



UNIVERSIDAD VIÑA DEL MAR
ESCUELA DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**UNA REVISIÓN A LA NEGLIGENCIA PARENTAL EN LA DISCAPACIDAD
INTELECTUAL**

Memoria para optar al título profesional de psicólogo

Autor: Francisca Carreño Limone

Supervisor Académico: Cristina Garré Castañero

VIÑA DEL MAR, 2013

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	4
CAPÍTULO I.....	5
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO II	12
PRESENTACIÓN DE OBJETIVOS	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos.....	12
CAPÍTULO III.....	13
MARCO DE ANTECEDENTES.....	13
Antecedentes Conceptuales	13
Discapacidad Intelectual (DI).....	14
Enfoque Multidimensional de Comprensión de la Discapacidad intelectual.	21
Características Diagnósticas.	28
Modelo ecológico Bronfenbrenner.	33
Modelo eco-sistémico de Belsky.	36
Maltrato Infantil	37
Tipología del Maltrato Infantil.	40
Maltrato por Negligencia.....	44
Etiología la Negligencia.....	48
Características de los Cuidadores Negligentes.	50

Manifestaciones Externas e Indicadores de la Negligencia.....	59
Consecuencias de la Negligencia Parental.....	62
Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil.....	64
Antecedentes Empíricos.....	74
CAPÍTULO IV.....	87
DISCUSIÓN.....	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96

TABLA DE FIGURAS

Figura 1. Enfoque Multidimensional de la Discapacidad Intelectual.....	22
--	----

RESUMEN

La presente revisión bibliográfica se centra en la presencia del Maltrato por Negligencia en niños, niñas y adolescentes con Discapacidad Intelectual. La metodología implementada comienza con el marco de antecedentes conceptuales los cuales dan sustento teórico a los temas centrales de la monografía, principalmente a través del análisis del modelo multidimensional para la comprensión de la discapacidad intelectual y el modelo ecológico, haciendo especial énfasis en la etiología del maltrato por negligencia, para luego reflexionar en torno a los distintos factores encontrados en los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual como víctimas del maltrato por negligencia. Se apunta de esta manera hacia las reflexiones actuales de ambos temas en torno a modelos eco-sistémicos. Como respaldo de lo expuesto en el marco conceptual se presentan investigaciones empíricas que dan validez investigativa a lo presentado previamente. A partir de lo anterior se finaliza la investigación con una discusión acerca de la relación entre ambos temas, destacando como conclusión general que la discapacidad intelectual convierte a los niños, niñas y adolescentes en una población más vulnerable a todo tipo de maltrato, siendo el maltrato por negligencia el más frecuente, por otro lado se expone la importancia del quehacer profesional en el proceso de intervención y de esta manera se abren pasos a futuras líneas de investigación.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Las personas con discapacidad intelectual, especialmente los niños, niñas y adolescentes, cargan en sus hombros una gran cantidad de mitos y estereotipos que la sociedad les ha asignado. Gracia (1994), hace referencia a antiguas culturas, como la griega y la romana, donde habitualmente los prematuros o retrasados mentalmente eran declarados no aptos para vivir.

A partir de lo que describe el autor, se puede indicar que han ocurrido cambios rotundos a la fecha, donde nos encontramos con programas especializados, promotores de los talentos o fortalezas que coexisten con la discapacidad intelectual.

Sin embargo, la discriminación histórica no ha cesado del todo, es por esto que la fundación Coanil, específicamente el Programa Ambulatorio de Discapacidad (en adelante PAD) Cedif Lirayen orienta su trabajo a las temáticas de género, derechos, afectividad/sexualidad y competencias parentales, con el objetivo de resolver las situaciones de vulneración de derechos ocurridas en niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales, principalmente discapacidad intelectual. Las situaciones de vulneración son trabajadas mediante el fortalecimiento de factores protectores individuales, familiares y socio comunitarios, en atención a la restitución de los derechos vulnerados, promoviendo su inclusión y visibilización en la comunidad mediante el fortalecimiento de redes sociales de apoyo. Las causas de ingreso más comunes son por

inhabilidad parental, negligencia parental, interacciones conflictivas con los padres o adultos a cargo y testigo de violencia intrafamiliar, según información recogida en el estudio que se presenta a continuación.

El equipo de profesionales del PAD Cedif Lirayen efectuó una revisión de las causales de ingreso en junio del año 2012, período en el cual un total de 58 niños, niñas y adolescentes formaban parte del programa, de este grupo la distribución según sexo ascendía a 18 mujeres y 40 hombres. Referente a la distribución de la población según edad se observa que el grupo mayoritario de ingreso de hombres y mujeres se encontraba entre los 6 y 10 años. Los ingresos de esta población mostraron una clara tendencia a dos causales, inhabilidad parental (31%) y víctima de negligencia parental (29,3%), seguido de interacción conflictiva con los padres o cuidadores (13,7%), testigo de violencia intrafamiliar (5,1%), víctima de maltrato físico (5,1%), interacción conflictiva con la escuela (5,1%), víctima de abuso (3,4%), deserción escolar (3,4%), víctima de maltrato psicológico (1,7%) y finalmente exposición a peligro material o moral (1,7%).

El modelo de intervención tiene una prolongación de 2 años, los cuales se inician con una profundización diagnóstica, en una segunda etapa se establece un plan de intervención, el cual tiene períodos de evaluación al mes 8 y al mes 16, como tercera etapa se establece un pre-egreso para así finalizar el período con el egreso del niño, niña o adolescente.

Ante la regularidad de ingresos al PAD Cedif Lirayen por negligencias parentales se hizo necesario identificar y analizar los aspectos teóricos y empíricos de aquellos factores que inciden en el vínculo existente entre la causa más reiterativa y la discapacidad intelectual.

A partir de la situación de vulneración en niños, niñas y adolescentes, se hace necesario mencionar la Convención Internacional de los Derechos del Niño, la cual fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y ratificada en Chile el año 1990, que recoge lo expuesto por la Declaración de los Derechos del Niño indicando que, "el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento". (United Nations, 2005. p.113) Cabe destacar el artículo 1 donde se especifica que dicha convención entiende por niño a todo ser humano menor de dieciocho años de edad. (United Nations, 2005)

Por otro lado es necesario resaltar el artículo 3 donde los Estados Partes se comprometen a "asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley, tomando medidas legislativas y administrativas adecuadas" (United Nations, 2005. p.114). Las medidas nombradas anteriormente son las cuales toma el PAD Cedif Lirayen al momento de ingresar a su programa a cualquier niño, niña o adolescente vulnerado en sus derechos. En algunos casos las medidas son

legislativas, acudiendo a tribunales de familias y otras entidades de justicia, por otro lado se toman medidas administrativas correspondientes para cada caso en particular.

Específicamente en el Principio 5 de la Declaración de los Derechos del Niño es donde se incluyen las personas que sufren alguna discapacidad intelectual o física, entendiéndose que el niño o niña que física o mentalmente sufra limitaciones o algún impedimento social debe recibir el tratamiento, los cuidados y la educación especial que requiera cada caso en particular. (Naciones Unidas, 1959)

Referente a la legislación de discapacidad en Chile, el 10 de febrero del año 2010 se decretó la entrada en vigencia de la Ley 20.422 la cual establece normas para la igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad, creada por el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), continuador legal del Fondo Nacional de la Discapacidad. Una de las mayores implicancias de esta ley es la regulación de la igualdad de oportunidades, la inclusión social, la participación y accesibilidad de las personas con discapacidad, en todos los ámbitos del quehacer social, político y cultural del país, asegurando el pleno respeto a su dignidad y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en su discapacidad.

La negligencia parental incurre específicamente en las áreas nombradas anteriormente, las cuales según la Declaración de los Derechos del Niño y la legislación nacional deben ser las áreas mayormente protegidas. Los padres negligentes no son capaces de asegurar el bienestar, la protección necesaria ni los estándares mínimos, de educación, alimentación, seguridad, y afecto a sus hijos, es decir, no son capaces de

satisfacer en sus hijos aquellas necesidades básicas, tanto físicas como emocionales. (Clark & Clark, 2001, citado en Azaola, 2006).

Berástegui (2006), indica que los niños y niñas con discapacidad intelectual han sido y siguen siendo una población en riesgo, cuyos derechos han sido negados y vulnerados a lo largo de la historia, por lo cual se entiende que representan una población a la que el autor denomina como la más vulnerable a todo tipo de maltrato.

Los factores de vulnerabilidad asociados a la propia discapacidad son aquellos que aumentan los riesgos de sufrir episodios de cualquier tipo de maltrato en los niños, niñas y adolescentes, entre ellos nos encontramos con la dificultad de reconocer el establecimiento de límites y la trasgresión de los mismos.

Ramírez (2006) define la negligencia como "la falta de cuidado y de satisfacción de las necesidades físicas, emocionales y educativas e incluye una falta de educación moral y social" (p.292). Se entiende que las personas con discapacidad intelectual presentan mayores necesidades que aquellos niños, niñas y adolescentes que no presentan esta condición, ante lo cual se puede caer en la pregunta ¿Cuáles son las necesidades básicas no cubiertas que determinarían que los padres y/o cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual sean negligentes?, ya que como se ha dicho anteriormente estos niños necesitan mayores cuidados.

La Unicef (2000) hace referencia a que el maltrato por negligencia es la falta de protección y cuidados mínimos de cada niño, niña y adolescente en particular, por parte de quienes tienen el deber de hacerlo, cuidadores y/o padre y madre, tomando en cuenta las condiciones para ello.

A partir de lo expuesto anteriormente se puede indicar que existe negligencia cuando los responsables de cubrir las necesidades básicas de los niños, niñas y adolescentes no lo hacen, podemos entender que estas necesidades básicas son comunes y la vez particulares, con esto se hace referencia a que existe una población específica la cual posee necesidades especiales que necesariamente deben ser homologadas con las necesidades básicas, estos son los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual.

Existen autores los cuales se refieren a estudios empíricos, específicamente a uno realizado en Texas el cuál demostró que el 67% de los abusadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual tuvieron acceso a ellos por ser sus padres o cuidadores, suponen además que entre el 39% y el 68% de las niñas y el entre el 16% y el 30% de los varones con discapacidad intelectual serán abusados (sexual, física o emocionalmente) antes de los 18 años. En el mismo estudio se plantea que las investigaciones que existen respecto a este tema indican que aproximadamente el 65% de los adultos con discapacidad intelectual han sido abusados sexualmente y muchas de las veces este abuso que empieza en la infancia continúa en la adultez. (Firth y Valgo, 2001, citado en Benítez N, Velázquez J, Castro M, 2010)

Este estudio es presentado a modo de introducción ya que destaca que los maltratadores más comunes resultaron ser los padres o cuidadores.

El tema se considera de relevancia respecto al contexto que abarca la organización. La fundación Coanil tiene como objetivo la promoción del desarrollo de

los factores protectores de los niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales, orientando su trabajo a la interrupción de la vulneración de derechos, promoviendo en las familias y especialmente en los adultos a cargo el fortalecimiento y desarrollo de nuevos recursos protectores de sus competencias parentales, en función de las necesidades especiales que presenta el niño, niña o adolescente. La fundación ha ido adecuando sus procedimientos para el cumplimiento de los objetivos autoimpuestos, los cuales describen claramente la visión de ésta, donde proponen ser líderes en la entrega de servicios de apoyo para las personas con discapacidad intelectual, e influir en el cambio social que favorezca sus derechos ciudadanos y mejore su calidad de vida.

La presente revisión teórica y empírica se centra en la búsqueda, recolección y análisis de datos por medio de material bibliográfico rescatado de fuentes específicas que abordan los temas de discapacidad intelectual y maltrato negligente, con el fin de cumplir los objetivos propuestos. Cada uno de los temas se presentan desarrollados de forma detallada con el propósito de abarcar las áreas de investigación de manera profunda y exhaustiva. Se comenzará con los antecedentes conceptuales de la discapacidad intelectual para luego abrir paso al tema del maltrato negligente, y de este modo concluir el capítulo con los antecedentes empíricos. Para finalizar la investigación se lleva a cabo una discusión donde los temas que dan forma a la presente monografía son trabajados de manera conjunta para llegar a resultados y conclusiones que dan respuestas a los objetivos planteados.

CAPÍTULO II

PRESENTACIÓN DE OBJETIVOS

Objetivo general

Explorar y analizar el Maltrato por Negligencia en niños, niñas y adolescentes con Discapacidad Intelectual.

Objetivos específicos

1. Dar a conocer a través de antecedentes conceptuales y empíricos los aspectos generales y específicos la Discapacidad Intelectual.
2. Dar a conocer a través de antecedentes teóricos y empíricos los aspectos generales y específicos la Negligencia Parental.
3. Indagar en el vínculo existente entre la Discapacidad Intelectual y la Negligencia Parental.

CAPÍTULO III

MARCO DE ANTECEDENTES

Antecedentes Conceptuales

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1980, estableció una distinción entre los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, con el objetivo de clarificar las consecuencias que éstas implican en el individuo, tanto en su persona como en su relación con la sociedad. (Jiménez, González y Moreno, 2002)

Deficiencia: Surge a nivel de órganos, y es definida como una exteriorización directa de las consecuencias de una enfermedad. Toda pérdida o anomalía de cualquier función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad: Se manifiesta a nivel del individuo, y es definida como toda restricción o ausencia (derivada de una deficiencia) de la capacidad de realizar actividades cotidianas o dentro de los límites de la normalidad de manera permanente o prolongada.

Minusvalía: Aparece en interacción entre el individuo con discapacidad y la sociedad. Es entendida como la consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad la cual impide o limita el desempeño normal de un individuo.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2007) define a las personas con discapacidad como todos aquellos individuos que tienen deficiencias mentales, físicas y/o sensoriales a largo plazo, y que al momento de interactuar con distintas barreras, estas deficiencias puedan impedir o limitar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás.

Entonces, se entiende por discapacidad toda aquella alteración o anomalía a nivel funcional, la cual es permanente o prolongada, que en relación con su edad y al momento de interactuar con el medio social impliquen desventajas para la integración de la persona o individuo.

Discapacidad Intelectual (DI)

El retraso mental o discapacidad intelectual son términos que se utilizarán indistintamente en la presente monografía, ya que si bien su connotación es diferente intentando eliminar el estigma asociado, hacen referencia a la característica de un coeficiente intelectual menor a 70 y a una limitación de la conducta adaptativa, previo a los 18 años de edad. (Márquez-Caraveo et al. 2011)

En un primer momento la discapacidad intelectual era definida por la Asociación Americana para la Deficiencia Mental o AAMD, como un funcionamiento intelectual

que se ubicaba por debajo del promedio, esto quiere decir que el coeficiente intelectual era menor de 70, y se encontraba asociado a problemas de adaptación, el cual se iba manifestando durante el periodo de desarrollo. Los problemas en la adaptación eran entendidos como aquellas limitaciones significativas que presentaba un individuo para llegar a los estándares de aprendizaje, maduración, responsabilidad social y/o independencia personal esperados para su cultura y edad, estos eran moderados o severos dependiendo del déficit presentado. Mientras que el periodo de desarrollo era entendido como aquel tiempo entre la concepción y los 18 años de edad. (Heber, 1961)

Más adelante el mismo concepto era definido por la Asociación Americana de Retraso Mental o AAMR, la cual hacía referencia a las limitaciones en el funcionamiento actual de cada individuo. Este era caracterizado por un funcionamiento intelectual que se establecía significativamente por debajo de la media y que generalmente coexistía junto a dos o más limitaciones del área de habilidades adaptativas. Dentro de estas habilidades se encontraba la comunicación, el auto-cuidado, las habilidades sociales, la autodirección, vida en el hogar y la utilización de la comunidad entre otras. De igual forma, en esta definición el retraso mental se debe manifestar antes de los 18 años de edad. (Luckasson et al., 1992)

Con esta definición se consensuó que las habilidades adaptativas conceptuales son aquellas como el lenguaje (expresivo y receptivo), la lectura, la escritura, el conocimiento del concepto de dinero y la autorregulación. Por otro lado las habilidades sociales correspondían a las habilidades interpersonales, responsabilidad, autoestima,

credulidad (probabilidad de ser manipulado o engañado), ingenuidad, seguimiento de reglas y leyes, y la evitación de la victimización. Por último las habilidades prácticas eran aquellas actividades de la vida diaria (ingesta de alimentos, movilidad, aseo, vestimenta, entre otras), actividades instrumentales de la vida cotidiana (preparación de comidas, toma de medicinas, uso del teléfono, mantenimiento de su hogar, etc.), habilidades ocupacionales, y la preocupación por la mantención de entornos seguros. (Luckasson et al., 1992)

Paralelamente, ese mismo año el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10, 1992), describe el retraso mental como un trastorno representado por la presencia de un desarrollo mental detenido o incompleto, principalmente caracterizado por el deterioro de las funciones específicas concretas de cada período de desarrollo de las personas, las cuales contribuyen al nivel global de la inteligencia, con esto se alude a las funciones tales como las cognoscitivas, las motrices, las del lenguaje y la socialización. Por otro lado, destaca que la posibilidad de que el retraso mental puede acompañarse de cualquier otro tipo de trastorno somático o mental.

En la misma década el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV (1995), definía como característica esencial del retraso mental una capacidad intelectual significativamente menor al promedio, la cual es acompañada de limitaciones significativas en las actividades adaptativas de la vida. Estas limitaciones deben manifestarse en al menos dos de las siguientes áreas: comunicación, cuidado de sí

mismo, habilidades sociales/interpersonales, vida doméstica, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud utilización de recursos comunitarios y seguridad. Su inicio debe ser antes de los 18 años de edad. El manual describe también que el retraso mental tiene distintas etiologías y puede ser considerado como la vía final común de variadas patologías que afecten el funcionamiento del sistema nervioso central.

Hoy en día la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo o AAIDD (2010), define la discapacidad intelectual como “Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa tal y como se manifiesta en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años” (p. 33), y su clasificación y diagnóstico están sujetos a premisas claves y a un enfoque multidimensional para su comprensión.

Se puede establecer que la diferencia entre los términos retraso mental y discapacidad intelectual radica en el lugar que reside la discapacidad, en el primer término se ve la discapacidad como un defecto de la persona, mientras que el término actual (DI) ve la discapacidad como un ajuste entre las capacidades de un individuo y el contexto en el que este funciona. Dicho en otras palabras el término retraso mental hace referencia a una condición interna de la persona (por ejemplo, lentitud mental) y la discapacidad intelectual hace referencia a un estado de funcionamiento y no a una condición. (AAIDD, 2010)

La definición propuesta por la AAIDD el año 2010, es establecida como el eje central de esta revisión bibliográfica, ya que la definición presentada de “Discapacidad Intelectual” engloba las áreas de funcionamiento intelectual y conducta adaptativa revisadas en las definiciones anteriores haciendo énfasis en un enfoque multidimensional, el cual será expuesto más adelante.

La autora Bernal (2009), explica que las causas de la discapacidad intelectual pueden originarse por diversos factores, estos pueden ser del orden biomédico, conductual, educativo y social, los cuales actúan recíprocamente durante toda la vida de la persona. Define que se relacionan los factores biomédicos a algunos procesos biológicos, como son los desórdenes genéticos o nutricionales, apuntando a que la identificación de las causas genéticas pueden usarse como apoyos correspondientes para evitar o prevenir los efectos de factores de riesgo. Asimismo, los factores asociados a la interacción social y familiar, son aquellos que guardan relación con la estimulación hacia el niño y la afectividad que su entorno más cercano le brinde. La relación con los factores educativos se debe a la disponibilidad de la familia y de los apoyos educativos que promueven el desarrollo intelectual y el aumento de las habilidades adaptativas. Existen también factores presentes en una generación que pueden influir en los resultados de la generación siguiente.

La definición de discapacidad intelectual no aparece sola, existen premisas que son parte explícita de esta definición y que indican la forma en la que hay que entenderla. Estos principios generales son indispensables para la comprensión de la definición propuesta por la AAIDD (2010):

1. “Las limitaciones en el funcionamiento presente se deben considerar en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.” (p. 33)

Esto quiere decir que, el funcionamiento del niño, niña o adolescente debe ser observado en contextos típicos y no aislados, haciendo referencia a la escuela, hogar o parque de recreaciones.

2. “Una evaluación válida tiene en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales.”(p. 34)

La segunda premisa alude a que para lograr una evaluación válida se debe tener en cuenta la cultura y las costumbres de cada persona en particular, así como el idioma hablado en sus hogares y la comunicación no verbal.

3. “En una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades.” (p. 34)

Esta premisa hace referencia a que las personas con DI si bien tienen limitaciones y debilidades éstas coexisten con fortalezas y talentos. Como todos los seres humanos, no existe nadie que sea bueno en absolutamente todo, así también, las personas con DI pueden tener habilidades adaptativas, físicas o sociales más desarrolladas que otras.

4. “Un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo.” (p. 34)

Esto hace referencia a que diagnosticar a una persona con DI deberá ser un beneficio, que propicie la creación de un perfil de necesidades de apoyo apto para cada persona con DI ya que cada una es diferente, cada diagnóstico es distinto y cada análisis de las limitaciones de una persona es solo el primer paso.

5. “Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con DI generalmente mejorará.” (p. 34)

Esto quiere decir que se deben mantener apoyos especiales y personalizados, como por ejemplo, múltiples profesionales encargados de desarrollar y potenciar distintas áreas a personas con DI, para que estas personas puedan desenvolverse mucho mejor en su vida. El estereotipo es que las personas con DI nunca mejoran y esto es incorrecto.

Siguiendo esta perspectiva teórica se entiende que todas las personas son distintas, no existen dos individuos iguales, cada una de las personas tiene entonces distintas habilidades, las cuales se encuentran algunas más desarrolladas que otras. Las personas con discapacidad intelectual cuentan también con distintas habilidades, pero se encuentran con limitaciones o debilidades dentro de sus propias culturas, edades y contextos socioeconómicos. Estas limitaciones coexisten con talentos y fortalezas que pueden ser desarrollados más allá, y potenciados de distintas maneras con ayuda de múltiples profesionales los cuales pueden guiar su forma de trabajo, creando perfiles de necesidades como primer paso, sobre los tipos de apoyo que necesita, y luego seguir avanzando para lograr que las personas con discapacidad intelectual puedan desenvolverse de mejor manera en sus vidas, ejerciendo sus derechos como personas con discapacidad y haciendo frente a la situación de vulnerabilidad.

Enfoque Multidimensional de Comprensión de la Discapacidad intelectual.

Desde el presente enfoque la construcción conceptual de funcionamiento humano consta de dos componentes principales, por un lado encontramos las cinco dimensiones (habilidades intelectuales; conducta adaptativa; salud; participación y contexto) y por otro lado una representación del rol que los apoyos tienen en el funcionamiento humano. En otras palabras, la manifestación de la discapacidad intelectual según este modelo consiste en una interacción recíproca y dinámica entre la habilidad intelectual, la

conducta adaptativa, la salud, la participación, el contexto y los apoyos individualizados.

(AAIDD, 2010)

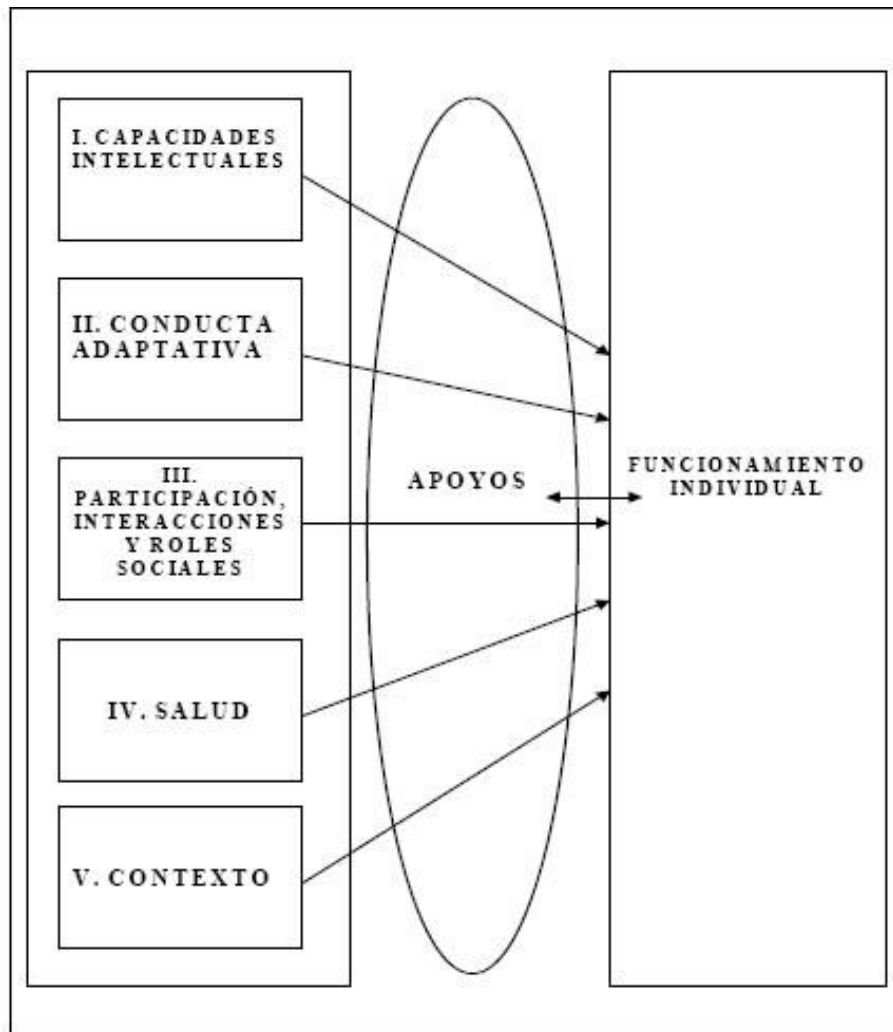


Figura 1. Enfoque Multidimensional de la Discapacidad Intelectual. AAIDD

(2010)

- **Funcionamiento Humano**

La Organización Mundial de la Salud (2001) lo describe como un término global, con esto se hace referencia a que agrupa a todas las actividades vitales, por lo tanto abarca las estructuras y funciones del cuerpo, las actividades individuales y la participación, lo que a su vez influye en la propia salud. Las limitaciones en el funcionamiento se designan como una “discapacidad”, que pueden ser el resultado de problemas en estructuras y funciones corporales y en actividades personales de la vida cotidiana. (AAIDD, 2010)

- **Dimensión I: Habilidades Intelectuales**

La inteligencia es una capacidad mental general, la cual incluye al razonamiento, la capacidad de planificación y de resolución de problemas, el pensamiento abstracto, la comprensión de ideas complejas, el aprendizaje rápido y el aprendizaje a partir de la experiencia (Gottfredson, 1997 citado en AAIDD, 2010). Alude al reflejo de la capacidad de una persona para comprender el entorno que la rodea, darle sentido a las cosas o averiguar qué hacer. Este concepto representa el intento de organizar, clarificar y explicar el hecho de que entre individuos sean diferentes las habilidades para comprender ideas complejas, adaptarse eficazmente a los contextos, aprender de las experiencias, emplear distintas formas de razonamiento y superar obstáculos mediante el pensamiento y la comunicación. (AAIDD, 2010)

Los criterios para el diagnóstico de la DI es de aproximadamente dos desviaciones estándar por debajo de la media, siendo considerado el error estándar de la

media para el instrumento de evaluación específico utilizado y los puntos fuertes y limitaciones del instrumento. (Luckasson et al, 2002)

- Dimensión II: Conducta Adaptativa

La conducta adaptativa es el conjunto de habilidades sociales, prácticas y conceptuales, las cuales son aprendidas por las personas para funcionar en sus vidas cotidianas. El concepto implica una serie de habilidades y ofrece el fundamento para tres puntos claves. El primero es que la evaluación de esta debe basarse no en el rendimiento máximo de la persona sino que en su rendimiento habitual, quiere decir en tareas diarias y en circunstancias variables. El segundo punto clave indica que las limitaciones a menudo coexisten con puntos fuertes en otras áreas. Y el tercer punto hace referencia a que estos puntos fuertes y limitantes nombrados anteriormente deben ser evaluados en contextos de ambientes comunitarios de igualdad de edad y asociados con las necesidades de apoyo individualizados de la persona. (AAIDD, 2010)

Para establecer un diagnóstico de la DI, las limitaciones significativas en la conducta adaptativa deben ser establecidas mediante el uso de medidas estandarizadas en la población en general, que definan operativamente el desempeño, que se encuentre al menos dos desviaciones típicas por debajo de la media de cada uno de los siguientes tipos de comportamiento: Conducta adaptativa conceptual, social y práctica; o en una medida general estandarizada de habilidades conceptuales, sociales y prácticas. (AAIDD, 2010)

- Dimensión III: Salud

La Organización Mundial de la Salud (1999), define salud como un estado de bienestar mental, físico y social. Se establece además que la condición de esta puede afectar directa o indirectamente al funcionamiento de un individuo en todas o cada una de las otras cuatro dimensiones del funcionamiento humano, por consecuencia los efectos de la salud y la salud mental pueden ser grandes facilitadores o inhibidores del funcionamiento propio del individuo. (AAIDD, 2010)

- Dimensión IV: Participación

La participación es el cómo las personas se desenvuelven en actividades de la vida social en distintos ámbitos, es decir, cómo se relaciona el funcionamiento del individuo en la sociedad. Esto hace referencia a las interacciones y roles en las áreas de vida en el hogar, empleo, educación, espiritualidad y actividades culturales entre otras. La participación también incluye actividades sociales que se consideren válidas para el grupo de edad en específico. La evaluación de la participación de un individuo se puede llevar a cabo a través de la observación directa en las actividades cotidianas. (AAIDD, 2010)

- Dimensión V: Contexto

El contexto hace referencia a las condiciones interrelacionadas a las que las personas están sujetas en sus vidas día a día. Este es representado desde la perspectiva ecológica, la cual será expuesta más adelante dentro del mismo capítulo, que incluye al

menos tres niveles diferentes, el entorno social inmediato, la comunidad u organizaciones educativas y los patrones globales culturales y sociales. (AAIDD, 2010)

- Apoyos:

Los apoyos son definidos como estrategias y recursos que pretenden promover el desarrollo, los intereses, la educación y el bienestar de una persona con el objetivo de mejorar el funcionamiento individual. (AAIDD, 2010)

El MINEDUC (2009), estableció como relevantes a nivel nacional las siguientes áreas de apoyo:

Desarrollo humano: Hace referencia a los derechos humanos esenciales, en el que una persona con discapacidad intelectual pueda expandir sus opciones y capacidades humanas. Dentro de esta área encontramos el apoyo para tener una vida larga y saludable, el acceso a recursos necesarios para un nivel de vida digno, acceso a conocimientos y la opción de contar con apoyo estable para gozar de respeto por sí mismo, potenciación y sensación de pertenencia en una comunidad.

Enseñanza y educación: Alude al apoyo para alcanzar el éxito en actividades de aprendizaje, requiriendo de éste para interactuar, participar y aprender. En concordancia al origen de la tarea específica que se trate, serán el tiempo, la frecuencia y el tipo de apoyo que el estudiante necesite.

Vida en el hogar: El apoyo en esta área debe ser dirigido a habilidades y tareas que permitan al niño, niña o adolescente desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia. Con esto se hace referencia al cuidado personal, movilidad esencial, actividades domésticas básicas y a la ejecución de órdenes y tareas sencillas.

Vida en la comunidad: Se indica como el apoyo para la participación y oportunidades en actividades de la vida en la comunidad, tales como actividades recreativas, ir de compras, interactuar con los vecinos y pares del sector, entre otras.

Empleo: Este tipo de apoyo no concierne al grupo de niños, niñas y adolescentes, no obstante, se entiende como otorgar apoyo para competencias y conductas requeridas para trabajar y desempeñarse con éxito en una actividad laboral.

Salud y seguridad: Este tipo de apoyo apunta a la ingesta de medicinas, el uso de artefactos electrodomésticos o el hecho de ser parte de un centro de salud, representa un apoyo sustancial para adquirir competencias y conductas requeridas por el menor para enfrentar situaciones.

Conductual: Es decir, un apoyo referido a ciertos problemas conductuales como por ejemplo, actitudes desafiantes, que pueden requerir apoyos sustanciales.

Social: El apoyo social se considera sustancial y clave que el niño, niña o adolescente, tenga la oportunidad de interactuar con pares en actividades sociales de esparcimiento.

Protección y defensa: Entrelazando esta área con la primera nombrada resulta de gran importancia prestar apoyo a las personas para desarrollar habilidades para defender

su integridad ante los demás, protegerse de la explotación y de ejercer responsabilidades legales.

Los apoyos, según MIVEDUC (2009) son de cuatro tipos dependiendo de su intensidad:

- **Intermitente:** el cual se caracteriza por ser episódico, esto quiere decir que son de corta duración y la entrega de este resulta ser para una tarea en específica.
- **Limitado:** caracterizado por ser un tiempo determinado, no intermitente, con persistencia temporal.
- **Extenso:** caracterizado por su regularidad en el tiempo y con la necesidad de ser en más de un ambiente, este tipo de apoyo es a largo plazo.
- **Generalizado:** es caracterizado por su estabilidad y elevada intensidad temporal, debiendo ser proporcionado en distintos ambientes.

Características Diagnósticas.

Diversos autores (Florian y McLaughlin, 2008, citados en Navas, Verdugo y Gómez, 2008) afirman que el objetivo principal de los sistemas de clasificación, en el campo de la discapacidad intelectual, es intentar comprender la naturaleza de esta, así como sus implicaciones para el diagnóstico y su posterior intervención, a través de perspectivas teóricas.

La función de diagnosticar tiene por objetivo identificar la discapacidad intelectual teniendo en cuenta los criterios establecidos por la AAIDD (2010), los cuales son:

1. Que existan limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual.
2. Que se manifiesten limitaciones significativas en las habilidades adaptativas.
3. La edad de aparición sea previa a los 18 años de edad.

Se considera que se cumple el primer criterio cuando el individuo obtiene un puntaje menor a 70 puntos de coeficiente intelectual (CI) en la aplicación de una prueba de inteligencia, la cual debe cumplir con los criterios de validez y confiabilidad estadística, además de poseer normas estandarizadas para la población en general. (MINEDUC, 2009).

En concordancia con las definiciones asumidas el CI menor a 70 puntos no indica por sí solo la presencia de discapacidad intelectual, la evaluación del criterio 1, de habilidades intelectuales, debe ser complementada con la evaluación y la caracterización del funcionamiento del individuo en las dimensiones de conducta adaptativa, salud, participación y contexto.

Para la evaluación del coeficiente intelectual y del desarrollo psicomotor se administran diferentes pruebas dependiendo de la edad cronológica de la persona.

Referente a la infancia y la adolescencia temprana, hasta los 16 años, se puede evaluar mediante la Escala Bayley de desarrollo infantil o BSID, la Escala Mccarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños o MSCA, la Escala de inteligencia para preescolares y primaria WPPSI y la Escala de inteligencia de Wechsler WISC III. A partir de los 16 años y en la edad adulta el coeficiente intelectual es posible evaluarlo con la Escala de inteligencia Wechsler para adultos o WAIS III. (Navas, Verdugo, Gómez, 2008)

Existen cuatro distintos niveles de discapacidad intelectual, los cuales serán explicados a continuación. Analizando lo indicado por FONADIS (2004) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV, 1995), se establece que:

Discapacidad Intelectual Leve:

El CI se ubica entre 50-55 y aproximadamente 70 puntos. Alrededor del 85% de las personas con discapacidad intelectual se ubican en el rango de discapacidad intelectual leve. Son personas que suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolar (0-5 años de edad), tienen insuficiencias sensoriales mínimas y con frecuencia no son distinguibles de sus pares que no presentan DI. En la vida adulta presentan dificultades para llevar a cabo actividades de la vida diaria, pero contando con los apoyos adecuados acostumbran a vivir satisfactoriamente en la comunidad de forma independiente.

Discapacidad Intelectual Moderada:

El CI se ubica entre 35-40 y 50-55 puntos. Constituye aproximadamente el 10% de la población con discapacidad intelectual. La mayoría de los individuos adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez, y son capaces de atender sus propios cuidados personales. En la vida adulta son personas que presentan una disminución o imposibilidad importante de sus capacidades para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria llegando a requerir apoyo de un tercero. Se adaptan bien a la vida en comunidad, usualmente en instituciones con supervisión.

Discapacidad Intelectual Grave:

El CI se posiciona entre 20-25 y 35-40 puntos. Incluye entre el 3 y el 4% de las personas con discapacidad intelectual. Durante los primeros años de la niñez adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo. Son personas que se ven gravemente imposibilitadas a la realización de sus actividades cotidianas requiriendo apoyo constante de un tercero.

Discapacidad Intelectual Profunda:

El CI se encuentra inferior a 20 puntos. Esta población representa al 1 o 2% de la población con discapacidad intelectual, y su diagnóstico la mayoría de las veces se encuentra asociado a alguna enfermedad de tipo neurológica.

En cuanto al segundo criterio, las habilidades adaptativas, no se encuentran actualmente escalas estandarizadas, por lo que la evaluación se realiza a través de información recogida en base a instrumentos extranjeros y el juicio clínico de los expertos en el área, con esto se hace referencia aquellas personas que posean un título profesional de Psicólogo(a) y que se encuentren inscritos en el Registro Nacional de Profesionales del Ministerio de Educación.

El instrumento de Evaluación de la Conducta Adaptativa en Personas con Discapacidades, adaptación y validación del ICAP de Montero Centeno y la Escala de Madurez Social de Vineland, adaptación chilena de Otero Quiroz son recomendadas para todas las edades. Mientras que la Escala de Intensidad de Apoyos – SIS, adaptación española, de la Supports Intensity Scale de la AAIDD es recomendada de uso preferente para jóvenes de 16 años en adelante. (MINEDUC, 2009).

Para el diagnóstico se debe además considerar en todas las ocasiones un informe médico, el cual dé cuenta del estado de salud del individuo, eventuales déficits físicos, neurológicos, psiquiátricos, motores o sensoriales, a menudo asociados a la discapacidad intelectual. (MINEDUC, 2009).

En consecuencia el tercer criterio implica a que las limitaciones señaladas en los criterios 1 y 2, deben manifestarse en el individuo antes los 18 años de edad.

El constructo de discapacidad intelectual enfatiza una perspectiva ecológica, esto quiere decir que se encuentra centrada en la interacción de la persona con su entorno.

Modelo ecológico Bronfenbrenner.

Básicamente el postulado de Bronfenbrenner indica que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana, por lo cual la observación a dichos ambientes nos ofrece un vistazo a la realidad humana. Esto lleva al autor a explicar que el desarrollo humano es una progresiva acomodación entre un ser activo y sus entornos inmediatos, viéndose influenciado además por las relaciones que se establecen entre estos entornos. (Torrico, Santín, Andrés, Menéndez y López, 2002)

Existen autores que hacen mención a la definición de la discapacidad intelectual como una situación compleja, la cual es dependiente del medio y la cultura en la cual se esté inserto, con esto se alude a la situación socio económica, socio familiar y diversas variables ambientales, por lo cual resulta de difícil evaluación. (Padilla, 2010 y Oliván, 2002)

Visto de otro modo, los autores plantean que se debe entender a la persona no como un ente solo, sino como un agente en desarrollo y que se encuentra en constante movimiento, por ello va implicándose progresivamente en el ambiente e influye también en la reestructuración del medio en el que vive. (Bronfenbrenner, 1979)

A continuación se describen cada uno de estos sistemas postulados por el autor:

- **Microsistema**

Según Bronfenbrenner (1979), es el nivel más cercano al individuo, acá se incluyen los comportamientos, roles y las relaciones características de los contextos cotidianos. Representa el lugar en el que la persona puede interactuar cara a cara fácilmente, es decir, el hogar, el trabajo o centro educativo, los amigos, entre otros.

- **Mesosistema**

Según Bronfenbrenner (1979), comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que un individuo se desarrolla y participa, con esto se alude a la familia extensa, el trabajo y la vida social. En otras palabras, corresponde a un sistema de microsistemas, que se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno. Es decir, vendría a representar la interacción entre los diferentes ambientes en los que el sujeto se encuentra inmerso.

- **Exosistema**

“Se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno”. (Bronfenbrenner, 1979, p 44).

- **Macrosistema**

Corresponde al plano más distante pero igualmente importante, este nivel hace referencia a los marcos culturales o ideológicos que afectan transversalmente a los sistemas, desde el micro, pasando por el meso y el exo, confiriéndoles a estos cierta uniformidad y a la vez cierta diferencia con respecto a otros entornos influidos por otros marcos culturales. (Bronfenbrenner, 1979)

Visto entonces, desde el punto de vista ecológico y analizando la perspectiva desde la mirada de la discapacidad intelectual presentada anteriormente, el desarrollo de un niño, niña y adolescente con discapacidad intelectual, se entiende como un proceso de diferenciación progresiva de las actividades que realiza y de las interacciones que mantiene con el ambiente. De acuerdo con lo expuesto cuando se pretende analizar el desarrollo de un niño, niña o adolescente no se debe contemplar su comportamiento de forma aislada sino que se debe prestar especial atención al ambiente en el que se encuentra inserto y el entorno que lo rodea. (Fuertes y Palmero, 1998)

Así mismo se puede establecer, que en el sistema más cercano del individuo, y para efectos de la presente monografía, del niño, niña o adolescente con discapacidad intelectual, encontramos a la familia, por ende la relación de ésta resulta sustancial. Las dinámicas que se dan dentro del hogar podrán predecir el desarrollo del infante, ya que como se mencionó en un comienzo, la interacción, el apoyo y la estimulación recibida en el núcleo familiar determinarán las potencialidades que el niño, niña o adolescente pueda alcanzar o no a lo largo de su etapa de desarrollo.

Unos años más tarde Belsky (1993), propone un modelo integrativo basado en el de Bronfenbrenner (1979).

Modelo eco-sistémico de Belsky.

El modelo eco-sistémico de Belsky (1993), recoge lo desarrollado por Bronfenbrenner y lo aplica al ámbito familiar, específicamente al ámbito de la violencia intrafamiliar, por lo que es considerado como una referencia obligada para la adecuada comprensión del maltrato infantil. Lo interesante de este modelo es que toma en cuenta las transacciones familiares con las que nos encontramos en cada nivel. (Moreno, 2001)

A nivel microsistémico, el autor hace referencia a las variables que implican características comportamentales y psicológicas concretas de cada uno de los miembros de la familia nuclear y de la interacción de estos mismos, por ejemplo la violencia de pareja, el desajuste marital y la falta de habilidades para resolver conflictos, se entienden como desencadenantes del maltrato. En este nivel es donde se debe poner énfasis, ya que el autor describe que otra de las características que pueden desencadenar el maltrato es la discapacidad en uno de los hijos.

El mesosistema lo describe como el conjunto de microsistemas en el que el niño, niña o adolescente se desenvuelve, es decir, discapacidad intelectual, alteraciones en la conducta normativa, expectativas desajustadas en los padres, entre otros.

El exosistema incluye a todos aquellos aspectos que rodean y por lo tanto afectan directamente al individuo, tales como las relaciones sociales, y el ámbito laboral de los padres. Referente a las relaciones sociales estas suponen que la ausencia de apoyo social y el aislamiento de los sistemas de apoyo provocan una reducción a la tolerancia al estrés en los padres o cuidadores, dificultando así la manera de afrontar de forma competente la interacción cotidiana y los cuidados del menor. En cuanto al ámbito laboral el autor hace referencia específicamente al desempleo de los padres, lo cual produce frustraciones en estos, las cuales tienen directa repercusión en sus hijos.

Por último, a nivel macrosistémico se distinguen dos variables, la primera es la situación económica-social que apunta a los aspectos de funcionamiento y de organización de la sociedad, los cuales afectan en las posibilidades de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual de ser apoyado o no en sus distintas dificultades. La segunda variable hace referencia a la ideología de la sociedad en la que el niño, niño o adolescente está inserto y las actitudes de esta hacia la infancia y la discapacidad intelectual.

Maltrato Infantil

Definir el concepto de maltrato infantil resulta importante fundamentalmente por dos aspectos (Moreno, 2001):

- Facilita y clarifica la comunicación entre los profesionales de área.

- Garantiza que la toma de decisiones sea apropiada en aspectos de protección a la infancia, esto tiene que ver con la vida, salud, bienestar físico y psicológico de los niños, niñas y adolescentes y sus familias.

La Organización Mundial de la Salud (1999), ante la gran cantidad de definiciones acerca del maltrato infantil estableció que el maltrato de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia, explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Así mismo la Organización Panamericana de la Salud o OPS (2006), conceptualiza al maltrato infantil como toda forma de abuso físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, que produzca daño potencial o real para el desarrollo, la supervivencia, la salud o la dignidad del niño, niña o adolescente, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o de poder.

La Convención sobre los Derechos del Niño, en su artículo 19 refiere que el maltrato infantil es toda forma de perjuicio o de abuso mental y físico, descuido o malos tratos mientras el niño se encuentra bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.” (United Nations, 2005)

Para UNICEF (2000), las víctimas del maltrato infantil y el abandono pertenecen al segmento de la población conformada por niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años, que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia emocional, física o sexual, en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede realizarse por omisión (por ejemplo abandono), supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos.

Para construir el concepto de maltrato en la infancia, Moreno (2001) expone la necesidad de realizar una pequeña aproximación al rol de la familia en el desarrollo del niño, niña o adolescente, ya que como se había expuesto anteriormente, cualquier alteración en el sistema familiar resulta ser determinante.

Cada familia es única y particular, sin embargo se puede indicar que todas éstas cumplen con criterios específicos que las describen, como por ejemplo, se puede decir que una familia es un núcleo humano integrado por dos o más individuos que comparten un mismo techo, en el cual se desarrollan funciones básicas como de alojamiento, interacción afectiva, alimentación y salud. Del mismo modo toda familia se encuentra en un proceso continuo de reestructuración y transformación, gobernada por pautas de interacción entre sus miembros lo que desempeña un cometido fundamental en la socialización del niño. (Moreno, 2001)

López (1995) plantea que la familia debe ser capaz de satisfacer no solo las necesidades básicas, sino también aquellas necesidades que resulten ser esenciales en los

niños, niñas y adolescentes, ya sea por sí misma o a través de programas e instituciones pertenecientes al sistema de apoyo de cada país.

Estas necesidades fundamentales de las cuales habla el autor resultan ser tres:

- Necesidades Cognitivas: se refieren a que el niño debe ser estimulado de forma sensorial, necesita el apoyo para explorar su entorno físico y social, explorar y comprender el significado de las cosas y adquirir un sistema de normas y valores.
- Necesidades Físico-Biológicas: se debe velar por la alimentación del niño, la vestimenta, la higiene, por su protección, salud y la debida supervisión.
- Necesidades Emocionales y Sociales: El niño debe sentirse aceptado, querido y apoyado en todo momento, de igual forma necesita relacionarse con sus pares y con la comunidad en general, debe hacersele partícipe de decisiones y/o situaciones familiares en las que esté implicado (por ejemplo, juegos).

Moreno (2001), refiere a que cuando el comportamiento del responsable de un menor pone en peligro o puede llegar a poner en peligro su salud psíquica o física, se puede calificar como una situación de malos tratos. Explica además que definir el maltrato infantil implica consensuar y valorar qué es peligroso o inadecuado para el niño, niña y/o adolescente, es decir, establecer cuáles son aquellas formas de crianzas inaceptables y peligrosas.

Tipología del Maltrato Infantil.

Los autores Fernández y Perea (2004), realizan una primera clasificación del síndrome de maltrato infantil basándose en la intencionalidad del daño, clasificándolo de esta manera en:

- Maltrato intencional.
- Maltrato no intencional. (Negligencia-“Accidente”)
- Maltrato indeterminado. (Cuando no es posible determinar la intencionalidad.)

Si bien estas clasificaciones destacan la causalidad entre los hechos, no resultan ser muy claras al describir qué comportamientos específicos conforman cada subdivisión. Un gran número de investigadores (Azaola, 2006; Gómez, M., Loredo, A., Cerezo, V., Jones, H & Perea, 2006; Mejía, 1996; Antequera, 2006; Marty & Carvajal, 2005, citados en Acevedo y Rodríguez, 2008) concuerdan en que existen algunos tipos de maltratos con mayor prevalencia e incidencia a nivel mundial, entre los cuales se nombran el maltrato físico, el maltrato emocional o psicológico, el abuso sexual, la negligencia, el abandono físico y el abandono emocional. Sin embargo, existen otras formas de maltrato que no han sido tan ampliamente indagadas pero que de igual modo forman parte de este espectro, tales como la explotación laboral, el maltrato institucional, la corrupción, el síndrome de Munchausen por poderes y el maltrato prenatal y la incapacidad para controlar la conducta del niño. Dentro de esta clasificación resulta de gran importancia destacar los términos de acción o activo y omisión o pasivo, ya que son éstas dos condiciones que rigen la división de las anteriores tipologías enunciadas.

Según Barudy (2005), es relevante distinguir desde el punto de vista de los comportamientos de los padres, entre los malos tratos activos y pasivos. Los activos el autor los define como aquellos comportamientos y discursos que implican el uso de la fuerza física, psicológica y/o sexual, por lo que su intensidad y frecuencia provoca daños en los niños, niñas y adolescentes, en estos casos se habla de maltrato activo o violación de derechos por acción. Por otro lado, se habla de maltrato pasivo cuando se refiere a la omisión de los afectos y de los cuidados que los niños, niñas y adolescentes necesitan para desarrollarse de manera sana. Este maltrato pasivo corresponde a situaciones de vulneración por omisión y negligencia.

A continuación se presentan los diferentes tipos de maltrato infantil, descritos por Moreno (2001):

Maltrato físico: Cualquier acción, es decir se habla de un maltrato activo, por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad temporal o permanente al niño, niña o adolescente, o al menos lo sitúe en grave riesgo de padecerlo.

Maltrato emocional: Se define como la hostilidad verbal de carácter crónico en forma de desprecio, insulto, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles por parte de cualquier miembro de la familia. Este conlleva a una acción que perdura en el tiempo.

Abuso sexual: Puede ser definido como cualquier tipo de contacto sexual con una persona menor de 18 años, por parte de un adulto en una posición de poder, ya sea para

realizar actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. Este tipo de maltrato se encuentra ubicado entre el maltrato físico y el emocional.

Negligencia: Es considerada como aquellas actuaciones inconvenientes por parte de los responsables del cuidado del niño, niña o adolescente, ante sus necesidades físicas, psicológicas, sociales, educacionales e intelectuales, así como también la privación de un desarrollo armónico.

Abandono físico: Acción de abandonar, es decir dejar algo o alguien, a quien se tiene la obligación de cuidar y atender. Toda situación en que el responsable del niño, de manera deliberada permite que el niño experimente un sufrimiento evitable y/o fracasa en proporcionarle a éste dos o más aspectos esenciales para su desarrollo.

Abandono emocional: Es la falta persistente de respuestas a señales de expresiones emocionales, conductas de interacción por el niño y la falta de iniciativa de contacto por parte de una figura adulta estable. Este tipo del maltrato alude a una persistente omisión del niño.

Explotación laboral: Situación en que los responsables del menor obligan a este a realizar una continuación de trabajos que excedan los límites de lo habitual en el contexto socio-cultural en el que el niño se desarrolla, con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres o cuidadores.

Maltrato institucional: Aquellos actos por parte de instituciones que violan los objetivos de cuidado del niño, niña o adolescente, es decir, prácticas que constituyan amenazas para el desarrollo del menor por parte de entidades públicas o privadas.

Corrupción: Son aquellas conductas que impiden la integración normal del menor a la sociedad y que refuerzan comportamientos antisociales. Se da cuando los padres o cuidadores del menor lo utilizan para cometer actos delictuales.

Síndrome de Munchausen por poderes: Se da cuando los padres o cuidadores someten a sus hijos a continuos ingresos a centros médicos y a exámenes, con el fin de simular una preocupación adecuada, inventando síntomas y patologías.

Maltrato pre-natal: Hace referencia a cualquier situación relacionada con el modo de vida de la madre en el período de gestación que ponga en peligro la vida del futuro niño o niña, pudiendo provocarle graves alteraciones psíquicas o físicas.

Incapacidad para controlar la conducta del niño: Alude a aquellas situaciones donde los padres o cuidadores manifiestan de forma clara la total incapacidad para manejar y controlar de una manera adaptativa el comportamiento del menor.

Maltrato por Negligencia.

Mejía (1996 citado en Acevedo y Rodríguez, 2008), define la negligencia parental como la privación a un niño, niña o adolescente de sus necesidades básicas como la alimentación, la educación el cuidado y la salud, cuando existe la posibilidad de brindar los medios para garantizar en el menor un buen desarrollo biopsicosocial.

Por otro lado, Barudy (1998), estipula que los niños, niñas y adolescentes deben recibir los cuidados necesarios con el objetivo de asegurar la vida de estos, su bienestar

y un desarrollo armonioso, al mismo tiempo sus derechos económicos, sociales, cívicos y políticos deben ser respetados permitiéndoles el desarrollo de sus potencialidades para que exista igualdad de oportunidades en las posibilidades de vivir, ser libres y felices. Según los principios propuestos el autor indica que toda acción u omisión cometida por un individuo en específico, instituciones de cualquier índole o por la sociedad en general que prive a los niños, niñas y adolescentes de cuidados, de sus derechos y libertades, impidiendo un pleno desarrollo, constituyen, por definición, un acto o una situación que entra en la categoría a la cual llama malos tratos o negligencia.

Posterior a la definición de Barudy, Oliván (1999) contribuye definiendo su concepto de negligencia como la comprensión de otros elementos importantes que son parte de las necesidades básicas del niño, definiéndola como: Aquella situación en la que las necesidades básicas del niño, niña o adolescente, a niveles físico, social, intelectual y/o psicológico, no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro adulto del grupo familiar con los que convive.

Autores como Vallejo y España (1997, citados en Acevedo y Rodríguez, 2008) aseguran que:

“Se debe entender por negligencia infantil toda consecuencia desfavorable para el niño, que se presenta por una acción inadecuada o descuidada de sus padres, siendo usualmente de forma involuntaria y accidental. Estos autores aportan a través del concepto, que el

comportamiento de los padres es usualmente involuntario y accidental, el cual es importante determinar para un adecuado manejo en el proceso de intervención familiar e individual.” (p.21)

Polansky, De Saix y Sharlin (1972), indican que la negligencia parental resulta ser un fenómeno silencioso, invisible e insidioso, el cual es provocado por una indiferencia de los miembros de la familia hacia el menor, es por esto que los casos de negligencia suelen ser en su mayoría crónicos y de mal pronóstico. Esto aporta hacia la comprensión del fenómeno de la negligencia, ya que alude a que ésta presenta una situación que pasa de manera desapercibida para la sociedad y poco entendida para la familia, cuando no se tiene un conocimiento del daño que le genera, convirtiéndose a medida que avanza en una problemática de mayor incidencia y por lo tanto más perjudicial para el niño que lo sufre.

Más tarde Becedóniz (2003, citado en Acevedo y Rodríguez, 2008) hace referencia a las necesidades básicas de los niños, niñas y adolescentes, describiendo categorías que dejan ver la conducta negligente de los padres o cuidadores, distinguiendo las siguientes: negar o retrasar los cuidados relacionados con la salud física y mental, no supervisarlos o hacerlo de manera inadecuada, ser irresponsable con el cumplimiento de la guarda y custodia, proporcionar un hogar inestable y en condiciones peligrosas con un inapropiado entorno sanitario, supervisar indebidamente la higiene

personal, y no atender a las necesidades nutricionales ni educativas a las que tiene derecho el niño.

Soriano (2005), describe que un comportamiento negligente es aquel que existe cuando la alimentación no es adecuada para la edad, no se atiende a las necesidades de vestido, calzado y de salud, haciendo énfasis a ésta última a la no proporción adecuada de vacunas, medicina y asistencia médica cuando el menor lo requiera, no atender a las necesidades educativas, presentándose ausencia escolar, higiene sin cuidado, poca supervisión de los padres o cuidador hacia el niño y continuos accidentes domésticos.

La negligencia parental es la forma de maltrato que consiste en el fracaso repetido por parte de los padres, cuidadores o de las personas responsables del cuidado de un niño, niña o adolescente, para proporcionarle los estándares mínimos de alimentación, vestido, atención médica, educación, seguridad y afecto, es decir, la satisfacción de sus necesidades básicas tanto físicas como emocionales (Clark & Clark, 2001, citados en Azaola, 2006).

Otra de las definiciones aceptadas describe a la negligencia parental como el tipo de maltrato más frecuente y posiblemente el de mayor mortalidad. Se hace necesario dejar en claro que la negligencia se distingue de los accidentes ya que estos últimos no tienen en cuenta la responsabilidad de los padres o cuidadores, mientras que en las negligencia siempre está presente el fallo por parte de los padres y/o cuidadores en

ofrecerle a los niños, niñas y adolescentes supervisión, amparo, atención médica, amor y abrigo. (Fernández y Perea, 2004)

Etiología la Negligencia.

Diversos autores (Wolfe, 1985 y Larrance y Twentyman, 1983) detectan a través de un estudio que las madres negligentes presentan distorsiones cognitivas similares a aquellas madres que son maltratadoras físicas, pero estas distorsiones se presentan con menor intensidad. Las madres negligentes se centran en una percepción negativa de sus hijos y en atribuciones internas y de carácter estables de sus comportamientos negativos. Esto parece corroborar el hecho de que, cuando sus hijos se comportan de una manera negativa o positiva, con éxito o fracaso no afecta a las atribuciones que los padres les hacen a tales conductas. El comportamiento de estos padres y madres negligentes a la hora de hacer frente a los problemas no es la agresión ni la irritabilidad, sino que la evitación.

Se distinguen cinco posibles tipos de madres negligentes (Polansky et al., 1972, Polansky, 1985): la madre inmadura, la madre apática, la madre con retraso mental, la madre psicótica y la madre con depresión reactiva. Esto, ya que la hipótesis esencial es que estas madres se encuentran objetivamente aisladas y subjetivamente solas, presentando grandes problemas emocionales. Las causas de esta soledad pueden deberse al infradesarrollo de las habilidades sociales, miedo a la cercanía, sentimientos de

inutilidad o rasgos de personalidad que provoquen rechazo, por lo que se dan pistas acerca de la importancia de los factores de personalidad para conseguir apoyo emocional e instrumental.

Hillson y Kuiper (1994), proponen como etiología de la negligencia el modelo de afrontamiento de estrés. Por ello, resaltan cuáles son las estrategias que utilizan aquellas madres y padres que tienen un alto riesgo de llegar a ser negligentes al momento de resolver problemas, estas son personas con:

- Falta de implicación psicológica.
- Falta de implicación conductual.
- Eliminación de actividades.
- Búsqueda de apoyo social inapropiado.

Crittenden (1993) y Milner (1995) plantean la perspectiva del procesamiento de información desde la psicología cognitiva, y que ésta contribuye a la capacidad para percibir los distintos aspectos esenciales de los estados emocionales de los niños, es decir, que los padres sean capaces de seleccionar respuestas adaptativas, interpretar de manera adecuada las percepciones y responder de forma satisfactoria a sus hijos. En el momento en que los padres experimentan la realidad e interpretan su significado lo realizan de diferentes maneras:

- a. Desde la percepción existiría un sesgo sistemático para no percibir aquellas señales de necesidad de atención y cuidado del niño, estas señales pueden ser de comunicación interpersonal como por ejemplo el llanto del niño, o contextuales, como el tiempo que lleva el niño sin comer, a las cuales algunos padres no son capaces de responder dada su exclusión perceptiva.
- b. Desde el punto de vista interpretativo, al momento de asignar significados a las señales del niño, las interpretaciones resultan ser inadecuadas en los padres negligentes, por la tendencia a sobrestimar la capacidad del menor de cuidarse por sí mismo o por creencias erróneas sobre las formas de cuidar de ellos.
- c. Desde la selección de respuestas, aquellos padres negligentes tienden a caer en la “indefensión aprendida”, esto es la tendencia a creer que ellos no pueden cambiar de manera eficaz las situaciones, y que ninguna respuesta será eficaz para satisfacer las necesidades de sus hijos. Eso se puede dar por no haber tenido modelos en los que aprender respuestas adecuadas o por la poca experiencia en el cuidado de niños.
- d. Finalmente, desde el “poner en marcha la conducta” existiría un sesgo sistemático en los padres negligentes que favorecería otras prioridades sobre las necesidades del niño. Dentro de estas se encuentran las demandas personales, las que resultan mayormente principales para estos tipos de padres.

Características de los Cuidadores Negligentes.

Como se ha mencionado a lo largo de la presente monografía, el maltrato por negligencia se produce dentro del entorno familiar, siendo el contexto principal y de mayor impacto en el desarrollo óptimo de los niños, niñas o adolescentes (Acevedo y Rodríguez, 2008). Sin embargo, retomando los temas mencionados anteriormente hay que tener en cuenta los otros niveles que influyen en los menores, así es como el contexto social forma parte importante para la explicación de éste fenómeno.

A continuación se exponen los factores individuales, familiares y sociales, mencionados, los cuales afectan directamente al niño, niña o adolescente.

- Factores Individuales.

Los factores individuales abarcan los comportamientos de los padres, madres y cuidadores, así como las conductas emitidas por el niño o niña para despertar el interés en estos.

Diversos autores (Lila y Gracia, 2005; Day, Peterson y McCracken, 1998, citados en Acevedo y Rodríguez, 2008) estipulan que una de las variables que determinan la aceptación o el rechazo por parte de la familia es la conducta que emite el niño o niña, indicando que ésta influye en la relación con los padres llegando a ser coactiva, mutua y bidireccional.

Es por esto, que se puede comprender que la conducta asimilada por el niño, es en cierto modo una consecuencia de la conducta que los padres o cuidadores mantienen

hacia él, de tal forma que la relación que se presenta en estos casos, es propiciada por una familia conflictiva que lo rechaza.

Se puede entender que el comportamiento de las madres negligentes se ve afectado por las relaciones establecidas con los otros, las cuales han sido marcadas por situaciones inestables, que no le permiten generar vínculos seguros y por lo tanto, genera una disminución en el contacto que establece con su hijo. (Acevedo y Rodríguez, 2008)

Pérez (1997) hace referencia a algunos factores predisponentes en los cuidadores negligentes, como por ejemplo, un embarazo no planeado ni deseado, padres jóvenes, padres que hayan sido niños maltratados, con pobre conocimiento de la crianza y el desarrollo del niño, padres con enfermedades agudas o crónicas, disturbios emocionales o falta de vínculo con el niño.

Se indica también que aquellos padres o cuidadores que critican y rechazan, tienden a afectar las relaciones con los hijos, generando en ellos la evitación de la intimidad emocional. Además se alude a que debido al uso de sustancias, a la depresión, a los problemas personales u otras variables vivenciadas por las madres, son menos sensibles a las necesidades de sus hijos, interfiriendo por lo tanto en la estabilidad para proporcionar las necesidades adecuadas. (Perry, 1999)

Lila y Gracia (2005, citados en Acevedo y Rodríguez, 2008) mencionan que la acumulación de eventos estresantes para la familia, son un gran indicador de rechazo parental. Por lo tanto es posible afirmar cuando se presentan uno o más factores de riesgo precipitan la conducta de rechazo y por lo tanto, la negligencia de los cuidadores.

Moreno (2001), hace referencia a que el retraso mental puede ser también un posible desencadenante de la negligencia, debido a que las madres que presentan esta condición se encuentran más aisladas socialmente. Pero hay que tener en cuenta a que el enunciado no se debe entender desde otra perspectiva, ya que no existe correlación directa entre madres con discapacidad y la negligencia.

En síntesis, los factores individuales considerados como las principales causas del maltrato por negligencia en los padres o cuidadores de los niños o niñas son, la inmadurez, la depresión, aquellos sentimientos de inutilidad, la apatía, las adicciones a sustancias psicoactivas, el estrés, las psicopatologías, aquellas distorsiones cognitivas, el coeficiente intelectual bajo, la mala aplicación de pautas de crianza, la intolerancia y aquellas enfermedades agudas o de tipo crónicas. (Acevedo y Rodríguez, 2008)

- Factores Familiares.

Lila y Gracia (2005) indican que la familia se compone de distintas variables como la cohesión familiar, el nivel de conflicto familiar, la expresión de sentimientos, el grado de autonomía de los miembros de la familia, la participación en actividades conjuntas y del nivel obtenido para compartir inquietudes culturales o intelectuales.

Los factores familiares incluyen a todas las relaciones que encontramos dentro de una familia, como las relaciones maritales, relaciones de pareja y relaciones filiales, así como la historia de esta y el desarrollo de cada uno de sus integrantes. Es por esto que aquellas relaciones conflictivas en las familias, acompañadas de castigos y rechazos,

son consideradas generadores de ambientes inseguros, estimulando la ansiedad y la agresividad. (Covadonga, 1999, citado en Acevedo y Rodríguez, 2008).

En la relación entre los padres generalmente se presentan problemas en la inestabilidad en el manejo del poder lo que resulta ser una influencia negativa para el niño si se presenta de forma permanente y por tanto afecta a su autonomía y confianza. Se debe resaltar que cuando los padres se muestran agresivos entre sí en la presencia del niño o niña resulta una forma de negligencia de igual manera ya que tiene un impacto en el área emocional del niño. (Covadonga, 1999; Moreno, 2002, citaods en Acevedo y Rodríguez, 2008).

Las relaciones conflictivas en la familia y la inestabilidad en la relación entre los padres, conforman dos aspectos involucrados en el clima familiar, el cual puede ser considerado como otra variable que puede provocar un maltrato negligente al niño o niña.

Darling y Steinberg (1993, citados en Acevedo y Rodríguez, 2008), indican que el clima familiar es de gran relevancia ya que este permite la interpretación de las conductas de cada miembro, y de las interacciones que se generan al interior del hogar. Se hace necesario resaltar que esta variable es uno de los factores más importantes, el cual abarca varios comportamientos que influyen en las conductas e interacciones de los cuidadores hacia el niño a su cargo.

Resulta de gran importancia develar las experiencias vividas por cada padre o cuidador del niño o niña, ya que Gómez y De Paúl (2003) aluden que en la historia de infancia de los cuidadores es característico que la mayoría de ellos hayan sido

rechazados y maltratados por sus padres, convirtiéndose probablemente en maltratadores de sus hijos. Perry (1999) reafirma lo mencionado diciendo que "en las familias maltratantes, es común que este rechazo y abuso sean transgeneracionales. El padre negligente, fue un niño que sufrió negligencia. Crían como fueron criados" (p.6). Sin embargo se debe tener en cuenta lo propuesto por Garnezy (1983, citado en Acevedo y Rodríguez, 2008) donde denominó "error etiológico, error que consiste en que, mientras que retrospectivamente la historia de maltrato conduce de forma aparentemente inevitable a maltratar, prospectivamente haber sido maltratado no lleva necesariamente al maltrato" (p. 452).

Moreno (2002) comparte lo expuesto anteriormente indicado que los cuidadores negligentes repiten con sus hijos el modelo de crianza que tuvieron de pequeños, verificando que esto se debe a un ejemplo parental inapropiado, del cual se muestran evasivos al momento de tener que referirse a su niñez.

En conclusión, los factores familiares que predisponen un maltrato por negligencia de los padres a sus hijos son, la historia personal de infancia de cada uno o historia de aprendizaje, el clima familiar, las relaciones inestables de pareja, las relaciones con los hijos en el método de disciplina que es utilizado, el cuidado y la atención.

- Factores Sociales y Contextuales.

Los factores sociales pretenden abarcar aquellas relaciones que vienen luego del núcleo familiar, así como la familia extensa del niño o niña, los vecinos, los profesores, amigos de los padres, entre otros. Se alude a los grupos sociales que el infante frecuenta regularmente, con los cuales se tiene que comunicar y en donde los padres o cuidadores suelen encontrar la red de apoyo. Los factores contextuales hacen referencia a las variables socioeconómicas, el ambiente laboral de los padres o cuidadores, problemas judiciales, etc. a los que están expuestos los padres, siendo el medio donde se desenvuelven. (Acevedo y Rodríguez, 2008)

En cuanto a las relaciones de los padres con la familia extensa, Moreno (2002) describe que aquellos padres negligentes presentan una comunicación conflictiva, por lo que el apoyo recibido no es el que debiese ser brindado, creando desatención por parte de aquellos familiares en las necesidades básicas del niño, cuando este por problemas en la familia nuclear debe quedar al cuidado de otro.

Es por esto que se puede indicar que las familias con padres negligentes no proporcionan una colaboración pertinente con la familia extensa, presentándose una despreocupación entre los mismos la cual llega a damnificar a los hijos por las relaciones poco sanas que se mantienen. (Acevedo y Rodríguez, 2008)

Referente a la educación, son los padres y los maestros en las clases los encargados de brindar de manera asertiva el aprendizaje al niño. Covadonga (1999, citado en Acevedo y Rodríguez, 2008), refiere que los valores de la escuela deben coincidir con los valores familiares, ya que ambos corresponden a contextos en donde el niño se integra y se desarrolla. Por lo tanto si estos valores no son los mismos el

desinterés de los padres sobre la escuela entorpecerá el desarrollo del infante, ya que dejará de ser visto como un ambiente optimizante.

Por otro lado, diversos autores (Cochran & Niego, 1995; Gracia & Musitu, 2003; Lila y Gracia, 2005, citados en Acevedo y Rodríguez, 2008) indican que algunas de las variables contextuales que afectan a las actitudes y conductas de los padres son, el estatus socioeconómico, la adaptación, la integración, la comunicación y la participación. Por lo que aluden a que, una mayor participación y adaptación al sistema social, garantiza mejores relaciones con los hijos, relacionándose de manera más cálida y afectuosa. Asimismo una mayor integración con los contextos sociales brinda a los cuidadores mayores redes de apoyo para afrontar diversos problemas en el ámbito emocional en cuanto a las necesidades de apoyo y protección del menor. Sin embargo resulta imprescindible mencionar que aquellas familias negligentes no mantienen la adaptación mencionada, por lo cual, los diversos problemas que se producen fuera de la familia pero que los afecta como una crisis económica, problemas legales o dificultades laborales pasarían a ser eventos estresantes.

Es así como Pérez (1997), hace referencia a los factores culturales y sociales a los que se ven expuestas las familias, mencionando los siguientes: "Aceptación de patrones de violencia en la educación de los niños; escasos recursos económicos; problemas laborales; bajo nivel cultural; alta movilidad social; emigración; marginación; hacinamiento; prostitución y/o delincuencia de los padres; falta de apoyo social" (p.153).

Las autoras Acevedo y Rodríguez (2008), explican la importancia que tiene el rol de la sociedad y el contexto en el que se desenvuelven las familias, así como las

dificultades con las que se encuentran aquellos padres que no pueden adaptarse de manera adecuada al ambiente que los rodea.

Se puede hacer referencia a que los factores sociales y contextuales que inciden en el maltrato por negligencia son los escasos recursos económicos, las relaciones inestables con la familia extensa, problemas laborales, hacinamiento, prostitución, falta de apoyo social, ambientes con altos porcentajes de delincuencia y la marginación. (Acevedo y Rodríguez, 2008)

Resulta importante destacar que los factores individuales, familiares, sociales y contextuales, son variables relacionadas entre sí, ya que llevándolo al modelo ecológico y eco-sistémico planteados en un principio, cada uno de estos niveles genera repercusiones en los otros, afectando de esta manera las interacciones en cada uno de los niveles y por tanto en el niño, niña o adolescente.

- Factores de Riesgo de la Negligencia.

Las autoras Fernández y Perea (2004), describen como el grupo más vulnerable al riesgo del tipo de maltrato por negligencia a aquellos niños, niñas o adolescentes que no hablan, y que por tanto se les hace difícil la tarea de comunicar.

Resulta inevitable que la pobreza pueda afectar a la capacidad de los padres o cuidadores para satisfacer las necesidades físicas de sus hijos. Sin embargo se propone que la pobreza por sí misma no es una razón suficiente para poder clasificar a los padres como negligentes.

Existen estudios que revelan que la mayoría de los niños, niñas o adolescentes que forman parte de familias pobres no sufren de ningún tipo de maltrato o negligencia. En muchas ocasiones las condiciones deficientes de los niños, niñas o adolescentes mejoran cuando tienen el apoyo de programas que los proveen de ayudas. Es por esto que la incapacidad de la sociedad para proveer un nivel mínimo adecuado de sobrevivencia a los menores, ha sido llamada también un “maltrato o negligencia social”. (Clark & Clark, 2001, citados en Azaola, 2006)

Belsky (1993) en su modelo eco-sistémico desarrolla los factores de riesgo asociados al maltrato que pueden favorecer la negligencia. En los niños, niñas y adolescentes los factores de riesgo asociados son la discapacidad, las enfermedades frecuentes y problemas en la conducta. En los padres o cuidadores los factores presentes son la falta de tolerancia al estrés, la falta de habilidades para hacer frente a los conflictos, las expectativas desajustadas y el elevado número de hijos. En cuanto al nivel socio-económico el factor de riesgo presente en este es la inestabilidad y el rechazo social.

Manifestaciones Externas e Indicadores de la Negligencia.

Las manifestaciones físicas de las negligencias parentales pueden ser muy variadas, pero la mayoría de los autores coinciden en los mismos 6 indicadores como forma de desprotección frecuente. (Moreno, 2001)

1. La alimentación del menor: Una alimentación adecuada resulta esencial para el período de desarrollo de los niños y niñas, por lo que una escasa o mala alimentación puede desencadenar graves repercusiones. En algunos casos se ha observado que los padres negligentes proporcionan a sus hijos alimentos no adecuados para su edad o en mal estado e incluso cosas no comestibles, sin ser conscientes de ello. Esto se evidencia claramente en deficiencias nutritivas graves como en diarreas agudas, vitaminopatías o carencia de vitaminas lo cual lleva incluso al raquitismo, abundante número de caries y enanismo en las tallas de ropa.
2. La higiene del menor: Hace referencia a la falta o nula higiene corporal en el menor. El niño se muestra constantemente poco aseado, con el pelo enmarañado, dientes sucios, piel manchada y llevando frecuentemente ropa rota o en mal estado, dando como resultado infecciones frecuentes en la boca por falta de higiene dental, enrojecimiento en zonas íntimas por falta de cuidado en el cambio de pañales, lo cual puede provocar en los menores graves consecuencia como la irritación de zonas sensibles como los genitales.
3. La vestimenta del menor: Alude a la inapropiada ropa que usa el menor en relación con la época climática del momento, pudiendo causar graves lesiones en él. Esto se agrava especialmente en aquellas épocas del año en las que el frío o el calor resultan ser excesivos.

4. La supervisión del menor: Hace alusión a la vigilancia, protección y seguridad de los niños y niñas, tanto dentro como fuera del hogar, con especial énfasis en los primeros años de vida, ya que este periodo es en el que se necesita una mayor atención, cuidado y protección. Los accidentes domésticos por negligencia de los padres o cuidador más frecuentes son: Congelaciones; deshidrataciones; quemaduras por excesiva exposición al sol o por descuido en la cocina; intoxicaciones; lesiones producidas por objetos corto-punzantes; lesiones por caídas al suelo desde la cama, el cambiador, la mesa, por las escaleras e incluso por balcones; asfixia por alimentos o por pequeños objetos que los niños llevan a la boca; descargas eléctricas; accidentes producidos por dejar largas horas al menor solo sin que nadie lo supervise; etc.

5. Los cuidados médicos del menor.

Hace referencia a los cuidados sanitarios del niño o niña, manifestándose de dos formas: Despreocupación por visitas de salud como revisiones médicas periódicas y vacunaciones estipuladas, además de cuidados médicos de rutina; y Despreocupación por el menor enfermo, acudiendo tarde a centros de salud en casos graves, ignorando los consejos ante las enfermedades de tipo crónicas, incumplimiento de los tratamientos especificados, negar la aplicación de determinadas medidas que el menor requiere con urgencia, aportar insuficientes datos clínicos previos del menor y despreocupación por aquellas enfermedades discapacitantes.

6. La educación del menor: En este indicador la negligencia se produce cuando los padres o cuidadores del menor no manifiestan interés por las necesidades educativas de este, produciendo limitaciones tanto en su desarrollo cognitivo como en su desarrollo social. Algunas repercusiones en los niños, niñas y adolescentes son, el retraso en la conformación de un lenguaje y una motricidad sólida, inadecuación en la adquisición de conocimientos, ausencia de estimulación fundamental en las etapas pre-escolares, problemas en el aprendizaje o fracaso escolar en la adolescencia.

Consecuencias de la Negligencia Parental.

Para indicar las consecuencias resulta importante señalar que el maltrato negligente no es intencional, esto quiere decir, que los padres o cuidadores no son conscientes de las desprotecciones en sus hijos. Como se mencionaba anteriormente, la negligencia es un tipo de maltrato silencioso, invisible e insidioso, donde la familia muchas veces no tiene conocimiento del daño que genera. (Polansky, De Saix y Sharlin, 1972, citados en Acevedo y Rodríguez, 2008). Es por esto que se estima relevante dar a conocer las consecuencias de este tipo de maltrato, ya que no siempre resultan visibles para la sociedad.

1. El estancamiento en las habilidades sociales: Los niños y niñas maltratados negligentemente no tienen las oportunidades de expresarse libremente, por lo

cual la capacidad de participar en conversaciones y plantear sus puntos de vista, se encuentra omitida convirtiéndolos en muchas ocasiones en personas con una personalidad indiferente, pasiva, individualista, conformista y dependientes. (Barudy, 1998)

2. Trastornos de apego: Los malos tratos producen en los niños y niñas trastornos en la capacidad para establecer relaciones sanas con ellos mismos y con los demás, traducándose en individuos con comportamientos poco empáticos, inseguros, ansiosos, ambivalentes, desorganizados y esquivos. (Barudy, 2000)
3. Daño traumático: Goleman (1996), indica que las distintas formas de maltratos inducen estrés y dolor crónico de gran intensidad, este dolor no solo es físico sino que también psicológico. Mientras menor sea la edad del niño o niña maltratado mayor podrá ser el daño cometido.
4. Trastornos en los procesos educativos: Ocurren trastornos en esta área ya que los padres o cuidadores no son capaces de desarrollar competencias en sus hijos, produciendo repercusiones tanto en su desarrollo cognitivo como en su desarrollo social. (Moreno, 2001)
5. Deterioro de la autoestima: Los malos tratos generan en el niño desconfianza en sí mismo, perjudicándolo en las posibilidades que tiene para identificarse positivamente con grupos de personas, como en su familia y en su vecindario. (Barudy, 2000)
6. Trastornos del desarrollo: Como se ha nombrado en reiteradas ocasiones en el desarrollo de la presente monografía, los malos tratos dificultan, limitan o

impiden el desarrollo armonioso de los niños, provocando alteraciones importantes en el desarrollo emocional y físico. (Barudy, 1998)

7. Trastornos en los procesos de resiliencia: Aquellos niños que han sido víctimas de maltrato negligente no presentan la capacidad de resignificar aquellos obstáculos pasados en sus vidas, no alcanzando un desarrollo suficientemente sano. (Barudy, 1998)

Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil

Las autoras Berástegui y Gómez (2006) describen que la infancia con discapacidad ha sido, y al día de hoy sigue siendo, una población cuyos derechos han sido negados y violados a lo largo de la historia y en la mayoría de las culturas, y con toda posibilidad, la población más vulnerable a todo tipo de maltrato.

Morales y Costa (1997 citados en Berástegui y Gómez, 2006) hacen énfasis en que, si bien, 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, 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 Trunbull, 1999 citados en Berástegui y Gómez, 2006), 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.

- Tipos de Maltrato y Contexto

Se debe mencionar que en la mayor parte de los casos los malos tratos a las personas con discapacidad se producen en el entorno doméstico. (Marge, 2003; National Center on Child Abuse and Neglect, 2003; Oliván, 2002; Sobsey, 1994; Sullivan y Knutson, 2000; Ticoll, 1994; Verdugo et al., 1993 citados en Berástegui y Gómez, 2006)

Berástegui y Gómez (2006) estiman pertinente la pregunta, ¿Son los menores con alguna discapacidad vulnerables por igual a todo tipo de maltrato y en todos los contextos de desarrollo? Aunque algunas investigaciones indican que los menores con discapacidad sufren los mismos tipos de maltrato y en proporción similar al resto de la población infantil (Oliván, 2002), gran parte de los estudios reflejan una mayor incidencia de abusos en menores con discapacidad intelectual. Por ejemplo, una investigación realizada por Sullivan y Cork (1996) detecta en la población estadounidense un aumento de 2,2% en la incidencia de abuso sexual, un 1,8% en la incidencia del comportamiento negligente y un 1,6% en la incidencia del maltrato físico.

- Tipos de Discapacidad y Maltrato

Cuando se habla de discapacidad, tanto en niños como en adultos, están haciendo referencia a una gran diversidad de situaciones. El carácter psíquico, físico o sensorial de

la discapacidad posiciona a los niños y niñas en contextos evolutivos muy diferentes. Se estima que el aumento de incidencia del maltrato se produce en cualquier tipo de discapacidad aunque se ha observado que el abuso más frecuente es en discapacitados psíquicos o discapacitados intelectuales, que en otros tipos de discapacidad (Cooke y Staden, 2002, citados en Berástegui y Gómez, 2006).

Sin embargo, Oliván (2002), no apoya la hipótesis de una diferente distribución del riesgo de maltrato en función del tipo de discapacidad.

- Factores de Vulnerabilidad del Niño y/o la Discapacidad

Uno de los primeros factores asociados a la propia discapacidad y que por lo tanto aumentan el riesgo en los niños, niñas o adolescentes de sufrir episodios de maltrato, es la dificultad de reconocimiento, lo cual repercute directamente en la capacidad de defenderse inmediatamente frente al maltrato o denunciarlo posteriormente. (Berástegui y Gómez, 2006)

Como segundo factor de vulnerabilidad, surge la mayor necesidad de atención en la higiene personal y el cuidado físico de muchos de los menores con discapacidad, lo cual propicia situaciones específicas para el abuso sexual. (American Academy of Pediatrics, 2001; Ellis y Hendry, 1998; Hernández et al., 2002; Morris, 1998 citados en Berástegui y Gómez, 2006). Por lo mismo, se infiere que el riesgo crece con la cantidad, y la mayor intimidad, del cuidado necesitado por el niño (Briggs, 1996).

En tercer lugar, estos infantes en variados casos se encuentran a cargo de personas diferentes que cambian con cierta frecuencia, lo que por un lado aumenta la posibilidad de sufrir abuso por parte de alguna de estas personas, y por otro lado, reduce el estrés que tendría un solo cuidador, y por consiguiente, la probabilidad de maltrato intrafamiliar. (American Academy of Pediatrics, 2001 citado en Berástegui y Gómez, 2006)

El hecho de estar al cuidado de variadas personas, especialmente si la frecuencia de cambio es alta, conlleva a un cuarto factor de vulnerabilidad, ya que crece la dificultad de que estos menores puedan discriminar entre quién es un extraño y quién no, a quién se le puede permitir ciertos tipos de contactos y a quiénes no. (Berástegui y Gómez, 2006)

Hernández et al. (2002) exponen cómo en un programa de prevención del abuso sexual para discapacitados intelectuales se necesitó 10 sesiones de trabajo para que distinguieran un extraño de alguien que no lo era. Esta gran 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.

En síntesis, entre las dificultades para el reconocimiento del hecho abusivo como tal, se puede indicar que se debe al mayor contacto físico de los cuidadores con el menor lo que produce una mayor dificultad para establecer la frontera entre el propio cuerpo y el cuerpo del otro, lo que propicia la dificultad para distinguir lo que es un contacto físico normal de un contacto abusivo, no solo en el ámbito sexual, sino que se hace

referencia al maltrato físico. Se destaca por ejemplo cómo el carácter doloroso de algunos tratamientos de rehabilitación o estimulación hacen que los menores tengan dificultades para distinguir entre el dolor adecuado del inadecuado, por lo tanto, se puede indicar que tienen problemas a la hora de reconocer cuándo están siendo agredidos y cuándo están siendo tratados de alguna dolencia. (American Academy of Pediatrics, 2001 citado en Berástegui y Gómez, 2006)

El aumento de la dificultad para reconocer abusos y maltratos que presentan estos niños, niñas y adolescentes, dificulta la detección y la denuncia temprana de estas situaciones, posicionándolos al mismo tiempo a situaciones mayores de riesgo. Esta dificultad nombrada anteriormente puede generar en el maltratador cierta sensación de impunidad al pensar erróneamente que si la víctima no reconoce el maltrato como tal, no solo no será denunciado, sino que tampoco está realizando daño y por tanto haciendo nada malo ni contrario a su dignidad. (American Academy of Pediatrics, 2001 citado en Berástegui y Gómez, 2006)

Como factor de vulnerabilidad específico en los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual, sin dejar de lado los nombrados anteriormente, se indica que los menores con estas características tienen en ocasiones dificultades especiales tanto para oponerse al maltrato como para comunicarlo y denunciarlo. En alguna medida esto se debe a que presentan una mayor dificultad emocional para poner en riesgo una relación de la que se depende, en algunas ocasiones vitalmente, y para oponerse a la

figura de autoridad cuando han sido educados en la sumisión, la dependencia y la obediencia. (American Academy of Pediatrics, 2001 citado en Berástegui y Gómez, 2006)

Cuando la discapacidad presenta graves dificultades en la comunicación, existen también mayores dificultades para quejarse de manera adecuada o para denunciar a pesar de que se reconozca el maltrato como tal (Morris, 1998, citado en Berástegui y Gómez, 2006)

- Factores Familiares

En las familias que tienen hijos con discapacidad se puede encontrar un aumento de las fuentes de estrés familiar, una dificultad para capacitarse o acceder a recursos de afrontamiento adecuados y una mayor problemática para evaluar la situación desde el punto de vista positivo. (Berástegui y Gómez, 2006).

Las dificultades nombradas, predicen un mayor riesgo de que el núcleo familiar emprenda respuestas poco adaptativas como la negligencia o el maltrato, según los modelos de afrontamiento familiar y estrés. (Hill, 1949; McCubbin y Paterson, 1983; McCubbin, Thompson y Former, 1998 citados en Berástegui y Gómez, 2006).

En este sentido se puede indicar que tener un hijo con discapacidad aumenta las fuentes de estrés tanto físicas, como emocionales, económicas y sociales de las familias (Benedict et al., 1990; Hernández et al., 2002 citados en Berástegui y Gómez, 2006). Las necesidades especiales del menor se suman a las necesidades de cualquier otro niño, que no presente discapacidad, disparando de este modo el nivel de demandas que tiene que

enfrentar la familia, por lo tanto produce estrés, que en ocasiones puede derivar en maltrato activo o en omisión. (Ammerman et al., 1993)

Algunos autores describen que ser negligente con las necesidades del niño, niña o adolescente con discapacidad intelectual, resulta ser más sencillo debido a la cantidad de demandas, las cuales en ocasiones resultan ser de naturaleza desconocida para la propia familia (Hernández et al., 2002). En conclusión, el aumento de las demandas que van unidas a la discapacidad aumenta el riesgo de maltrato, ya que su desconocimiento puede conducir a negligencia y su conocimiento a un aumento del estrés que favorece la agresión física. (American Academy of Pediatrics, 2001; Sullivan et al., 1998 citados en Berástegui y Gómez, 2006)

La capacidad de evaluar la situación estresante desde el punto de vista positivo se ve dificultada en estas familias, ya que en primer lugar se puede establecer el desequilibrio entre las expectativas y la realidad, que se da en la familia al momento de conocer la discapacidad del niño.

Resulta de importancia destacar que la tarea de las familias, de encontrar los recursos adecuados de enfrentamiento en la crianza de sus hijos resulta un gran reto. Son más los recursos necesarios, y están menos accesibles socialmente. Adicionalmente es más difícil para ellas encontrar los apoyos sociales adecuados, siendo frecuente un mayor aislamiento social de la familia (Ammerman et al., 1993 y Hernández et al., 2002 citados en Berástegui y Gómez, 2006).

- Factores Educativos

La educación tradicional que han recibido los niños, niñas y adolescentes con discapacidad en cierto modo tiene que ver con el aumento del riesgo en la educación en el campo de la autonomía, los afectos y la sexualidad. (Berástegui y Gómez, 2006).

En una primera instancia es importante tener en cuenta que muchos de estos niños son educados, tanto en la escuela como en las familias, para obedecer a un adulto a cargo y someterse a sus indicaciones. Es por esto que se encuentra entre ellos una mayor dificultad para decir que “no” o para fiarse de sus propios criterios frente al criterio de los adultos (Sullivan y Cork, 1996; American Academy of Pediatrics, 2001; Hernández et al., 2002, citados en Berástegui y Gómez, 2006).

Como segunda instancia es importante tener en cuenta la falta de educación sexual, la cual deriva en que estos menores no son orientados apropiadamente para distinguir las muestras de atención o de cariño, apropiadas e inapropiadas, algo así como los “toques buenos” y los malos, ni para adecuar las manifestaciones afectivas al contexto, por lo que resulta difícil abrir vías de expresión adecuadas para su propia sexualidad y para proteger su intimidad (Bailey, 1998; American Academy of Pediatrics, 2001; Hernández et al., 2002, citados en Berástegui y Gómez, 2006).

Los factores de riesgo presentados aluden a la importancia de generalizar los programas de educación sexual en las personas con discapacidad, especialmente a los adolescentes, poniendo énfasis en los discapacitados intelectuales, y en el entrenamiento de las habilidades sociales.

- Factores Sociales

En último orden pero no de menos importancia nos encontramos con los factores sociales. Existe una serie de factores contextuales relacionados con la visión social que existe sobre la discapacidad que los sitúan como víctimas fáciles de cualquier tipo de maltrato. (Berástegui y Gómez, 2006)

En este nivel nos encontramos con un grave problema, ya que las autoras indican que a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad se les reconocen, en la práctica, menos derechos que al resto (Kennedy, 1996; Morris, 1998, citados en Berástegui y Gómez, 2006).

Lo dicho anteriormente, convierte a los menores con discapacidad en “blancos fáciles”, ya que son percibidos por los potenciales agresores, independientemente de si son miembros o no de su familia, como más vulnerables, más sumisos y menos capaces de revelar el maltrato (American Academy of Pediatrics, 2001, Ellis y Hendry, 1998 citados en Berástegui y Gómez, 2006).

Esta concepción no solo forma parte del imaginario del maltratador sino que, efectivamente, se ha comprobado la escasa credibilidad que se otorga a los testimonios y denuncias de estos niños. Como en todos los casos de maltrato infantil, pero quizás aún más agudizado, la falta de confianza en el testimonio de estos niños está basada en un deseo de no pensar lo impensable (Brown y Craft, 1989).

Si bien, los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, especialmente intelectual, son atendidos en sus síntomas y se presta credibilidad a sus discursos, en variadas ocasiones no se intervienen, esto ya que existe la falsa creencia de que el maltrato los afecta en menor medida, por el supuesto de que ellos no se dan cuenta

(Briggs y Potter, 2004; Sobsey, Randall y Parrilla, 1997; Bailey, 1998 citados en Berástegui y Gómez, 2006).

Para finalizar, las autoras Berástegui y Gómez (2006) establecen como innegable que el abuso produce consecuencias negativas en el discapacitado intelectual, ocasionando ansiedad, miedo, aumento en la sensación de aislamiento, en la pérdida de autoestima, y refuerza los sentimientos de culpa, frustración, incapacidad, vergüenza, depresión y estigmatización, llegando algunos niños incluso a estados psicóticos teñidos por la confusión y la rabia.

Antecedentes Empíricos

En relación a los dos temas de investigación descritos anteriormente, Discapacidad Intelectual y Negligencia Parental, se presentan a continuación estudios realizados en los últimos años, con el objetivo de sustentar mediante investigaciones empíricas los antecedentes conceptuales. Resulta de importancia destacar que las investigaciones que se presentan fueron desarrolladas tanto a nivel nacional como a nivel internacional.

El primer estudio empírico analizado fue realizado por el Doctor G. Oliván Gonzalvo, en julio del año 2002 en España, sobre “*Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo*”. Tiene por objetivo determinar en una amplia serie de niños maltratados, la prevalencia de niños con enfermedades discapacitantes y sus características demográficas, la frecuencia con la que ocurre el maltrato y el tipo, así como también revelar las características del maltratador y de los factores de riesgo socio-familiares y socio-ambientales asociados con el maltrato en el grupo de niños con discapacidad. Por lo demás, sobre la base de los resultados, aportar información para el conocimiento de la etiopatogenia del maltrato en este grupo de niños. La muestra fue intencionada, ya que el estudio fue de carácter retrospectivo transversal, durante 10 años (de junio de 1991 a junio de 2001). Se utilizó como método la revisión de los expedientes sanitarios y socio-familiares de 1.115 menores que ingresaron por malos tratos en centros de acogida de la provincia de Zaragoza. Se

incluyeron aquellos menores maltratados que presentaban a su ingreso una discapacidad física, psíquica y/o sensorial. Se definió una “enfermedad discapacitante” como aquella enfermedad que requiere asistencia y cuidados médicos especiales en el ámbito de la comunidad, que como resultado de los síntomas de la enfermedad existen alteraciones de las aptitudes físicas, psíquicas y/o sensoriales que persisten por tiempo prolongado o indefinido y que acarrear limitaciones funcionales en importantes actividades de la vida diaria, con o sin minusvalía. Los tipos de maltrato y los factores de riesgo socio-familiares y socio-ambientales asociados con el maltrato se definieron siguiendo estudios previos de ámbito nacional.

Durante el período de estudio ingresaron en centros de acogida por sufrir malos tratos 62 menores con discapacidad física, psíquica y/o sensorial, lo que representó el 5,56 % del total de ingresos en dicho período. Respecto a las características demográficas, fueron 36 varones (58 %) y 26 mujeres (42 %). La edad media del grupo fue de 7,47 años con un rango de 0-17 años. La distribución por grupos de edad fue: lactantes-preescolares (0-5 años), 43,5 %; escolares (6-11 años), 25,8 %; adolescentes (12-17 años), 30,6 %.

Los principales resultados obtenidos referentes a la discapacidad más prevalente fue la psíquica (35,5 %), representada fundamentalmente por el retraso mental, el trastorno generalizado del desarrollo, trastorno de personalidad límite como la esquizofrenia y otras disfunciones del desarrollo neurológico. Le siguieron en frecuencia

la discapacidad mixta (27,4 %), la discapacidad física (25,8 %) y la discapacidad sensorial (11,2%), representadas fundamentalmente por parálisis cerebral infantil, síndrome de inmunodeficiencia adquirida sintomático y sordomudez, respectivamente. En cuanto a los distintos tipos de maltrato en los menores discapacitados, la negligencia y el abandono físico fue el tipo de maltrato más frecuente (82,2 %), tanto en los diferentes tipos de discapacidad como en el conjunto de niños discapacitados, seguido por el maltrato emocional (19,3%), maltrato físico (17,7%), maltrato mixto (16,1%) y finalmente el maltrato sexual (6,4%). El 16,1 % de los casos sufrieron más de un tipo de maltrato.

Referente al orden de frecuencia de los factores de riesgo, socio-familiares y socio-ambientales, (Pobreza, falta de recursos económicos y paro laboral; Aislamiento social/marginación; Minoría étnica; Familia monoparental; Drogadicción; Vivienda deficiente o falta de vivienda; Enfermedad física discapacitante; Enfermedad psíquica; Alcoholismo; Delincuencia. Violencia familiar; Prostitución; Madre adolescente) los más significativos que presentaban los menores discapacitados, asociados con el maltrato, son la pobreza, falta de recursos económicos y paro laboral (32,2%) y aislamiento social/marginación (27,4%). Un 93,5 % de los casos presentó al menos un factor de riesgo y el 64,5% presentó más de uno. Si nos fijamos en el tipo de maltratador más frecuente de los menores discapacitados resultó ser la madre (83,8 %), seguido por el padre (56,4%), ambos progenitores (46,7%) y los más inusuales son otros familiares o cuidadores (6,4%).

Este estudio se ha considerado sumamente relevante ya que, para efectos de la presente monografía, permite corroborar la relación existente entre el maltrato por negligencia infanto-juvenil y la discapacidad intelectual, conceptualizada en el estudio recién expuesto como retraso mental. Además confirma que el maltratador más frecuente en los niños, niñas y adolescentes con discapacidad son sus propias madres. Así mismo el estudio permite comprender la incidencia que los factores de riesgo socio-familiares y socio-ambientales tienen en las personas con discapacidad, destacando el elevado porcentaje de familias con más de un factor de riesgo (familias multiproblemáticas) que casi duplicó a las familias maltratadoras de su mismo entorno pero que no presentaban el factor de riesgo de la discapacidad de su hijo. (Oliván, 1999)

El segundo estudio empírico seleccionado fue realizado por Patricia M. Sullivan y John F. Knutson, en USA el año 2000, sobre “*Maltreatment and Disabilities: A Population Based Epidemiological Study*”. Tiene por objetivo investigar la prevalencia del abuso y negligencia en una población de niños identificados con algún tipo de discapacidad, especificar las relaciones entre ciertos tipos de discapacidad y determinados tipos de abuso y finalmente conocer las consecuencias del abuso y la negligencia mediante archivos académicos y antecedentes de niños tanto con discapacidad como con ausencia de ella. La muestra fue intencionada, los sujetos de estudio fueron 50.278 niños pertenecientes a las escuelas públicas y católicas de Omaha, Nebraska en el año escolar del periodo 1994 y 1995. Se incluyeron además niños que

participaban de diversos programas de educación especial. El rango de edad fue desde los 0 a los 21 años, de los cuales el 51,4% eran hombres y el 48,6% mujeres. El procedimiento se realizó mediante una base de datos electrónica de las escuelas que incluían datos específicos de los alumnos, estos son el nombre de pila, inicial del segundo nombre, apellido, género y fecha de nacimiento. La información de esta base de datos se enlazó con la información entregada por el Registro Central del Departamento de Servicios Sociales de Nebraska, el registro de Nebraska Foster Care Review Board y los antecedentes de victimización entregados por el Departamento de Policía y la oficina del alcalde del condado de Douglas. Estos registros fueron útiles para identificar aquellos niños con antecedentes de maltrato e identificar aquellos con deficiencia que han sido víctimas o no de algún tipo de maltrato.

En los resultados de la presente investigación se encontró en primera instancia que el 11% de la población escolar pública de Omaha y el 4% de la población escolar católica han sido víctimas de algún tipo de maltrato. Se encontró además que el 28,4% tenía dificultades de aprendizaje, el 27,5% de la población escolar ingresada en la base de datos poseía deficiencia intelectual, el 20,7% de la población presentaba comportamiento disruptivo, el 12,3% mostró problemas asociados a la salud, en el 5,4% de los sujetos se observó problemas en el habla, el 2,6% correspondía a problemas ortopédicos, se encontró dificultades auditivas en el 1,8% y dificultades visuales en el 0,9%, finalmente se observó autismo en el 0,4% de los sujetos analizados. De acuerdo a los resultados, se halló que, de un total del 40.211 niños, 3.262 presentaron algún tipo de

discapacidad, de estos el 69% no resultó ser víctima de maltrato, mientras que el 31% resultó ser víctima de vulneración. Por el contrario, se observa que, de 36.949 niños que no presentaron discapacidad la incidencia de maltrato alcanzó un 9%. Con respecto al total de los sujetos víctima de maltrato con algún tipo de discapacidad, el 25,3% tenía deficiencia intelectual.

La investigación presente develó que el tipo de maltrato negligente es claramente el de mayor prevalencia en ambos grupos, sujetos con discapacidad y aquellos que no presentan discapacidad. Además en relación a la experiencia de haber sufrido múltiples formas de maltrato, el 63% eran sujetos con discapacidad, y por otro lado, se descubrió que, los sujetos con discapacidad son más vulnerables a ser víctimas de reiterados episodios de maltrato, alcanzando el 71%.

Como se ha mencionado anteriormente, la negligencia corresponde al tipo de maltrato predominante en las personas con discapacidad, a este le sigue el abuso físico, el abuso emocional, el abuso sexual en orden descendente para todos los tipos de discapacidad.

En relación a sujetos que han sido víctimas de maltrato por negligencia, de un total de 996 casos investigados 765 no presentaron ningún tipo de discapacidad, mientras que 96 de los casos tiene comportamientos disruptivos, 52 problemas de

comunicación, en 29 casos se encontró problemas de salud y ortopédicos, y 54 de los casos, discapacidad intelectual.

Referente a la incidencia de las edades, el maltrato en personas con discapacidad es de un 22,7% en niños de 0 a 5 años, de un 40,2% en niños de 6 a 9 años, de un 22,7% en niños de 10 a 13 años y de un 14,4% en niños de 10 a 13 años.

Finalmente el estudio concluyó que el 92,4% de los casos de maltrato por negligencia el maltratador se encontraba en la familia inmediata de los jóvenes. Los niños y jóvenes con discapacidad intelectual son 3,7 veces más propensos de sufrir maltrato por negligencia que las personas que no presentan este tipo de discapacidad.

La presente investigación se considera de gran relevancia ya que muestra evidencia certera de la existencia de una fuerte relación entre la discapacidad y el maltrato infantil. Los datos revelaron que el 31% de los niños y jóvenes maltratados presentaban discapacidad, en contraste con el 9% de aquellos maltratados que no presentaron discapacidad, lo cual refuerza la idea de que los niños y jóvenes con discapacidad tienen un mayor riesgo de ser maltratados. Se demuestra de esta manera que los niños con discapacidad son 3,4 veces más vulnerables a ser maltratados de alguna manera que aquellos que no tienen discapacidad.

El tercer estudio empírico examinado fue realizado por Nadieska Benítez, Juana Velázquez, Marta Castro y Pedro Rivero, el año 2011 en Chile, sobre *“Maltrato juvenil en discapacitados intelectuales, su relación con la comorbilidad psiquiátrica”*. Tiene por objetivo identificar en la población de niños y adolescentes el comportamiento del maltrato infantil, identificar las formas de maltratos presentes y evaluar la relación entre la comorbilidad psiquiátrica y la presencia de maltrato, éstos resultan ser elementos pocos estudiados en poblaciones infanto-juveniles con discapacidad intelectual. La muestra fue intencionada, ya que el universo de estudio lo constituyó la totalidad de niños y adolescentes, entre 5 y 17 años de edad, con diagnóstico de discapacidad intelectual que se encontraban en los registros estadísticos de la Dirección Municipal de Salud del municipio para el año 2004. La muestra total quedó conformada por 99 niños y adolescentes. El procedimiento consistió en citar a los pacientes a la consulta para evaluación, donde se les realizó una entrevista socio-psicológica, un examen psiquiátrico y una hora de juego libre. Se aplicó también un instrumento de diagnóstico para la determinación de maltrato infantil en poblaciones de discapacitados intelectuales, a los maestros, familiares o cuidadores y médicos de la familia, garantizando una información explícita sobre las posibilidades del menor de ser maltratado, recogiendo por separado la opinión de los supervisores de la vida de este grupo de niños y adolescentes en los espacios principales en los que estos se desenvuelven casa, escuela, comunidad. A las encuestas listas se les asignó una puntuación, la cual se procesa para la obtención de un puntaje final, para determinar el diagnóstico de maltrato infantil.

Los principales resultados de la población estudiada, que fue de 99 casos, el 34,3% sufrió de algún tipo de maltrato siendo estas cifras significativas para la autora de la investigación teniendo en cuenta el tipo de muestra analizada (pacientes discapacitados intelectuales), donde además es inevitable que se haya producido algún sub-registro por tratarse de un tema extremadamente sensible, mientras que en el 65,7% de los pacientes no se constató ninguna forma de maltrato.

De los varios tipos de maltrato el más frecuentemente diagnosticado fue por descuido o negligencia con un 61,1% de representatividad, seguido por el maltrato físico con un porcentaje de 33,3% pacientes y por último el maltrato sexual con 5,5%. El 34,3% de los pacientes fueron sometidos a algún tipo de maltrato y de ellos el 43,9% tuvo algún diagnóstico psiquiátrico asociado, constituyendo este un valor significativo desde el punto de vista estadístico. En un intento de establecer cuál es la posible relación que existe entre las variables (diagnósticos comórbidos y maltrato infantil), se encontró que del total de diagnósticos comórbidos realizados las categorías correspondientes a trastornos del humor y de trastornos neuróticos secundarios tuvieron los por cientos más elevados de maltrato infantil y diagnósticos comórbidos presentes con 66,6% y 75% respectivamente.

Este estudio es relevante ya que la investigación, a modo de discusión, encuentra necesario plantear que ciertamente el maltrato infantil fue una condición frecuentemente vista en la población de niños y adolescentes discapacitados intelectuales estudiados,

incluso más allá de las expectativas que tenía el equipo de trabajo. Por otro lado, esta investigación aporta un punto de vista no abordado por los estudios presentados anteriormente, éste es que, desde la medicina se establece que la condición de discapacidad intelectual convierte a niños y adolescentes en una población de alta complejidad si le sumamos un diagnóstico comorbido.

El cuarto estudio empírico explorado fue realizado por la organización Save the Children Suecia, publicado el año 2003 en Perú, sobre *“El abuso sexual en niños y adolescentes con discapacidad”*. Tiene por objetivo realizar una primera aproximación al problema ya que lo describen como poco o nada difundido. El estudio se llevó a cabo mediante entrevistas, encuestas y sondeos en tres localidades peruanas – Lima, Trujillo y San Martín – y en dos ciudades paraguayas – Asunción y Ciudad del Este -. Para complementar, también se realizaron indagaciones bibliográficas y se revisaron una serie de expedientes, en algunos casos se recurrió a informantes en centros académicos, establecimientos de salud, servicios municipales de protección de los derechos del niño, ONG, organismos e instituciones judiciales. En esta investigación se revisaron archivos de denuncias y expedientes en las legislaciones policiales y en los servicios municipales de atención, esto hace referencia también a los ficheros de instituciones académicas, con el fin de ubicar investigaciones o estudios monográficos universitarios que pudieran dar luces sobre el tema. De este estudio quedaron fuera los niños, niñas y/o adolescentes que no tienen vínculos con los servicios de salud y educación. Al delimitar las fuentes quedó evidencia que sólo se podría obtener información sobre aquellos casos de alguna forma

denunciados. En el camino de la investigación quedaron descartados como fuentes de información los padres o familiares de víctimas, vecinos y amigos que tuviesen contacto con la familia del niño y lugares sociales de los que eventualmente la familia forma parte.

La metodología de trabajo que se utilizó parte con el entendido de que el abuso es un tipo de maltrato y el abuso sexual de niños, niñas y adolescentes es toda acción, actividad o acto de contenido sexual que realice un adulto con una persona menor de 18 años con algún tipo de discapacidad, que tenga como fin obtener de él algún tipo de gratificación, placer o satisfacción sexual. Por lo anterior la recogida de información fue mediante preguntas sobre temas específicos, sondeos de opinión intencionados, conversaciones guiadas mediante distintos ítems, encuestas con preguntas dirigidas e intencionadas y entrevistas de tipo guiadas, con el fin obtener toda la información necesaria. De este modo, con la metodología nombrada, la investigación decidió recurrir a las siguientes fuentes de información: Profesores de las víctimas en centros educativos especializados; Personal de establecimiento de salud donde se atiende periódicamente a niños con discapacidad; Personal de establecimientos de salud que atienden partos y/o gestantes; Personal de delegaciones policiales, servicios municipales de atención y autoridades del sistema formal de justicia. Esto quiere decir, ministerio público, poder judicial, instituto de medicina legal, servicios municipales de protección y en organismos formales de administración de justicia; Personal de los establecimientos oficiales de salud encargados de realizar la evaluación clínica de las víctimas; Personal

de ONG que brindan asistencia legal o apoyo terapéutico a las víctimas, en organismos no gubernamentales.

Los principales resultados encontrados en este estudio fueron que la mayoría de los informantes, de las 305 instituciones examinadas (168 en el Perú y 37 en Paraguay), señala que el grupo de mayor riesgo de sufrir cualquier tipo de abuso es el de los niños, niñas y adolescentes con algún tipo de discapacidad mental o intelectual. Este grado de vulnerabilidad se ratifica en los resultados encontrados. Según los informantes el riesgo es mayor cuando en los niños, niñas o adolescentes se manifiestan las siguientes situaciones:

- Si el niño, niña o adolescente no cuenta con recursos físicos o emocionales para enfrentar un abuso en general.
- Si no está en capacidad física de defenderse ni tiene desarrolladas habilidades para comunicarse.
- Si no ha recibido estímulos favorables para el desarrollo de sus habilidades de autocuidado y auto protección.
- Si su núcleo familiar no le ofrece un adecuado soporte y debe enfrentar indiferencias, sobreprotección o relaciones de dependencia.
- Si su socialización sexual ha sido inadecuada, esto hace referencia a que la información no ha sido clara, no tiene modelos o si los límites no han sido claros.

- Si el niño, niña o adolescente tiene carencias afectivas que puedan favorecer su vinculación emocional con el potencial abusador.

Para efectos de la investigación bibliográfica presentada en ésta monografía el estudio exhibido es de importancia ya que devela los factores de riesgo que se encuentran aumentados en los niños, niñas o adolescentes con discapacidad intelectual al momento de ser víctimas de cualquier tipo de maltrato. Específicamente los resultados considerados como más relevantes de destacar son los tres primeros ya que hacen referencia a habilidades adaptativas, las que según la bibliografía revisada, se encuentran con limitaciones en los niños, niñas o adolescentes con discapacidad intelectual.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

En base a lo planteado en la presente investigación bibliográfica se procederá a discutir acerca del maltrato por negligencia en niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual, con el fin de destacar las principales conclusiones en los temas abordados.

Los antecedentes reportados fueron expuestos en detalle, de forma teórica y empírica, permitiendo de esta manera explorar el vínculo existente entre la discapacidad intelectual y la negligencia parental.

En primer lugar resulta sustancial exponer la definición de discapacidad intelectual en niños, niñas y adolescentes, recogida desde lo expuesto por la AAIDD (2010), como aquellas limitaciones con las que los infantes se encuentran en su funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, las cuales se deben presentar como un ajuste entre las capacidades del individuo y del contexto en el que este funciona. La aparición de estas limitaciones de ser previo a los 18 años de edad. Como premisa, resulta necesario estipular que todas aquellas limitaciones que presenten estos infantes y adolescentes coexisten con capacidades diferentes, talentos y fortalezas.

En segundo lugar, tomando lo expuesto por los diferentes autores en el marco conceptual y empírico, la negligencia parental es definida como aquel tipo de maltrato

causado por la evitación de los adultos responsables a las necesidades emocionales, biológicas, físicas, sociales y especiales de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual, la cual impide el pleno desarrollo de éstos, siendo un maltrato muchas veces invisible e insidioso.

Una de las principales conclusiones a las que se llegó, fue que el maltrato por negligencia resulta ser el maltrato más frecuente en la población de niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual. En este tipo de maltrato el victimario se encuentra generalmente en la familia inmediata de los jóvenes, siendo la madre el maltratador más común, aludiendo a que habitualmente son ellas las que se cumplen el rol de cuidadoras y quienes pasan mayor parte del tiempo con los infantes, como se indicó en el estudio empírico de Sullivan y Knutson (2000).

Se distinguen ciertas características en las madres, padres o cuidadores que resultan ser más propensos a reincidir en el maltrato por negligencia, desde lo expuesto en la etiología de la negligencia en marco conceptual asociado al primer estudio empírico presentado, estas características son: individuos con problemas emocionales; personas con dificultades para interpretar señales de los infantes; adultos que presentan complicaciones al momento de seleccionar respuestas adaptativas; aquellos que tienen una percepción negativa del infante o adolescente por su discapacidad intelectual; madres y padres que tienen atribuciones internas al quehacer de sus hijos, por ende el éxito o fracaso no afecta a las atribuciones que les hacen a tales conductas; sujetos que enfrentan los problemas con evitación; personas que generalmente presentan un

infradesarrollo de habilidades sociales, aislamiento o rasgos de personalidades problemáticas, las cuales implican dificultades para conseguir apoyo emocional.

Por lo dicho anteriormente la exposición del modelo eco-sistémico de Belsky (1993) resultó fundamental, ya que el autor propone que en cada nivel existen características específicas que pueden propiciar un ambiente maltratador. Dentro de las características con mayor relevancia a nivel individual se destaca la discapacidad intelectual en alguno de los hijos y las alteraciones en la conducta normativa producida por esta discapacidad, éstas alteraciones afectan a nivel familiar, así como también aquellas expectativas en los padres que resultan ser desajustadas, y la ideología acerca de la discapacidad a nivel de sociedad en la que se encuentra inserta la familia. Las características nombradas anteriormente conllevan al estrés familiar, estado en el cual las estrategias utilizadas para resolver conflictos son abordadas con falta de discrepancia psicológica y conductual por parte de los padres o cuidadores, cayendo en la búsqueda de apoyos inadecuados, más aún si a estas características se les suman factores riesgo a nivel socio-familiares y socio-ambientales, es decir falta de recursos económicos, aislamiento social, drogadicción y madre adolescente, como se mencionó en el primer estudio empírico presentado. (Olivan, 2002)

Durante el desarrollo de la revisión teórica y empírica de los distintos temas y en conjunto a la experiencia profesional vivida en el PAD Cedif Lirayen se pudo pesquisar

que existen diversos factores que predisponen a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual a oportunidades para ser víctimas de maltrato por negligencia.

Se llegó a la conclusión de que la infancia y adolescencia con discapacidad intelectual se ve afectada por numerosos factores de riesgo, a los cuales la población infanto-juvenil sin discapacidad intelectual se encuentra igualmente afectada, como la pobreza, el estrés familiar, los conflictos entre los padres y las dificultades económicas, entre otras. Por lo que la discapacidad intelectual no debe ser considerada como factor único desencadenante del maltrato negligente, si no que esta se da en interacción con otras variables de riesgo, como ocurre en la mayoría de los casos en que niños, niñas y adolescentes son maltratados, como expuso Olivan (2002) en el estudio empírico presentado anteriormente.

Sin embargo, como fue indicado principalmente por las autoras Berástegui y Gómez (2006), en conjunto con las incidencias de las variables descritas por Olivan (2002), se pudieron detectar factores de riesgos los cuales unidos a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual los convierte en una población más vulnerable a todo tipo de maltrato. Belsky (1993) indica que los factores de riesgo (en la discapacidad intelectual) más propiciadores del maltrato negligente son las frecuentes enfermedades en los infantes y la incomprensión de los padres y madres hacia los problemas conductuales.

Como se indicó en el cuarto estudio empírico expuesto, la organización Save the Children Suecia (2003) describe a modo de conclusión 5 factores de riesgos, de los

cuales 3 serán utilizados para explicar la negligencia parental en la discapacidad intelectual. Uno de los factores de riesgo ineludible es la falta de independencia esperada para la edad, lo que va asociado a la falta de estímulos para favorecer la autonomía y la autoprotección, esta falta de estímulos es una característica principal en los padres o cuidadores negligentes, ya que la evitación en los cuidados de los infantes resulta ser la estrategia de resolución de conflictos más habitual. En el desarrollo de la práctica profesional se pudo observar a ciertos infantes de 3 a 5 años de edad que aún no lograban caminar y a adolescente de 13 años que hasta el momento necesitaban de ayuda para cubrir sus labores de higiene personal, en estas ocasiones se veía reflejada de manera drástica la falta de estimulación. Otro de los factores de riesgo pesquisados son las dificultades en el desarrollo de las habilidades para comunicarse, como por ejemplo el lenguaje expresivo-verbal, esto les dificulta o muchas veces impide la habilidad para expresar sus necesidades y temores, lo que a los ojos del victimario resulta ser conveniente. Como tercer factor de riesgo ineludible es necesario destacar la falta de recursos físicos y emocionales para enfrentar el abuso, la dificultad de reconocer el establecimiento de límites y la transgresión de los mismos, además de la dificultad de discernir cuando están siendo expuestos a malos tratos, lo cual apunta a lo expuesto por Berástegui y Gómez (2006) que explican que estos niños, niñas y adolescentes son educados para obedecer a las personas con autoridad.

Desde lo mencionado en el párrafo anterior se puede establecer que si a las características indicadas en los infantes se les suman las características evitativas de los

padres, éstos últimos no serán capaces de seleccionar respuestas adaptativas. A partir de esto es posible afirmar que la negligencia parental opera en la discapacidad intelectual de forma conjunta ya que nos encontramos en ambas ocasiones con problemas en la comunicación, si bien las causas de estas faltas de comunicaciones resultan ser distintas, los procesos de asimilación, interpretación y expresión de respuestas se ven dificultados, lo cual resulta ser sumamente peligroso.

Desde la labor profesional las implicancias que se deben tener en cuenta al momento de la evaluación son aquellas expuestas por la AAIDD (2010), desde el modelo multidimensional, ya que el espectro de la discapacidad intelectual y el maltrato por negligencia enfatizan una perspectiva ecológica, esto quiere decir que el diagnóstico se encuentra centrado en la interacción de la persona con su entorno. De esta manera se abarcan múltiples dimensiones, partiendo por las habilidades intelectuales y las habilidades adaptativas propias del niño, niña o adolescente con discapacidad intelectual, así como la salud, las redes sociales, el contexto y los apoyos que la madre, el padre o el cuidador le brinden. Modelo el cual, a consideración personal, brinda un óptimo esquema al momento de fijar y plantear intervenciones, ya que son desarrolladas en todo momento con perfiles de apoyo específicos para cada niño y familia. Como se ha nombrado anteriormente los padres y madres negligentes son personas que no buscan el apoyo social correspondiente, es por esto que la intervención debe entregar un programa que permita fortalecer aquellas áreas con necesidad de ayuda en los padres y en los infantes. Tanto la evaluación como la intervención deben ir orientadas hacia el

cómo hacer para que estos infantes sean menos vulnerables al maltrato por negligencia, por lo que resulta sustancial iniciar el proceso desde lo más básico, es decir, desde la evaluación de las concepciones de los padres o cuidadores sobre la discapacidad intelectual, y desde este punto de partida comenzar con psicoeducación.

El proceso de evaluación e intervención desde la perspectiva asumida entiende al niño, niña o adolescente con discapacidad intelectual como víctima del maltrato por negligencia desde la relación que establece con su entorno biopsicosocial.

Las consecuencias de asumir lo mencionado anteriormente desde la perspectiva ecológica son que: se pretende analizar el desarrollo del niño, niña o adolescente y el de su familia prestando especial atención al ambiente en el que se encuentran insertos y el entorno que los rodea, no solo objetivamente sino que se debe prestar especial atención a cómo cada individuo percibe este, ya que se entiende el desarrollo del niño o niña como un proceso de diferenciación progresiva de las interacciones que mantiene con el ambiente. La idea es contemplar con atención las interconexiones de los diferentes niveles ambientales, es decir, tener en cuenta el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema. Además, este modelo aporta a la consideración de que las posibles necesidades encontradas no sean solo del infante o de su familia, sino que estas pueden provenir de entornos cercanos, como las redes de salud y educación, por lo que la intervención directa sobre éstas favorecerá al ajuste de un desarrollo integral.

Una de las limitaciones que se presentó en la investigación bibliográfica alude a la poca cantidad de estudios sobre la negligencia parental en los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual en Chile, es por esto que cabe mencionar que la gran mayoría de antecedentes empíricos y conceptuales que forman parte de esta monografía corresponden a estudios e investigaciones realizadas en países extranjeros.

De acuerdo a la revisión teórica realizada las cifras sobre el maltrato infantil no son más que la punta del iceberg, más aún cuando los infantes o adolescentes presentan discapacidad intelectual, por lo que las limitaciones en torno al tema corresponden siempre a la misma índole, es decir, información limitada o escasa.

Se plantean como futuras líneas de investigación estudios que den cuenta, tanto cualitativamente como cuantitativamente, de las consecuencias de las negligencias parentales específicamente en niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual, así como también investigaciones que abarquen de manera exhaustiva esta realidad a lo largo de todo nuestro país.

Otro lineamiento esencial es poder realizar estudios sobre adultos con discapacidad intelectual que en la infancia hayan sufrido de maltrato por negligencia.

De acuerdo a la problemática planteada se establece una futura línea de investigación que pretende dar cuenta por medio del Registro Nacional de la Discapacidad, del estado socio-familiar en la que se encuentran los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual, de modo tal de poder evaluar la aceptación,

elaboración y manejo de la discapacidad y las competencias parentales de cada madre, padre o cuidador con el objetivo de generar estrategias que logren disminuir las negligencias, trabajando de forma preventiva, con seguimiento y registro de cada caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acevedo, D y Rodríguez, M. (2008). Revisión teórica de las características del cuidador y su impacto en el desarrollo infantil. *Trabajo de grado para optar al título de psicólogas en la Universidad Santo Tomas., obteniendo una nota sobresaliente.* Universidad Santo Tomas- Bogotá

Ammerman, R.T., Hersen, M., Van Hasselt, V.B., Lubetsky, M.J. y Sieck, W.R. (1993). Maltreatment in Psychiatrically Hospitalized Children and Adolescents with Developmental Disabilities: Prevalence and Correlates. *Journal of the American Academic Child Adolescence Psychiatry*, 33 (4), 567-576.

Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo. AAIDD. (2010) “Discapacidad intelectual, definición, clasificación y sistemas de apoyo”. Undécima edición, Alianza editorial. Traducción: Verdugo. M, 2011. Madrid

Azaola, E. (2006). “Maltrato, Abuso y Negligencia contra Menores de Edad”. *Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México.*

Barudy, J. (1998). *El Dolor Invisible de la Infancia. Una lectura eco-sistémica del maltrato infantil.* Barcelona: Gedisa Editorial.

Barudy, J. (2000) *Maltrato Infantil, Ecología Social: Prevención y Reparación*. Santiago de Chile. Editorial Galdoc, Segunda Edición.

Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005) *Los Buenos Tratos a la Infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-434.

Benítez, N., Velázquez, J., Castro, M. (2010). Maltrato infanto-juvenil en discapacitados cognitivos. *Rev Cubana Med Gen Integr* v.26 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun.

Benítez, N., Velázquez, J., Castro, M., & Rivero, P. (2011). Maltrato juvenil en discapacitados intelectuales. *Revista Chilena Neuro-Psiquiátrica*, 49(2), 149-156.

Berástegui, A., Gómez, B. (2006). Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. *Rev. Intervención Psicosocial*, Vol.15, n°3. Madrid.

Bernal, C. (2009). Aplicación de la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud, versión niños y jóvenes CIF-NJ en contextos educativos: facilitación de los procesos de inclusión de personas en situación de discapacidad

intelectual en la secundaria. *Maestría en discapacidad e inclusión social. Facultad de Medicina. Colombia*

Briggs, F. (1996). *Developing personal safety skills in children with disabilities.*
Londres: Jessica Kingsley.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The experimental ecology of human development.*
Cambridge: Harvard University Press.

Brown, H. y Craft, A. (1989). *Thinking the Unthinkable: papers of sexual abuse and people with learning difficulties.* Londres: Family Planning Association.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico., ginebra.*

Crittenden, P. (1993). An information processing perspective on the behavior of neglectful parents. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 27-49.

American Psychiatric Association (APA). (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV. Versión española de la 4ta edición de la obra original.* Barcelona.

Fernández, G y Perea, J. (2004). Síndrome del Maltrato Infantil. Hospital Pediátrico Universitario JM Márquez, Ciudad de La Habana. Cuba.

FONADIS. (2004). Primer Estudio Nacional De La Discapacidad E Informes Regionales. *Gobierno de Chile*

Fuertes, J. y Palmero, O. (1998). Intervención Temprana, Personas con Discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. *En M.A. Verdugo (Dir.). (pp. 925-970). Siglo XXI (2ª Ed.).Madrid.*

Goleman, D. (1996). Inteligencia emocional. Editorial: Kairós, 523 páginas. Barcelona. España.

Gómez, E. & De Paúl, J. (2003). La transmisión intergeneracional del maltrato físico infantil: estudio en dos generaciones. [Versión electrónica]. *Psicothema*, 15 (3), 452-457.

Gracia, E. (1994). Los maltratos en la infancia: tres décadas de investigación. *G. Musitu y P.Allat (Eds.), Psicología de la familia. Valencia: Albatros.*

Heber, R. (1961). Modifications in the manual on terminology and classification in mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency, 56, Monograph Supplement (Rev.)*.

Hernández, M.C.; Horno, P. y Santos, A. (2002). Niños y niñas con discapacidad víctimas de abuso sexual y el procedimiento judicial. En. Sánchez, J., del Molino, C., Horno, P. y Santos, A. Niños y niñas víctimas de abuso sexual y el procedimiento judicial. (pp. 82-88). Madrid: Save the Children. Accessible en www.savethechildren.es

Hillson, J.M. y Kuiper, N.A. (1994). A stress and coping model of child maltreatment. *Clinical Psychology Review, 14*, 261-285.

Jiménez, M., González, P., Moreno, M. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. *Rev. Esp. Salud Publica v.76 n.4 Madrid*

Larrance, D.T. y Twentyman, C.T. (1983). Maternal attributions and child abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 92(4)*, 449-457.

Lila, M., y Gracia, E. (2005). Determinantes de la aceptación- rechazo parental, [Versión electrónica] *Psicothema. 17 (1)*, 107-111.

López Sánchez, F. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., y cols. (2002). *Mental retardation: definition, classification, and systems of supports*. 10^o ed. Washington, DC. American Association on Mental Retardation.

Luckasson, R., Coulter, D.L., Polloway, E.A., Reiss, S., Schalock, R.L., Snell, M.E., Spitalnik, D.M. y Stark, J.A. (1992). *Mental Retardation: Definition, Classification, and systems of supports*. Washington, D.C.: Autor.

Márquez-Caraveo, M., Zanabria-Salcedo, M., Pérez-Barrón, V., Aguirre-García, E., Arciniega-Buenrostro, L., Galván-García, C. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental*, vol. 34, núm. 5, pp. 443-449. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México

Milner, J.S. (1995). La aplicación de la teoría del procesamiento de la información social al problema del maltrato físico a niños. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 125-134.

MINEDUC. (2009). *Orientaciones Técnicas para la Evaluación Diagnóstica de estudiantes que presentan NEE asociadas a discapacidad intelectual*. Unidad de Educación Especial - DEG. Chile

Moreno, J. (2001). Variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil comparativamente con otros tipos de maltrato infantil. *Tesis Doctoral. Edita: Universidad de Extremadura, servicio de Publicaciones. Badajoz.*

Moreno, J. (2002). Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. [Versión electrónica] *Anales de Psicología*. 18, (1), 135-150.

Naciones Unidas. (1959). Declaración de los Derechos del Niño. *A.G. res. 1386 (XIV), 14 U.N. GAOR Supp. (No. 16) p. 19, ONU Doc. A/4354.*

Navas, P., Verdugo, M., Gómez, L. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Psychosocial Intervention*, vol. 17, núm. 2, pp. 143-152, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. España

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2007). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Nueva York

Observatorio de Infancia. (2006). Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Accesible en:
<http://www.mtas.es/inicioas/observatoriodeinfancia/documentos/HojasDeteccion.pdf>.

Oliván Gonzalvo, G. (1999). Características sociales y estados de salud de los menores que ingresaron en Centros de Acogida. *Anales España Pediatría*, 50, 151-155.

Oliván Gonzalvo, G. (2002). Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. *Anales Españoles de Pediatría*, 56(3), 219-223.

Organization Mundial de la Salud. (1999). Report of the consultation child abuse prevention. 29-31. *WHO. Geneva*. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud (2006). Maltrato infantil y abuso sexual en la niñez. Disponible en: www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-maltrato1.pdf

Padilla, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *International Law, Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 381-414. Colombia

Palacios, J.; Jiménez, J., Oliva, A. y Saldaña, D. (1998). Malos tratos a los niños en la familia. En. M.J. Rodrigo y J. Palacios (Eds.). *Familia y Desarrollo Humano* (pp.399-421). Madrid: Alianza Editorial.

Pérez, M. (1997). El niño maltratado: perspectiva médica. [Versión electrónica]. *Cuadernos de trabajo social*. 10, 145-156.

Perry, B. (1999). Formación de vínculos y desarrollo de apego en niños maltratados, [Versión electrónica] Consecuencias de la negligencia emocional en la niñez. *Child Trauma Academia Serie Educativa para cuidadores* 1(4), 1-10.

Polansky, N.A., De Saix, C. y Sharlin, S.A. (1972). *Child neglect. Understanding and reaching the parent*. Washington: Child Welfare League of America.

Polansky, N.A., Gaudin, J.M., Ammons, P.W. y Davis, K.B. (1985). The psychological ecology of the neglectful mother. *Child Abuse and Neglect*, 9, 265-275.

Programa de Protección Ambulatorio de Discapacidad CEDIF LIRAYEN. (2012). “Presentación de período PAD Cedif Lirayen, junio 2012” .*Coanil Fundación*

Ramírez, C. (2006). Impacto de maltrato en niños y niñas de Colombia. [Versión electrónica] *Revista infancia, adolescencia y familia*. 1 (2), 287- 301.

Save the Children Suecia. (2003). El Abuso sexual en niños y adolescentes con discapacidad. *Oficina Regional para America del Sur*.

SENADIS. (2010). Balance de Gestión Integral. *Gobierno de Chile*

Sobsey, D. (1994). *Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance?* Baltimore: Paul H Brookes, 1994.

Sullivan, P.M. y Cork, P.M. (1996). Maltreatment prevention programs for children with disabilities: An evaluation model. *Developmental Disabilities Bulletin*, 26, 59-71.

Sullivan, P. M., & Knustson, J. F. (2000). Maltreatment and Disabilities: A Population Based Epidemiological Study. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1257-1273.

Torrigo, E., Santín, C., Andrés, N., Menéndez, S., López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, vol. 18, nº 1, 45- 59. Murcia, España.

Unicef. (2000). "Maltrato Infantil en Chile". *Oficina de Área para Argentina, Chile y Uruguay. Santiago-Chile*,

United Nations. (2005). *Convención sobre los Derechos del Niño. Printed at United Nations, Geneva. No. S.03.XIV.3. ISBN 92-1-354077-9.*

Wolfe, D. (1985). Child abusive parents: an empirical review and analysis. *Psychological Bulletin*, 97(3), 462-482