto, su prevención menos efectiva.

Factores de vulnerabilidad del niño con discapacidad

Existen cuestiones asociadas a la propia discapacidad que aumentan el riesgo de sufrir episodios de maltrato, dificultan el reconocimiento de los mismos por parte del menor, o dificultan que el menor pueda defenderse frente al maltrato o denunciarlo.

Entre los primeros factores encontramos que la mayor necesidad de atención en el cuidado físico o la higiene personal de muchos de los menores con discapacidad les coloca en situaciones propicias para el abuso sexual (American Academy of Pediatrics, 2001; Ellis y Hendry, 1998; Hernández y cols., 2002; Morris, 1998). De hecho, el riesgo aumenta con la cantidad, y la mayor intimidad, del cuidado necesitado por el niño (Briggs, 1996). Los menores, en muchos casos, se encuentran a cargo de personas diferentes, que cambian con cierta frecuencia, lo que, por un lado, aumenta la posibilidad de sufrir abuso y, reduce el estrés que tendría un solo cuidador y, por tanto, la probabilidad de maltrato intrafamiliar (American Academy of Pediatrics, 2001).

Además, al estar al cuidado de varias personas, especialmente si cambian con cierta frecuencia, dificulta que los menores puedan discriminar quién es un extraño debiendo permitir ciertos tipos de contacto y quién no lo es. Hernández y cols. (2002) exponen un programa de prevención del abuso sexual para discapacitados que necesitaron 10 sesiones de trabajo para distinguir un extraño de alguien que no lo era. Esta dificultad para establecer distancia y límites afectivos con los extraños pone en riesgo a los menores y dificulta el reconocimiento de determinadas conductas como inadecuadas o lesivas.

Por otro lado encontramos la dificultad del menor para establecer la frontera entre el propio cuerpo y el cuerpo del otro y, con ello, de distinguir lo que es un contacto físico normal de un contacto abusivo, no sólo en el ámbito del abuso sexual, sino también del maltrato físico y por lo tanto, les cuesta reconocer cuándo están siendo tratados de alguna dolencia y cuándo maltratados durante un tratamiento de rehabilitación o estimulación (American Academy of Pediatrics, 2001).

La dificultad para reconocer el abuso y el maltrato para estos menores, obstaculiza la detección y la denuncia de estas situaciones, considerándola por sí misma, una situación de riesgo. Esta dificultad puede generar en el maltratador cierta sensación de impunidad al pensar erróneamente que si la víctima no reconoce el abuso como tal, no será denunciado, sin generar algún daño, acto no reprochable ni contrario a su dignidad (American Academy of Pediatrics, 2001).

En tercer lugar, otra de las dificultades de los menores consiste tanto para oponerse al maltrato como para comunicarlo y denunciarlo. La mayoría de ellos tienen mayores dificultades físicas para oponerse. Existe además, en algunos menores, una mayor dificultad emocional para poner en riesgo una relación de la que se depende, o para oponerse a la autoridad cuando han sido educados en la sumisión, la dependencia y la obediencia (American Academy of Pediatrics, 2001).

La familia es un sistema vivo en constante evolución y desarrollo, ya sea por el contexto o bien por los individuos que la conforman, donde las personas nacen, crecen, se reproducen y mueren, pero a su paso van dejando huellas marcadas en la interacción con otros, las costumbres, los hábitos, las reglas, los vicios, se van transmitiendo de generación en generación. Al respecto Minuchin y Fishman (1993) mencionan:

"Contemplar a la familia en un lapso prolongado es observarla como un organismo que evoluciona con el tiempo... Esta entidad va aumentando su edad en estadios que influyen individualmente sobre cada uno de sus miembros, hasta que las dos células progenitoras decaen y mueren, al tiempo que otras reinician el ciclo de vida... el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución... evoluciona

hacia una complejidad creciente... El desarrollo de la familia transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad creciente" (pp. 34-36).

Así, para Minuchin (1986) la familia se desarrolla en el transcurso de cuatro etapas a lo largo de las cuales el sistema familiar sufre variaciones; los períodos de desarrollo pueden provocar transformaciones al sistema y un salto a una etapa nueva y más compleja.

Las etapas, reconocidas como el ciclo de vida, son:

- a) Formación de la pareja.
- b) La pareja con hijos pequeños.
- c) La familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes.
- d) La familia con hijos adultos.

Minuchin también señaló que cada etapa requiere de nuevas reglas de interacción familiar, tanto al interior como al exterior del sistema. Sin embargo, hay familias que pueden permanecer atoradas en una etapa, a pesar de que el sistema familiar requiere de una transformación ante nuevas situaciones como, por ejemplo, el nacimiento de un hijo (a) y su crecimiento, el ingreso al ámbito educativo formal, cambio de nivel escolar, cambio de escuela o el alejamiento del hogar por cuestiones de trabajo, por estudios, matrimonio, entre otros. Este estancamiento en alguna etapa del ciclo vital puede llevar a la disfuncionalidad familiar y manifestaciones sintomáticas.

No obstante, resulta difícil establecer etapas estándar para todas las familias, pero indudablemente hacerlo es una herramienta que le da sentido a todo trabajo con familias, sea el objetivo de éste la prevención, la intervención (tratamiento o terapia) o la investigación. Estrada (1987) señaló dos ventajas al considerar el ciclo vital de la familia: a) ofrece un instrumento de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico que permite llegar con menos tropiezos al diagnóstico y; b) brinda, la oportunidad de revisar casos clínicos dando la pauta para reconocer fenómenos similares en otras familias y que indican, también, las vías que conducen a la intervención terapéutica oportuna.

Minuchin, (1992) y cols. ha sistematizado algunas tipologías de funcionamiento familiar, por llamarlo de algún modo, que claramente suponen un funcionamiento patológico. Existen aportaciones que ejemplifican la disfunción familiar; la denominada familia aglutinada es un tipo de familia en la que se confunden los roles, las diferencias generacionales no son claras, todos los miembros están “apelotonados”, sin discriminación de entidades, sin respeto a las diferencias, sin la distancia adecuada, como lo indica la palabra misma, *aglutinada*, significa confusión de roles y funciones, no se da la autonomía, la comunicación y las interacciones invaden el mundo de cada miembro sin respetar la edad, la capacidad de tolerancia, la privacidad, el espacio que cada uno necesita; en ocasiones los niños tienen que hacerse cargo de emociones que no pueden comprender ni tolerar, lo confusional prevalece en el funcionamiento.

Factores familiares. En las familias que tienen hijos con alguna discapacidad podemos encontrar un aumento de las fuentes de estrés familiar, dificultad para acceder o capacitarse con recursos de afrontamiento adecuados y una mayor dificultad para evaluar la situación en términos positivos. Dificultades que predicen mayor riesgo de que la familia emprenda respuestas poco adaptativas como la negligencia o el maltrato.

En este sentido tener un hijo con una discapacidad aumenta las fuentes de estrés emocionales, físicas, económicas y sociales de las familias (Hernández y cols., 2002). Las necesidades especiales del niño disparan el nivel de demandas que tiene que afrontar la familia, y el estrés derivar en maltrato activo. Por otro lado es más fácil ser negligente con las necesidades del niño, porque son más y, en ocasiones, desconocidas para la propia familia (Hernández y cols., 2002). En definitiva, el aumento de las demandas que van unidas a la discapacidad aumenta el riesgo de maltrato, porque su desconocimiento puede conducir a la negligencia y su conocimiento a un aumento del estrés que favorece la agresión física (American Academy of Pediatrics, 2001).

La evaluación de la situación estresante en términos positivos también se ve dificultada en estas familias. En primer lugar, el desequilibrio entre las expectativas y la realidad se da desde el momento en que la familia conoce la discapacidad del niño. Cuanto mayor es el desequilibrio menor es la capacidad de la familia de regular cognitivamente

el estrés que proviene de las demandas especiales (Hernández y cols., 2002). Por último, es difícil para estas familias encontrar los recursos adecuados para afrontar los retos que presenta la crianza de los hijos; y apoyos sociales adecuados (Ammerman y cols., 1993).

Para algunos investigadores los problemas de conducta y rendimiento escolar del niño evidencian los conflictos de sus padres (Ruiz & Gallardo, 2002; Jadue, 2002). La modernización ha impactado en la estructura y función de las familias, afectando la socialización de los hijos y su educación (Jadue, 2003).

Factores educativos. El riesgo que viven los menores con discapacidad tiene relación con el tipo de educación en campos de la autonomía, y los afectos.

En primer lugar y acentuando el grado de dependencia de partida, muchos de estos niños son educados, tanto en la familia como en la escuela, para obedecer al adulto y someterse a sus indicaciones. Produciendo mayor dificultad para decir que no o fiarse de sus propios criterios (American Academy of Pediatrics, 2001; Hernández y cols., 2002).

En segundo lugar, en nuestra sociedad se ha tendido a negar la sexualidad del discapacitado e inútil hablar de ello, ésta carencia de educación sexual, u orientación a los menores no permite distinguir muestras de atención o de cariño apropiadas e inapropiadas (American Academy of Pediatrics, 2001; Hernández y cols. 2002) además de la escasez de programas de prevención.

Factores sociales. Por último, existen factores contextuales relacionados con la visión social sobre la discapacidad considerando a los menores como víctimas fáciles de cualquier tipo de maltrato persistiendo la infravaloración de la discapacidad, especialmente de las que tienen discapacidad intelectual (Ellis y Richard, 1998; Morris, 1998). Aun cuando son atendidos en sus síntomas, prestando credibilidad en su testimonio, en muchas ocasiones no se interviene por la falsa creencia de que el maltrato afecta menos a un menor con discapacidad intelectual porque no se entera o no se da cuenta (Briggs y Potter, 2004; Bailey 1998).

Algunas de las consecuencias negativas en el discapacitado en general es el aumento en la sensación de aislamiento, la pérdida de autoestima, la ansiedad, el miedo, y los sentimientos de incapacidad, vergüenza, depresión, culpa, frustración, miedo y estigmatización (Bayley, y cols. 1998) ,situaciones importantes entre alteraciones psicológicas y emocionales que atraviesa el menor relacionadas a su entorno, que dejan a estas personas en una situación de cierto aislamiento, lejos de la comunidad y de las fuentes de apoyo (Ellis y Hendry, 1998).

Refiriéndonos al entorno y contexto, cultural, como social de los menores dentro la comunidad escolar existe un problema actual de salud que ha ido en aumento que es la agresión y violencia entre los alumnos, siendo de tal intensidad, que ha provocado incidentes negativos en los niños , como dificultad en el aprendizaje y abandono de la escuela. Diferentes estudios informan que los episodios de agresión y/o violencia en las escuelas producen en los niños daños físicos y emocionales, estrés, desmotivación, ausentismo, y efectos negativos en el rendimiento escolar de los afectados (Gumpel & Meadan 2000, Verlinde, Hersen & Thomas 2000; Henao, 2005; Smifh & Thomas, 2000).

Las conductas de agresión y violencia alteran el ambiente escolar repercutiendo negativamente en el aprendizaje. Un buen clima escolar que favorece el aprendizaje estaría definido en tres factores: no violencia, ausencia de perturbaciones para estudiar y amistad (Ascorra, Arias & Graff, 2003).

Maltrato Institucional

Un tema que ha suscitado cierto interés actualmente, a pesar de lo arduo de su indagación ha sido el maltrato institucional. Se especula mucho en la literatura sobre su importancia y características, acentuando los análisis del sistema político-legal-administrativo que genera maltrato, y no analizando ese maltrato en base a su investigación en instituciones concretas y en las prácticas concretas de los profesionales que lo pueden generar. La dificultad de la investigación proviene de las posibles consecuencias que su detección y descripción traería para las personas que

deben de implicarse en su identificación. No obstante, para aquellos que conocen las instituciones de atención a personas con discapacidad desde la discapacidad física hasta personas ancianas, enfermos mentales y otras personas con discapacidad, tema de gran importancia (Verdugo, 2002).

El maltrato institucional supone la manifestación activa o pasiva que pone en peligro el bienestar físico o emocional del paciente. Sin embargo, podemos matizar esta definición haciendo una distinción entre maltrato menor y maltrato mayor. El primero alude a acciones como maltrato verbal, tirones de cabello, empujones y pellizcos; el segundo, se refiere a conducta sádica, exploración sexual, patadas, puñetazos u otras conductas que causen daño serio a los pacientes (Sundram, 1984). Además es preciso tener en cuenta la negligencia institucional entendida como una “condición en la cual el cuidador responsable, deliberadamente o por desatención, permite al niño experimentar un sufrimiento evitable y/o no le proporciona uno o más elementos esenciales para su desarrollo físico, intelectual o emocional” (Segull y Scheurer, 1986).

De acuerdo a otros autores (Whittaker, 1987) se pueden clasificar formas de maltrato a las que están sujetos los niños con discapacidad institucionalmente, de la siguiente manera: Abuso institucional, Negligencia institucional y Abrogación injusta de sus derechos. Algunos otros autores agregan categorías como Abuso en los programas (política extrema o injusta) y Abuso en el sistema (incapaz de garantizar la seguridad en el cuidado del niño).

Protección de los niños con discapacidad frente al maltrato

En éste campo aún encontramos ciertas barreras a la detección y denuncia de los niños tengan o no discapacidad. Algunas de estas barreras son la falta de formación de los profesionales que trabajan con menores, la falta de confianza en los indicios de maltrato, el miedo a represalias, poner en riesgo una relación de ayuda que se haya podido establecer con la familia maltratadora, y la falta de confianza en la acción de los servicios de protección para el niño (Micheli y cols., 1999).

Adicionalmente, los profesionales se encuentran con ciertas dificultades para distinguir los signos y síntomas del abuso de los que están causados por la propia discapacidad (American Academy of Pediatrics, 2001, Cooke y Standen, 2002) los golpes y moretones derivados de su inestabilidad motora.

También resulta difícil para algunos profesionales distinguir entre abuso y disciplina, que aumenta cuanto mayores son las dificultades de comunicación y de lenguaje del niño y, por tanto, más conductuales deben de ser las intervenciones educativas (Micheli y cols., 1999). Siendo por lo general, utilizados criterios de forma vaga sobre abuso, y las definiciones de negligencia aún más, encontramos que los profesionales a cargo de los menores no tienen la formación específica para aplicar estos parámetros cuando nos referimos a niños y niñas con necesidades especiales. Todo esto hace que el abuso no sea reconocido hasta que los síntomas son muy graves y el daño muy importante para el niño (Cooke y Standen, 2002).

CAPÍTULO IV. MÉTODO

Se ha estudiado como línea de investigación la relación existente entre maltrato infantil y discapacidad en tres vertientes:

- a. el menor con secuelas de parálisis cerebral como víctima de maltrato, como línea de investigación;
- b. la discapacidad como consecuencia del maltrato infantil y, por último,
- c. el discapacitado como actor del maltrato activo y pasivo hacia otros menores.

Objetivos:

Esta revisión teórica se centró en el menor con discapacidad por parálisis cerebral como víctima de maltrato. El *objetivo general* del presente trabajo consistió en conocer si: ¿Existe relación entre maltrato infantil y la discapacidad por parálisis cerebral, desde un punto de vista descriptivo?, en sus diferentes manifestaciones clínicas. Los *objetivos específicos* fueron:

Conocer cuáles son los indicadores de maltrato infantil,

- a) Identificar casos de maltrato infantil, en una muestra de niños de ambos sexos, con discapacidad por parálisis cerebral y
- b) Reconocer los principales indicadores de maltrato en los casos propuestos para estudio.

Los indicadores clínicos que se consideraron:

- a) La disfuncionalidad en la relación de pareja, como factor de riesgo en la aparición del maltrato infantil, en niños con parálisis cerebral.
- b) Los antecedentes de maltrato infantil de los padres, como factor de riesgo, de los niños con parálisis cerebral.

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio *documental, descriptivo*

Sujetos. En una muestra de 30 niños Los criterios de inclusión fueron: niños de ambos sexos, entre los 6 y 12 años de edad, con diagnóstico de Parálisis Cerebral en sus diversas tipologías, que recibieron educación en escuela regular o educación especial de acuerdo a sus características curriculares; con disfunción familiar en las historias clínicas caracterizadas por presentar indicadores de riesgo de sufrir o padecer algún tipo de maltrato; mientras que los criterios de exclusión fueron aquellos que no tuvieron el diagnóstico de parálisis cerebral, sin antecedentes escolares, no cumplir con la edad especificada.

De la información obtenida de los expedientes en una base de datos con dicho diagnóstico, se realizó un análisis de datos por cada caso mediante la sospecha que presentaban maltrato infantil, poniendo especial atención en las repercusiones psicológicas y en el proceso del desarrollo emocional del menor; existiendo factores de riesgo en el entorno psicosocial del niño, desde el sistema familiar, y su relación con los responsables, tutores o cuidadores.

Instrumento:

Se elaboró una lista de 50 indicadores de maltrato infantil a través de un análisis de artículos y trabajos hospitalarios profesionales en tema de sospecha con fin de identificar clínica y psico-socialmente datos más confiables de menores que padecen maltrato; así como aportar más elementos para facilitar su estudio. El resultado de cada caso: presente-ausente (si o no), obteniendo al final el total de aquellos indicadores que fueron los más frecuentes y posteriormente se analizaron los resultados.

Escenario:

En el Instituto Nacional de Rehabilitación, en el ejercicio cotidiano en lo referente a la Evaluación de niños escolares con diagnóstico de Parálisis Cerebral en sus diversas clasificaciones con apoyo de valiosas herramientas clínicas, principalmente de la entrevista, del cúmulo de datos, e información obtenidos de cada sesión, como de la

observación a lo largo de la evaluación del paciente, así como la función del sistema familiar explorando entre otros aspectos la relación de pareja, ha permitido a través del estudio y revisión de los casos, reconocer y detectar indicadores de riesgo que potencializan la probabilidad del maltrato infantil, como son con mayor frecuencia, el abandono físico y emocional, la negligencia, abuso sexual, maltrato prenatal, y el conocido Síndrome de Munchausen; especialmente en niños que presentan discapacidad.

Procedimiento:

El estudio de casos se realizó con los expedientes clínicos en el Instituto Nacional de Rehabilitación seleccionando aquellos en los que aparece la posible sospecha de maltrato infantil; inicialmente sobre una base de datos con menores de la edad ya citada, con diagnóstico de Parálisis Cerebral realizando un análisis de la historia clínica de cada paciente obteniendo la muestra de los 30 niños pasando el filtro de estudio antes mencionado , principalmente de los elementos que sugieren o indican la existencia de maltrato hacia los menores utilizando instrumento y materiales de acuerdo a los autores estudiados inmersos en este tema, en nuestro país Ampudia y colaboradores, (2009), en España Olivan Gonzalvo, (2002) y Sabaté Rotes, (2009) y Miguel Ángel Verdugo; (1999), en la Habana la Dra. Calzada Reyes, (2004).

La revisión se realizó en base a una investigación documental, y descriptiva para analizar los resultados obtenidos de las historias clínicas de expedientes de los casos seleccionados en relación al maltrato infantil. Los resultados son expuestos en gráficas y tablas para mayor objetividad.

CAPÍTULO V. RESULTADOS

Se incluyeron 30 niños de ambos sexos, con educación regular o especial con diagnóstico de parálisis cerebral, que presentaron datos y/o sospecha de maltrato a través de la revisión y análisis documental de las historias clínicas reuniendo indicadores frecuentes en la aparición de maltrato infantil. Se encontró que las edades de los niños oscilaban entre los 6, y los 12 años; el 80% pertenecían al sexo masculino; en cuanto a la escolaridad el 52% tenían de 5° o 6° de primaria, y otros recibían educación especial.

Por otro lado se encontró en los casos analizados el predominio del diagnóstico de parálisis cerebral con cuadriparesia y diparesia con el 26 % y el 20% respectivamente.

Distribución de casos por edad

Se analizaron 30 participantes de los cuales el 43.33% tenían una edad comprendida entre los 10 años un mes a los 12 años de edad (Cuadro 1).

Cuadro 1. Edad

Edad	f	fr (%)
6 a 8 años	7	23.33
8.1 a 10 años	10	33.33
10.1 a 12 años	13	43.33
TOTAL	30	100

Distribución de casos por sexo

Cerca del 80% pertenecían al sexo masculino (Cuadro 2).

Cuadro 2. Sexo

Sexo	f	fr (%)
Femenino	7	23.33
Masculino	23	76.66
TOTAL	30	100

Distribución de casos por escolaridad

De la muestra estudiada el 52% tienen 5° y 6° año de primaria, y otros acuden a Centros de Atención Múltiple (CAM) (Cuadro 3).

Cuadro 3. Escolaridad

Escolaridad	f	fr (%)
1 ° y 2°	5	16.66
3° y 4°	4	13.33
5° y 6°	8	26.66
CAM	8	26.66
S/Escolaridad	5	16.66
TOTAL	30	100

Distribución de casos según diagnóstico

En los casos analizados se encontró el predominio de cuadriparesia y diparesia con el 26 y el 20% respectivamente; (Cuadro 4).

Cuadro 4. Diagnóstico

Diagnóstico	f	fr (%)
P. C. Cuadriparesia	8	26.66
P. C. mixta	1	3.33
Hemiparesia der.	4	13.33
Hemiparesia izq.	3	10
P. C. Bilateral	1	3.33
P. C. espástica	5	16.66
P. C. diparesia	6	20
P. C. de custodia	2	6.66
TOTAL	30	100

En la muestra seleccionada para el análisis de los casos clínicos los menores tienen en común diagnóstico de parálisis cerebral. Las siguientes características relacionadas

con los indicadores de riesgo de maltrato infantil se detectaron la presencia o ausencia en cada caso.

Se utilizó un listado de cincuenta indicadores entre ellos de las diferentes tipologías, tales como abandono físico o negligencia, psicológico o emocional, maltrato prenatal (antecedentes de riesgo), síndrome de Munchausen por poderes y maltrato sexual, entre otros (Cuadro 5).

De los casos revisados aparecen con las mayores frecuencias, situaciones particulares de los menores relacionadas con su propia percepción, autoestima, como de su entorno familiar y social. Es frecuente encontrar disfuncionalidad (abandono, falta de manutención, negación de la condición del menor) en la relación de pareja, o el núcleo familiar está formado por uno solo de los padres (monoparental) y él o los menores que con frecuencia cohabitan con la familia extensa; así como conflictos en la dinámica familiar; falta de atención e interés sobre información relacionada con la alimentación, horarios, sueño, dispensa de medicación, como apoyo en tareas escolares o conocer de forma parcial ésta. Los miembros de la familia habitualmente acuden a servicios de urgencias, sin utilizar atención médica primaria.

Otros de los indicadores encontrados en los casos es la sobreprotección hacia el menor con parálisis cerebral que se caracteriza por limitar la independencia y el desarrollo adecuado del niño. Es frecuente que el menor muestre incapacidad para confiar y querer a otros, teniendo actitudes dirigidas a llamar la atención, conviviendo habitualmente con familiares o amigos, y escaso tiempo con los padres biológicos; refiriendo comportamiento del menor como incontrolable.

También se encontraron indicadores donde los padres exigen conductas por encima de sus capacidades físicas, intelectuales y psicológicas, por lo que se sospecha no han aceptado o la niegan.

Es peculiar encontrar problemas de aprendizaje y lecto-escritura, derivando bajo rendimiento y ausentismo escolar, necesidad de apoyo en el marco educativo creando situaciones de estrés familiar, como factor de riesgo; ésta exigencia escolar genera conductas de miedo, ansiedad, enojo, culpa y desconfianza, con dificultad para

relacionarse con sus compañeros; como alteraciones de trastornos de sueño y apetito. Entre otras se hipotetizan retrasos en talla y peso, problemas psicomotores, recurrencia de enfermedades, e ingresos hospitalarios frecuentes sin explicaciones lógicas; situación que es importante corroborar en los historiales médicos de los menores.

Las condiciones de la vivienda en la que residen las familias no resultan ser habitables y de superficie necesaria para sus miembros (asiamiento).

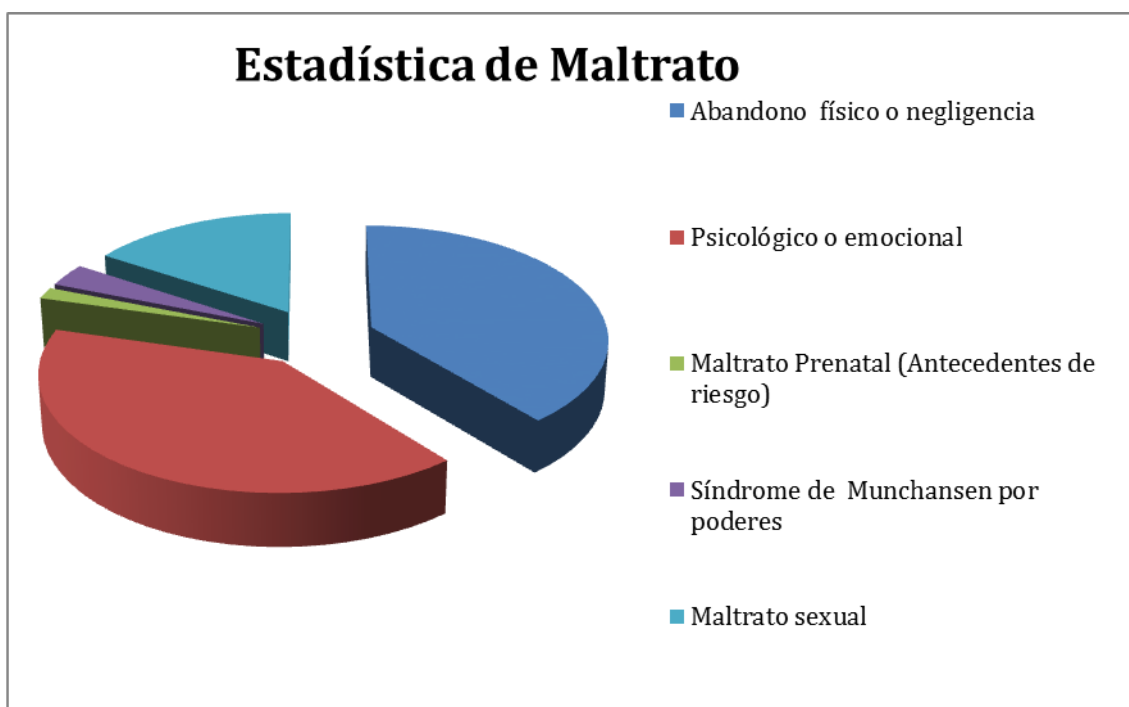
Los padres consideran al castigo físico como una forma de educación, derivado de cultura transgeneracional en relación a la falta de oportunidades y por lo tanto a la búsqueda de alternativas. Como sostiene Irene V. Intebi, (2009), en relación al tema "las familias que maltratan"; el maltrato infantil es consecuencia de disfunciones familiares severas, crónicas y transgeneracionales en donde los miembros de la familia asumen diferentes roles: desde un rol activo (maltratador) hasta roles de complicidad, encubrimiento y/o instigación. Estos roles pueden no ser fijos y modificarse con el tiempo.

La revisión cualitativa de estos factores de riesgo, arroja de forma importante en muchos de los casos irregularidad e inconstancia ante el tratamiento del menor, con actitud de poco interés por parte de los padres o responsables.

Es importante reconocer que la presencia de estos indicadores son factores de riesgo en la aparición de maltrato infantil.

Cuadro. 5. Estadística de maltrato con la frecuencia de los indicadores. Con mayor prevalencia el abandono físico y negligencia, como el psicológico o emocional.

Tipos de maltrato	N	%
Abandono físico o negligencia	21	42%
Psicológico o emocional	17	34%
Maltrato prenatal (Antecedentes de riesgo)	2	4%
Síndrome de Munchansen por poderes	2	4%
Maltrato sexual	8	16%
TOTAL	50	100%

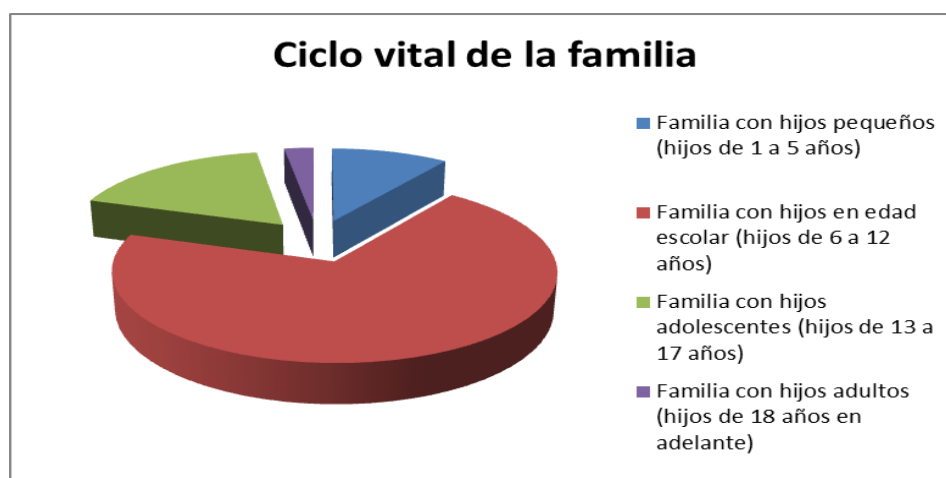


Gráfica A. Estadística de los tipos de maltrato.

En lo referente a las familias de los menores con factores de riesgo, son frecuentes las de tipo uniparental, caracterizadas por la presencia de solo una figura primaria, sea la paterna o materna u otro tutor o responsable como cuidador, de presentar situaciones de maltrato infantil, especialmente cuando éstas cohabitan con la familias extensas donde el grupo está formado por otros adultos, como tíos, primos, o conocidos de la familia que elevan la presencia y riesgo de maltrato sexual, más difícil de detectar por el miedo y la vergüenza implicados en estos casos.

Cuadro. 6. Ciclo vital de la familia. La mayor recurrencia corresponde a edad escolar, por el tipo de muestra seleccionada

Etapas	No. de casos
Familia con hijos pequeños (hijos de 1 a 5 años)	4
Familia con hijos en edad escolar (hijos de 6 a 12 años)	28
Familia con hijos adolescentes (hijos de 13 a 17 años)	7
Familia con hijos adultos (hijos de 18 años en adelante)	1



Gráfica. B. Etapas del ciclo familiar. Mayor en edad escolar por el tipo de población seleccionada.

De la muestra observada; por crianza, se les ubica en la etapa de los niños en edad escolar, que corresponde a las edades de entre seis y doce años de edad, véase cuadro 6, y gráfica B.

Referente a la crianza como afirma Ostrov, (2006) es más importante la calidad que la cantidad del tiempo que se dedica a la crianza de los hijos, porque puede lograr una constancia en las prácticas encaminadas a dicho fin; la sociedad en su conjunto debe reconocer las conductas de crianza anómalas, con el fin de prevenir y orientar como acciones para la intervención.

Entre otras observaciones existen indicadores de los casos clínicos que sugieren o reflejan la actitud de las familias ante la discapacidad, como problemas relacionados con la atención del menor. Los miembros de la familia están dispuestos e intentan diversas soluciones. Satisfacción acerca del tratamiento siguiendo indicaciones profesionales.

En los grupos familiares que presentan mayores frecuencias de indicadores o factores de riesgo, a través de la información que ofrecen los casos clínicos es posible detectar aquellas familias que no poseen recursos personales, formativos, para posibilitar una intervención dirigida a generar cambios favorables.

Lo anterior permite de forma general, estimar la conciencia de la situación de maltrato, como el potencial de cambio de las familias.

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De la revisión de expedientes del INR con población de niños en edad escolar y PC, y de la selección de 30 casos que tuvieron datos de “sospecha” de maltrato infantil, se realizó este estudio documental y descriptivo. En dicho análisis, se encontró una mayor frecuencia de maltrato psicológico y emocional, seguido de abandono físico o negligencia y en tercer lugar el abuso sexual respectivamente; los datos obtenidos muestran que existe relación entre el maltrato infantil y la discapacidad por parálisis cerebral, por lo que se acepta la hipótesis de trabajo que hace referencia al conocimiento de dicha relación de forma descriptiva. Tema ya estudiado por Verdugo y Bermejo, desde 1995, documentado y dirigido al estudio del menor con discapacidad como víctima de maltrato; como expertos dedicados a reconocer las diferentes formas de maltrato del Observatorio de la Infancia, (2006).

Los datos también arrojan que existe relación entre la disfuncionalidad en la relación de pareja, y el maltrato infantil en los niños con discapacidad por parálisis cerebral. En lo referente a éste tema, hay que mencionar que la mayor parte de los casos de malos tratos a personas con discapacidad se produce en el entorno familiar, al igual que ocurre en la población infantil sin discapacidad; como mencionan Oliván, (2002); Sobsey, (1994); Sullivan y Knutson, (2000); Verdugo y cols., (1993) ya que el contexto familiar es determinante en cuanto a las formas de establecer las reglas y límites, y al no existir estabilidad en la pareja lleva al maltrato del niño.

Es importante señalar la relación entre la disfuncionalidad de la pareja, y el entorno doméstico como detonador precisamente del maltrato a los menores.

Otro aspecto que desencadena el maltrato infantil en los niños con discapacidad por parálisis cerebral, son los antecedentes de los padres de haber padecido diferentes

tipos de maltrato en su infancia; que de acuerdo a la teoría de la reproducción social, que sostiene que el haber sido víctima de maltrato infantil en la familia puede ser un factor de riesgo para convertirse en agresor en la edad adulta (transmisión intergeneracional del maltrato). Corroborado también en los estudios de Powell, Cheng y Egeland, (1995) y de Green, (1998); quienes indican que entre un 20% y un 30% de las víctimas de maltrato serán violentas en el futuro.

Considerados ambos, disfuncionalidad de pareja y a su vez, haber sido víctimas de maltrato en la propia infancia, como indicadores clínicos en los casos estudiados.

Se cubrieron los objetivos de conocer los indicadores de maltrato infantil; al identificar casos de maltrato infantil y reconocer en éstos situación de riesgo a fin de prevenirla.

Estos tres aspectos son factores de riesgo, que aumentan la posibilidad de maltrato a los menores con parálisis cerebral; cabe señalar que los indicadores de maltrato coinciden en los efectos negativos respecto a los déficits emocionales, conductuales y socio-cognitivos que originan, como afirman autores como Arruabarrena, De Paul en 1999. Y con el presente estudio se corroboran tales consecuencias que resultan nocivas para la salud mental y psicológica del niño, en un medio desprovisto de seguridad.

Además del constante estrés que vive la familia derivado de la discapacidad, que potencializa el riesgo del maltrato, situación que al ser constante eleva las fuentes de tensión, los autores Hill, (1949), McCubbin y Paterson, (1983); McCubbin, Thompson y Former, (1998). Sostienen que las familias que tienen hijos con alguna discapacidad, se puede encontrar un aumento en el estrés familiar, una dificultad para acceder o capacitarse con recursos de afrontamiento adecuados y una mayor dificultad para evaluar la situación en términos positivos, y predicen un mayor riesgo de que la familia emprenda respuestas poco adaptativas como la negligencia o el maltrato, según los

modelos de estrés y afrontamiento familiar; como fue revisado y analizado en los casos de los niños con discapacidad por parálisis cerebral donde el grupo familiar con frecuencia se ve inmerso en crisis por el nivel de demandas, derivando en maltrato activo.

El tipo de familia que predomina, en situación de maltrato en sus diferentes formas, es la uniparental, donde el menor cohabita con uno solo de los padres, tutores o responsables que generalmente es la madre asumiendo todas las responsabilidades lo que a menudo representa presión por las exigencias del trabajo, la economía ante las necesidades del hogar; seguido es conflictual la familia extensa, donde el menor convive con abuelos, tíos, primos en condiciones de hacinamiento; donde en ambas familias el padre se desatendió por completo, abandonando al menor, etc.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una limitante de las familias es la falta de recursos psicológicos, educativos y culturales para posibilitar la intervención encaminada a favorecer cambios en beneficio de los miembros de la familia.

Es importante considerar la intervención psicológica de forma individual o familiar para abordar los vínculos intrafamiliares, las relaciones afectivas de forma integral, tanto de los padres ante la realidad de la discapacidad como del paciente identificado.

Se requieren de más herramientas que permitan la detección del maltrato diseñados en México.

Valorar profesionalmente el grado de conciencia de la situación de maltrato, como el potencial de cambio de las familias; ya que en ambos casos, son elementos útiles para determinar el tipo de intervención que requiere la familia, como el menor en tratamiento, evitando en lo posible las secuelas psicológicas del daño. Considerando los niveles de intervención puede trabajarse con apoyo a las figuras parentales, apoyo a los niños, niñas, como refuerzo de la red de apoyo hacia la familia.

La disfunción familiar aunada a la falta de redes sociales de apoyo, dificultan la intervención terapéutica en pro de un sano desarrollo familiar.

Hallazgos similares son sugeridos en los estudios de Goldman y Terceiro (2004) y Loredó, Trejo y García (2009).

REFERENCIAS

- Ammerman, R.T., et.al. (1989). Abuse and neglect in psychiatrically hospitalized multihandicapped children. *Child Abuse and Neglect*, 13, 335-343.
- Ampudia, A., Santaella, G. y Eguía, S. (2009). *Guía Clínica para la Evaluación y Diagnóstico del Maltrato Infantil*. México: Manual Moderno.
- Arruabarrena, M.I. (2001). Evaluación y Tratamiento familiar. En J. De Paúl y M. I. Arruabarrena: *Manual de protección infantil* (2ª ed.) (pp. 297-340). Barcelona: Masson.
- Arruabarrena, M.I. y De Paúl, J (1994). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Arruabarrena, M.I. y De Paúl, J. (2002).Evaluación de un programa de tratamiento para familias con problemas de maltrato/ abandono infantil y familias alto riesgo. *Intervención Psicosocial*, 11, 213-228
- Avilez, A. (2000). Ley Orgánica para la protección del niño y del adolescente. México.
- Berástegui, A., Gómez, B. (2006). Menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. *Intervención psicosocial*, 15(3), 293-306.
- Calzada, R.A. (2004) Algunos aspectos de interés sobre la violencia y el maltrato infantil. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 20(5-6).
- Centro Caren. Neurorehabilitación, (2009). *Parálisis cerebral infantil*. Recuperado de <http://www.neurorehabilitacion.com/hidrocefalia.htm>
- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (2002). *Maltrato infantil en la familia*, España (1997-1998). Valencia: Centro Reina Sofía.

- Cerezo, M.A., Dolz, L., Pons-Salvador, G. y Cantero, M.J. (1999). Prevención de maltrato en infantes: evaluación del impacto de un programa en el desarrollo de los niños. *Anales de Psicología*, 15, 239-250.
- Cervantes, V., Pozo, A., Hernández, T. (2005). Maltrato infantil. Su prevención y tratamiento en el discapacitado. *Revista Ciencias*.
- Cid, H.P., Díaz, M.A., Pérez, M.V., Torruela, P.M., Valderrama, A.M. (2008). Agresión y violencia en la escuela como factor de riesgo del aprendizaje escolar. *Revista Ciencia y Enfermería*. XVI (2), 21-30.
- Conejero Casares J.A. Rehabilitación neuro-ortopédica infantil. En: Miranda Mayordomo JL. Rehabilitación médica. Madrid: Aula médica, 2004. P.359-71.
- Consejo de Salubridad General (2009). *Evaluación Diagnóstica del niño con Parálisis Cerebral en el Tercer nivel de atención*. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de agosto de 2011, publicaciones administrativas contables jurídicas.
- Crespo, B.A., A.I., Fernández, C.G., Perea, C.J. (1996). Niño Maltratado. *Revista Cubana Pediátrica*. 68(3) 188-192.
- Díaz, J., Gómez, J (2006) *Maltrato infantil: Detección notificación y registro de casos*. Consejería de Servicios Sociales. Madrid: Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones.
- Díaz, J.A., Casado, J., García, E., Ruiz, M.A., Gómez, J.E (2001). *Atención al maltrato infantil desde servicios sociales*. Madrid: Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones.
- Eguren, P. Gutiérrez, H. Herrero, M.I. y López, J.L. (2006). Maltrato y discapacidad visual. *Psicología Educativa* 12(1).

- Fontana, V. (1979). En defensa del niño maltratado: México, D. F.; Editorial Pax.
- Francia, R. (2003). Maltrato infantil. Un problema de todos. *Revista Cubana Medicina General Integral*. 19(1).
- Goldman, A., Terceiro, D (2004). Maltrato infantil. Fundación MI, para el desarrollo de la medicina familiar y la atención primaria de la salud. 1-21.
- Herrera, B.E. (1999). Indicadores para la detección de maltrato en niños. *Salud pública de México*. 41(5), 420-425.
- Horno, P.; Santos, A., Del Molino, C. (2002). *Abuso Sexual infantil. Manual de formación para profesionales*. Madrid: Save the Children.
- <http://www.serviciosocialescantabria.org/pdf/infancia/sospechasAbusoInfantil.pdf>.
- Instituto Madrileño del Menor y la Familia (2001) Atención al maltrato infantil desde salud mental*. Recuperado de <http://www.madrid.org>.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (2004). *Las personas con discapacidad en México: Una visión censal*. México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (2013). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de las personas con discapacidad*. México.
- Intebi I.V. (2009). *Intervención en casos de maltrato infantil*. Cantabria: Dirección General de Políticas Sociales.
- Intebi, I.V. (2008). *Intervención Valoración de sospechas de abuso sexual*. Colección Documentos técnicos 01. Dirección General de Políticas Sociales, Gobierno de Cantabria.
- Juárez, J.R. (2006). El menor como testigo: Fundamentos y técnicas. En M.A. Soria y D. Sáinz: *Psicología criminal* (pp. 163-187). Madrid: Pearson Educación.

- Kempe, C.H., Silverman, F.N., Steele, B.F. Droegemueller, W. y Silver H.K. (1962). The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, 105-12.
- Kempe, R.S., Kempe, H.C. (1985), Niños maltratados. 3ra. ed. Madrid: Morata.
- Loredo, A.A., García, P.C., Perea, M.A. (2009). La discapacidad y su asociación con maltrato infantil. *Clínica de atención integral al niño maltratado. Acta Pediátrica de México*. 30(6), 322-326.
- Loredo, A.A., Perea, M.A. (2007). Negligencia o pobreza. *Acta Pediátrica de México*. 28(5), 193-197.
- Loredo, A.A., Trejo, H., García, P.C. (2009). Clínica de Atención Integral al niño maltratado: Implementación de una estrategia de aplicación nacional en investigación, docencia y asistencia. *Instituto Nacional de Pediatría, S. S. México*. 66, 283-291.
- Lorente, H. (2007). La Parálisis Cerebral. Actualización del concepto, diagnóstico y tratamiento. *Unidad de Neuropediatría. Servicio de Pediatría. XI (8)*, 687-698.
- Marge, D.K. (2003). *A call to action: Ending crimes of violence against children and adults with disabilities*. Syracuse: SUNY Upstate Medical University.
- Minuchin, S. (1977). *Familias y Terapia familiar*. Barcelona: Granica.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S. y Nichols, M.P. (1992). *La recuperación de la familia: relatos de esperanza y recuperación*. Barcelona: Paidós.
- Oliván, G. (2002). Maltrato en niños con discapacidades: Características y factores de riesgo. *Acta Pediátrica. Servicios de Pediatría y Adolescencia*. 56(3), 219-223.

- Oliván, G. (2005). Prevenir la violencia en niños discapacitados. *Acta Pediátrica. Servicios de Pediatría y Adolescencia*. 62(2), 153-157.
- Palacios, J., Jiménez J., Moreno, M. C., Oliva, y Saldaña, D. (1995). Frecuencia de los Malos tratos en la infancia. En: Gómez de Terreros I, ed. *Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil* (pp. 95-119). Granada: Comares.
- Pera, M.A., Loredó, A.A., Trejo, H., Báez, .M.V., Monrroy, V.A., Venteño, J.A. (2001). El maltrato al menor: Propuesta de una definición integral. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 58(4), 251-258.
- Pinheiro, P.S. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington D. C.
- Ramírez A.V. La poca fuerza familiar como factores de riesgo para el maltrato infantil. Tesis de Terminación de la Maestría en Psiquiatría Social. 1999).
- Rodrigo, M.J., Maíquez, M.L., Martín, J.C. y Byrne, S. (2008). *Preservación familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, G., Rodrigo, M.J., Correa, A., Martín, J.C. y Maíquez, M.L. (2004). Evaluación del programa "Apoyo personal y familiar" para madres y padres en situación de riesgo psicosocial. *Infancia y Aprendizaje*, 27, 437-446.
- Sabaté, A., Sancosmed, M., Cebrian, R., Canet, M. y Martín, M. (2009). Sospecha de Maltrato Infantil en urgencias pediátricas. *Anales de Pediatría. Asociación Española de Pediatría*. 71(1) 60-63.
- Santana, T.R., Sánchez, A.R., Herrera, B.E. (1998) El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública México*, 40(1), 1-8.
- Secretaría de Educación Pública. Subsecretaría de Educación Básica y Normal (2002). Representación para la Promoción de Integración Social para Personas con Discapacidad. Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de las Personas con Discapacidad. Subcomisión de Educación.

Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa.

Sullivan, P.M. y Knutson J.F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse and Neglect*, 24, 1257-1273.

UNICEF (2006). Derecho a la Participación de los niños, niñas y adolescentes: Guía Práctica para su aplicación. República Dominicana: 3ª. Edición: Santo Domingo.

Valdez, J. (1998). *Enfoque Integral de la Parálisis Cerebral para su Diagnóstico y Tratamiento*. México: La Prensa Médica Mexicana.

Vergara, M.A. (Dir.), *Personas con discapacidad. Perspectivas, psicopedagógicas y rehabilitatorias* (pp. 873-924). Madrid: Siglo XXI.

Zelenko, M., Lock, J., Kraemer, H.C. Steiner, H. (2000). Perinatal complications and child abuse in a poverty simple. *Child Abuse and Neglect*, 24 (7): 939-950.

ANEXOS

LA LEY EN MEXICO CONTEMPLA AL MALTRATO INFANTIL COMO UN DELITO:

Reformas y adiciones al artículo 4 constitucional

El 7 de abril del 2000, se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las reformas y adiciones al artículo 4 constitucional en su último párrafo, el cual establece que:

“Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación, y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

Los ascendientes, tutores, y custodios tienen el deber de preservar estos derechos. El Estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos.

Ley para la protección de los Derechos de Niñas, Niños y adolescentes

Derivado de esta reforma el 29 de mayo del 2000, se publicó la Ley para la protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que en material de maltrato infantil establece:

- *Como principio rector el derecho a tener un vida libre de violencia (Art.3 inciso E).*
- *Como obligaciones de los ascendientes o tutores, protegerlos contra toda forma de maltrato. Estableciendo que la patria potestad y la guarda y custodia no podrán ejercerse atentando contra su integridad física o mental (Art. 10 inciso B).*

En caso del incumplimiento de las disposiciones anteriores, sin perjuicio de lo previsto en otras leyes, se aplicará multa hasta 500 días de salario mínimo y en caso de reincidencia, arresto administrativo hasta por 36 horas (Art.52 y 53).

Ley de los Derechos de la Niñas y los Niños en el Distrito Federal

Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal 31 de enero de 2000, la Ley contempla diversas disposiciones en materia de maltrato infantil.

Define el maltrato físico como: Todo acto de agresión que cause daño a la integridad física de las niñas y niños (Art. 3 fracción XV)

Define al maltrato psicoemocional como: a los actos u omisiones cuyas formas de expresión pueden ser silencios, prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, insultos, actitudes de descuido, devaluatorias, o de abandono, que provoquen en la niña o niño daño en cualquiera de sus esferas cognoscitiva, afectiva, conductual y social (Art. 3 fracción XVI)

Además de establecer que las niñas y los niños tienen derecho a una vida libre de violencia, faculta a la Secretaría de Salud para concertar convenios con instituciones públicas y privadas, federales o estatales, para la prestación de servicios gratuitos a niñas y niños maltratados (Art.20 fracción II); a la Secretaría de Desarrollo Social para vigilar, en coordinación con el DIF, que las organizaciones sociales y privadas que presten sus servicios a la niñez, lo hagan respetando sus derechos (Art.18 fracción XII)

Contempla también en los artículos 48 y 49 la obligación de cualquier persona, servidor público, autoridad y dependencia que tenga conocimiento de que alguna niña o niño hayan sufrido maltrato, hacerlo del conocimiento del Ministerio Público. Así como este último intervendrá de oficio cuando peligre la integridad física de niñas y niños.

Código Civil para el Distrito Federal

Prevé la violencia familiar como causal de divorcio (Art.267), además de tener consecuencia en la suspensión y limitación de la patria potestad (Art. 323 ter y 444 bis).

Código Penal para el Distrito Federal

En los casos de violencia familiar se impondrán de seis meses a cuatro años de prisión (Art.343 bis).

Ley de Asistencia y Prevención Familiar

Entiende por violencia familiar, todo acto de poder u omisión intencional recurrente o cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir física, verbal, psicomocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio, que tengan parentesco o lo hayan tenido por afinidad civil, matrimonio concubinato o mantengan una relación de hecho y que tiene por efecto causar daño (Art.3 fracción III reformado el 25 de junio de 1998)

Ley para la protección de los Derechos de Niñas (os)

Establece:

-Como principio tener una vida libre de violencia.

-Como obligaciones de los ascendientes o tutores, protegerlos contra toda forma de maltrato.

INDICADORES

1. El núcleo familiar está formado por uno solo de los padres y el o los menores.
2. Abandono del padre o la madre del menor
3. Uno o ambos padres cohabita con la familia extensa.
4. Sólo uno de los miembros de la pareja tiene relación biológica con el menor.
5. La madre se embarazó antes de los 21 años de edad, u ocultó su embarazo.
6. El menor convive habitualmente con familiares o amigos de sus padres biológicos.
7. Ninguno de los miembros de la familia se encuentra regularmente contratado.
8. El niño parece cansado, refiere no haber desayunado, se duerme en clase, vuelve solo a casa.
9. La vivienda en la que reside la familia no reúne condiciones de habitabilidad, y/o su superficie es escasa en relación con sus miembros.
10. Huellas del objeto agresor como cinturón, plancha, u otros objetos.
11. Se observa al menor triste, silencioso, con depresión, poco sociable.
12. La pareja presenta conflictos conyugales, disfuncionalidad en la dinámica familiar.
13. Alguno de los miembros de la familia se encuentra en tratamiento por el Equipo de Salud Mental. Alguno de los padres o ambos presenta algún cuadro o episodio psiquiátrico.
14. Higiene deficiente, aspecto de descuido, aislamiento.
15. Uno o ambos padres comunican la existencia de relaciones conflictivas con alguna o ambas familias extensas.
16. Situación de alcoholismo, prostitución durante la gestación.
17. Uno o ambos padres ignoran o conocen de forma parcial, información relacionada con la alimentación, horarios, sueño, dispensa de medicación, tareas escolares, etc.

18. Los miembros de la familia carecen de cobertura sanitaria. Los miembros de la familia no utilizan los servicios de Atención Primaria acudiendo habitualmente a urgencias.
19. Se hipotetizan retrasos en talla y peso, problemas psicomotores, enfermedades reiteradas o ingresos hospitalarios frecuentes.
20. Se observa al menor con frecuencia acompañado/a por adultos distintos.
21. Los padres no han elaborado, la discapacidad de su hijo exigiendo al niño por encima de sus capacidades físicas, intelectuales y psíquicas.
22. El centro escolar o los miembros de la pareja reconocen trastornos de comportamiento: ausencia de hábitos, dispersión, conductas de provocación, agresiones, etc.
23. El menor presenta hiperactividad, o su conducta es referida como incontrolable.
24. El niño es excesivamente introvertido.
25. El menor presenta frecuentemente conductas retadoras.
26. El menor pasa la mayor parte del día solo o fuera del domicilio.
27. El menor «ayuda» a los padres diariamente en su trabajo. El menor se hace cargo del cuidado de sus hermanos más pequeños.
28. Sobreprotección.
29. Los padres consideran al castigo físico como una forma de educación.
30. Infravaloración, visión negativa y marginadora hacia los niños con discapacidad, con menos derechos que al resto, por parte de algún miembro de la familia.
31. Se refieren comportamientos violentos del menor con sus iguales.
32. Consumo incipiente de drogas, actividades delictivas, el menor ha cometido algún delito.
33. Historia familiar de abuso. Los padres presentan antecedentes de maltrato infantil por parte de sus progenitores.
34. El adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño.
35. Retraso en el crecimiento o madurez sin causa orgánica justificable.
36. Desatender las necesidades del niño y los deberes de guardia y custodia.

37. Implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto.
38. Enfermedades, lesiones y/o fracturas frecuentes mal tratadas.
39. Incapacidad para depender de, confiar en, o querer a, otros por parte del menor.
40. El menor presenta laceraciones, prurito, inflamación, infecciones, somatización.
41. Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto.
42. El niño acostumbra a robar objetos.
43. Hambre no satisfecha que puede llegar a la desnutrición del menor.
44. No acude a la escuela o falta con frecuencia.
45. Vende en la vía pública o pide limosna.
46. Problemas de aprendizaje y lecto-escritura. Bajo rendimiento escolar.
47. Dificultad para relacionarse con sus compañeros.
48. Actitud del menor de miedo acentuado, ansiedad, enojo, culpa y desconfianza.
49. Trastornos del sueño y alimentación.
50. Señales repetidas de heridas, golpes, quemaduras de difícil justificación.