

Intervención
con familias
y atención
a menores
en riesgo social

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



NO fotocopies el libro

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los

derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Intervención **con familias y atención a menores en riesgo social**

Paz Díaz-Peñalver Arias

© Paz Díaz-Peñalver Arias

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-9171-032-5
Depósito Legal: M-19.777-2017

Impreso en España - Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

PRESENTACIÓN	11
1. PLANIFICACIÓN DE PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON MENORES Y FAMILIAS	13
Objetivos	13
Mapa conceptual	14
Glosario	14
1.1. La infancia	15
1.1.1. Evolución del concepto de <i>infancia</i>	15
1.1.2. Influencia del concepto de <i>infancia</i> en la intervención con menores	18
1.1.3. Concepto y características de la infancia en riesgo social	19
1.2. Organismos relacionados con la infancia	21
1.2.1. Organismos oficiales internacionales	21
1.2.2. Organismos no gubernamentales	23
1.3. Marco jurídico sobre la infancia y la adolescencia	24
1.3.1. Marco jurídico internacional	25
1.3.2. Marco jurídico nacional	28
1.3.3. Marco jurídico autonómico	31
1.4. Planes y programas de atención a la infancia	33
1.4.1. Valoración de programas y servicios de atención a la infancia	33
1.4.2. Programas de apoyo a menores en situación de riesgo social	33
1.5. Sistemas de protección del menor	36
1.5.1. Sistema educativo	36
1.5.2. Sistema sanitario	36

1.5.3. Sistema judicial	37
1.5.4. Sistema de servicios sociales	38
Resumen	39
Ejercicios propuestos	39
Caso práctico	40
Lee y debate en clase	41
Actividades de autoevaluación	41
2. MENORES EN RIESGO SOCIAL. EL MALTRATO	43
Objetivos	43
Mapa conceptual	44
Glosario	45
2.1. Maltrato infantil	45
2.2. Necesidades de la infancia	45
2.2.1. Teoría de las necesidades de Maslow (1943)	46
2.2.2. Teoría de necesidades de Len Doyal e Ian Gough	47
2.2.3. Necesidades en la primera infancia	48
2.3. Conceptos y definiciones relacionados con el maltrato	49
2.4. Tipología de maltrato infantil	49
2.4.1. Maltrato físico	50
2.4.2. Maltrato emocional o psicológico	51
2.4.3. Negligencia	52
2.4.4. Abuso sexual	53
2.4.5. Otras situaciones de maltrato	53
2.5. Niveles de gravedad en las situaciones de maltrato	57
2.6. Proceso de intervención en situación de maltrato	58
2.6.1. Prevención	58
2.6.2. Detección	61
2.6.3. Notificación	61
2.6.4. Valoración	62
2.6.5. Intervención	63
2.6.6. Seguimiento	64
2.7. Actuaciones: resiliencia en el maltrato	64
Resumen	66
Ejercicios propuestos	67
Caso práctico	68
Lee y debate en clase	68
Actividades de autoevaluación	69
3. FAMILIAS EN RIESGO SOCIAL	71
Objetivos	71
Mapa conceptual	72
Glosario	73
3.1. Evolución del concepto de <i>familia</i>	73
3.2. La influencia de la familia en el desarrollo del niño	75
3.3. Funciones de la familia	75
3.4. Características de la familia	76
3.4.1. Estilos educativos	77

3.5. Ciclo vital de la familia	79
3.5.1. Etapas del ciclo vital de la familia	79
3.5.2. Tipos de crisis en el ciclo vital familiar	82
3.6. Tipos de familias	83
3.6.1. Según el número de progenitores	83
3.6.2. Según los miembros que la constituyen	83
3.6.3. Según los roles desempeñados	84
3.6.4. Según la situación o características de sus miembros	84
3.6.5. Según el tipo de organización y relaciones de poder	84
3.7. Identificación de familias en situación de riesgo	85
3.8. Intervención con familias	87
3.8.1. Ámbito educativo	88
3.8.2. Ámbito social	91
3.9. Planes y programas de intervención	93
3.10. Modelos de intervención con familias	94
3.11. Importancia de la colaboración de las familias	96
3.11.1. Comunidades de aprendizaje como experiencia educativa de participación	97
Resumen	98
Ejercicios propuestos	98
Caso práctico	99
Lee y debate en clase	100
Actividades de autoevaluación	100

4. IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS Y ACTIVIDADES SOCIOEDUCATIVAS CON MENORES PROTEGIDOS	103
Objetivos	103
Mapa conceptual	104
Glosario	105
4.1. La protección de menores	105
4.2. Los centros de menores	107
4.2.1. Centros en función de las características y necesidades de los destinatarios	107
4.2.2. Centros en función de la titularidad	109
4.2.3. Organización y documentación de los centros de menores	110
4.2.4. Estrategias metodológicas de los centros de menores	114
4.2.5. Profesionales de la atención residencial	117
4.3. Acogimiento familiar	120
4.4. Adopción	121
4.4.1. Nacional	121
4.4.2. Internacional	122
4.5. Coordinación entre profesionales y trabajo en equipo	123
4.6. Funciones y tareas del educador infantil en los servicios sociales de atención a la infancia	124
Resumen	126
Ejercicios propuestos	126
Caso práctico	127
Lee y debate en clase	128
Actividades de autoevaluación	128

5. IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS	131
Objetivos	131
Mapa conceptual	132
Glosario	133
5.1. Técnicas de comunicación con las familias	133
5.1.1. Técnicas frecuentes	133
5.1.2. Técnicas periódicas	134
5.2. Recursos orientados a la participación familiar	136
5.2.1. Agendas	136
5.2.2. Software educativo	137
5.2.3. Cuestionarios	137
5.2.4. Boletines informativos	138
5.2.5. Tablón de anuncios	138
5.3. Problemas frecuentes en las relaciones con las familias	139
5.3.1. Falta de implicación	139
5.3.2. Actitudes contradictorias	140
5.3.3. Estilo atribucional externo	141
5.3.4. Actitud de confrontación	143
5.3.5. Falta de habilidades de comunicación	143
5.4. Actitudes y habilidades del educador infantil en la intervención con familias	143
Resumen	147
Ejercicios propuestos	148
Caso práctico	150
Lee y debate en clase	151
Actividades de autoevaluación	151
6. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON MENORES Y FAMILIAS	153
Objetivos	153
Mapa conceptual	154
Glosario	155
6.1. Características de la evaluación en el ámbito socioeducativo	155
6.1.1. Concepto de <i>evaluación socioeducativa</i>	155
6.1.2. Características de la evaluación	156
6.1.3. Proceso de evaluación	156
6.1.4. Componentes de la evaluación	160
6.1.5. Modalidades de evaluación	163
6.2. Modelos de sistemas de calidad de los servicios sociales de atención a la infancia	165
6.2.1. Proceso de implantación de un sistema de calidad en los servicios sociales	165
6.2.2. Modelos de calidad	167
6.3. Instrumentos para la evaluación	171
6.3.1. Observación	172
6.3.2. Interrogación	173
6.3.3. Sociometría: genogramas, sociogramas, mapa familiar y ecomapa	175

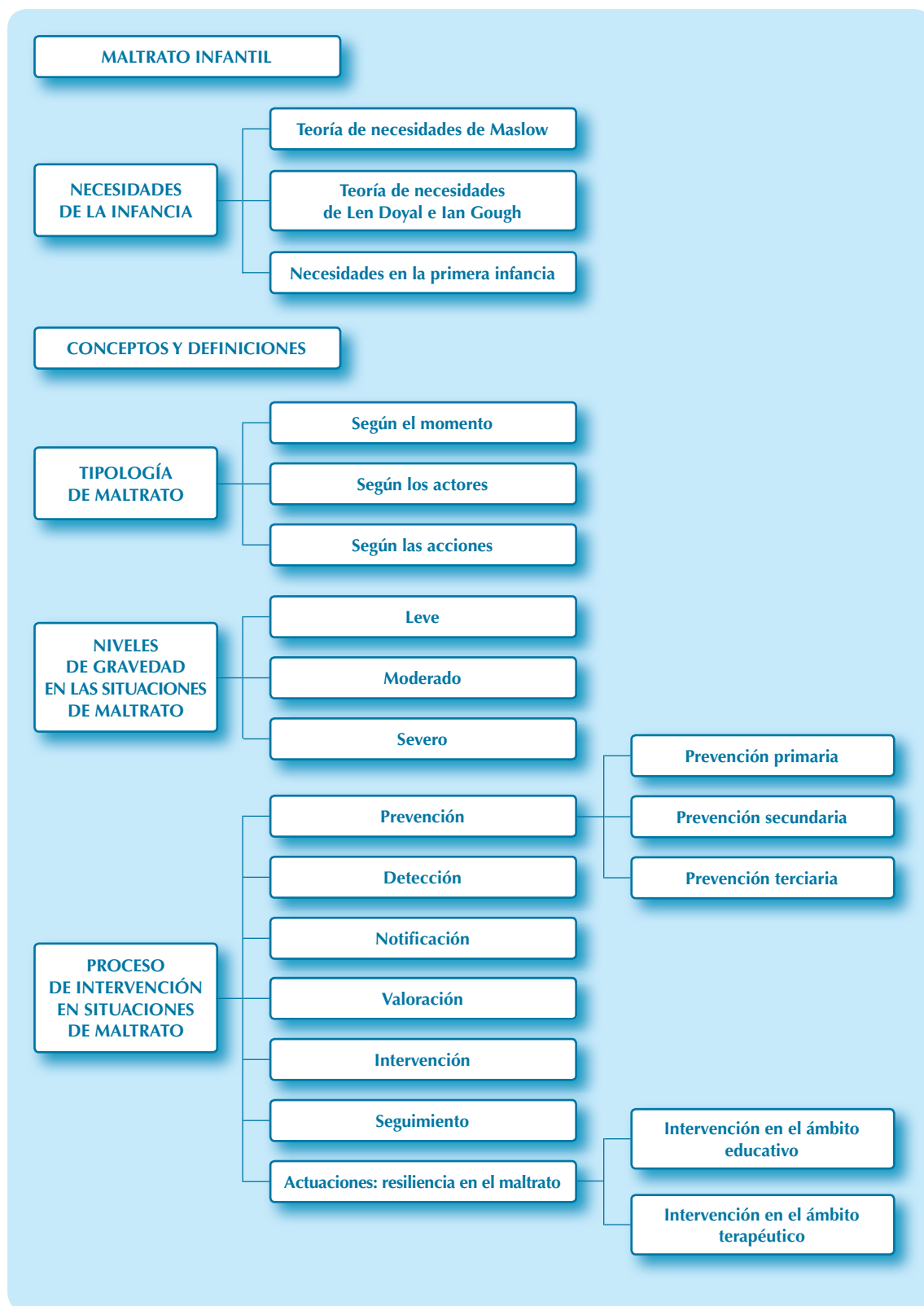
6.4. Informes de evaluación	178
6.4.1 Informe de síntesis	179
6.4.2 Informe inicial	180
6.4.3 Informe de seguimiento	180
6.4.4 Informe final	181
6.5. Valoración de la coordinación del trabajo en equipo en la evaluación de la intervención	181
6.6. La confidencialidad de la información en la intervención familiar	183
Resumen	185
Ejercicios propuestos	186
Caso práctico	188
Lee y debate en clase	188
Actividades de autoevaluación	189

Menores en riesgo social. El maltrato

Objetivos

- ✓ Detectar las necesidades de la infancia.
- ✓ Comprender el proceso de desarrollo humano en las primeras etapas.
- ✓ Definir el maltrato.
- ✓ Conocer la tipología del maltrato.
- ✓ Identificar los indicadores de cada tipo de maltrato.
- ✓ Estudiar el procedimiento de intervención en las situaciones de maltrato.
- ✓ Entender las consecuencias del maltrato.

Mapa conceptual



Glosario

Apego. Vinculación afectiva duradera e intensa que proporciona seguridad emocional.

Autolisis. Suicidio.

Contingencia. Suceso posible con mayores o menores probabilidades de ocurrir.

Disrupción. Entorpecimiento, interrupción sistemática e intencionalmente molesta de la actividad.

Homeostasis. Fenómeno de autorregulación conducente al equilibrio.

Privación. Supresión o eliminación.

Recidivante. Característica de un trastorno que tiende a reaparecer después de un periodo de remisión.

Resiliencia. Capacidad de la persona para recuperarse de un acontecimiento dañino traumático.

2.1. Maltrato infantil

La infancia constituye la fase más vulnerable del desarrollo de la persona, en los primeros años de vida se sientan las bases para el desarrollo físico, intelectual, emocional y social, y aunque la permeabilidad humana permite introducir cambios en la conducta y pensamiento a lo largo del ciclo vital, a medida que pasa el tiempo resulta más costoso, por eso es importante comprometerse con los niños para evitar que sufran situaciones como las que se verán en el presente capítulo, o en caso de efectuarse, detectarlas con celeridad y precisión para realizar un abordaje terapéutico que permita paliar los graves efectos que tiene sobre el ser humano.

2.2. Necesidades de la infancia

El desarrollo humano, enmarcado dentro de un contexto sociohistórico y cultural, constituye una trayectoria única, irrepetible, que se modula a través de la experiencia y es diferente para cada individuo, pero tiene aspectos compartidos que adquieren forma de fases e hitos. En esas etapas se ponen de manifiesto distintas necesidades, algunas de las cuales son universales, como indica la teoría de las necesidades de Abraham Maslow (figura 2.1), pero otras son propias de la infancia, tal y como se explica en los trabajos de psicología evolutiva de L. Doyal e I. Gough en 1992 (figura 2.2).

2.2.1. Teoría de las necesidades de Maslow (1943)

Abraham Maslow, psicólogo estadounidense pionero de la corriente psicológica humanista, establece, en su más famosa aportación teórica, el modelo jerárquico de necesidades universales: el ser humano nace con necesidades fisiológicas y a medida que las va satisfaciendo van surgiendo otras superiores; asciende a lo largo de la pirámide hasta la cúspide, en la que se sitúan las necesidades de autorrealización. Este autor plantea que la motivación humana se basa en la voluntad de satisfacer sus necesidades.

A continuación se describirán cada una de ellas.

- *Necesidades fisiológicas*: se sitúan en la base de la pirámide y tienen carácter primordial. Son aquellas relacionadas con la supervivencia; sin la satisfacción de las mismas, los individuos no pervivirían. Incluyen las necesidades relacionadas con la alimentación e hidratación, sueño, respiración, eliminación, homeostasis y temperatura corporal.
- *Necesidades de seguridad*: se refieren a la tendencia de buscar situaciones que no impliquen riesgo para la vida, la salud o el bienestar. Entre estas necesidades se encuentran las de estabilidad, orden y protección.
- *Necesidades de pertenencia*: responden a la necesidad de filiación, de compañía en su aspecto afectivo y de participación social. Entre estas necesidades se encuentran la necesidad de comunicación, de amistad, amor, afecto, de formar parte de un grupo y sentirse aceptado.
- *Necesidades de reconocimiento y autoestima*: aluden a la necesidad de sentirse apreciado, tener prestigio y destacar, pero también al aprecio y estima de uno mismo. Entre estas necesidades se encuentran la confianza, el respeto, el autorreconocimiento o el éxito.
- *Necesidades de autorrealización*: están orientadas a desarrollar todo el potencial para llegar a ser lo que el ser humano es capaz de ser. Entre estas necesidades se encuentran el altruismo, la creatividad y la ética.



Figura 2.1
Pirámide
de Maslow

2.2.2. Teoría de necesidades de Len Doyal e Ian Gough

Estos autores definen como necesidad básica y universal la salud física, que conlleva la supervivencia y la autonomía, entendida como la capacidad de formular propósitos y actuar para conseguirlos; ambas necesidades son precondiciones para la acción y participación en cualquier sociedad y cultura. Estos autores consideran que las necesidades se cubren mediante los llamados *satisfactores*, que son bienes, servicios, actividades y relaciones.

Como requisitos imprescindibles para lograr cubrir las necesidades de salud física y autonomía, ellos hacen referencia a la satisfacción de las necesidades intermedias. Esperanza Ochaíta y M.ª Ángeles Espinosa (figura 2.2) sostienen que es necesario un determinado nivel de satisfacción de cada necesidad intermedia para garantizar la salud y la autonomía, pero que más allá de este nivel, no se mejora la satisfacción de necesidades básicas.

SALUD FÍSICA	AUTONOMÍA
Alimentación	
Vivienda	Participación activa y normas estables
Vestido e higiene	Vinculación afectiva primaria
Atención sanitaria	Interacción con adultos e iguales
Sueño y descanso	Educación formal y no formal
Ejercicio físico	Ocio y juego
Protección de riesgos físicos	Protección de riesgos psicológicos
Necesidades sexuales	

Figura 2.2
Necesidades de la infancia según E. Ochaíta y M.ª Á. Espinosa,
basadas en la teoría de L. Doyal e I. Gough

Ejemplo

Una vez que la vivienda es segura, cálida, espaciosa y está provista de las condiciones de salubridad necesarias, cualquier aumento en estos satisfactores no tiene por qué repercutir en la satisfacción de las necesidades básicas.

En algunos casos de aumento de las necesidades intermedias, más allá del nivel óptimo, producirá efectos perjudiciales, como ocurre con el excesivo ejercicio físico, aumentar en demasía las horas de sueño o alimentarse de forma excesiva.

2.2.3. Necesidades en la primera infancia

En la etapa de 0 a 2 años las necesidades psicobiológicas son especialmente relevantes durante los primeros momentos del desarrollo, ya que garantizan la seguridad y supervivencia y favorecen la evolución del niño. La alimentación, la higiene, el descanso, la seguridad y la protección que procura una adecuada vivienda y las atenciones sanitarias requeridas sientan las bases del proceso madurativo, del crecimiento físico del desarrollo psicológico y del dominio de las habilidades motoras, que contribuyen al desarrollo progresivo de la autonomía del niño.

Mediante la exploración del entorno a través del juego, las rutinas y la interacción con otros, el niño satisface las necesidades cognitivas y lingüísticas que le permiten comunicarse y adquirir un conocimiento sensoriomotor del mundo, que posteriormente adoptará un carácter simbólico cuando el niño sea capaz de representar la realidad sobre la que antes actuaba.

Las necesidades socioafectivas adquieren durante las primeras etapas de la vida un papel primordial. La disponibilidad permanente de los cuidadores para atender las necesidades de los niños y su afecto incondicional permiten establecer un apego seguro que condicionará, según los estudios de John Bowlby, sus competencias sociales y emocionales futuras y permitirá el desarrollo de su autoconcepto y autoestima.

A medida que aumenta la autonomía de los niños, se manifiesta la necesidad de actividad física y corporal, esencial para adquirir un mayor control corporal y los logros psicomotores propios de la etapa de 2 a 6 años.

A los 5 o 6 años los menores consiguen desarrollar destrezas motoras que les permiten usar herramientas e instrumentos y adquirir la grafomotricidad necesaria para la escritura y el dibujo.

La maduración biológica y la riqueza estimular, propia de la ampliación de su contexto de desarrollo, que incluye el ámbito escolar, favorecen que procesos cognitivos como la atención, la percepción o la memoria sean más funcionales y los niños puedan avanzar en su conocimiento mediante categorías y esquemas sobre el mundo que los rodea y adquirir nuevas habilidades de razonamiento y pensamiento.

En el entorno escolar se desarrollan los primeros procesos de regulación social en la interacción con los iguales y con otros adultos, donde los niños aprenderán a expresar, comprender y controlar sus emociones, y se mantendrá la garantía de seguridad que dan las figuras de apego estables.

Las figuras de referencia en el entorno familiar en el contexto socioeducativo desempeñan un papel decisivo y proporcionan la estimulación necesaria para que las potencialidades se conviertan en capacidades según el momento evolutivo del niño o la niña.



TOMA NOTA

Algunos autores (F. López, P. Amorós y J. Palacios) hablan de:

- Necesidades relacionadas con la seguridad, el crecimiento y la supervivencia.
- Necesidades relacionadas con el desarrollo emocional.
- Necesidades relacionadas con el desarrollo social.
- Necesidades relacionadas con el desarrollo cognitivo y lingüístico.

2.3. Conceptos y definiciones relacionados con el maltrato

Existen diversos términos interrelacionados que se han empleado habitualmente como equivalentes del concepto de *maltrato*; no obstante, estos términos presentan diferencias conceptuales más o menos importantes entre sí, las cuales se detallan a continuación:

- *Hostilidad*: conjunto de *actitudes* negativas que impulsan las conductas agresivas hacia una finalidad que puede ser la destrucción o el daño físico de objetos o personas.
- *Ira*: constituye un *estado emocional* consistente en sentimientos desde la irritación hasta la furia.
- *Agresión*: conductas intencionales dañinas y aversivas para la víctima; se incluyen aquellas en las que se perjudican objetos o animales con intención de hacer daño a una persona.
- *Violencia*: se refiere a actos o actuaciones que implican destrucción, fuerza y coerción de una realidad propia o ajena, que ocurren en las relaciones, la sociedad o incluso la naturaleza.
- *Conflicto*: confrontación entre, al menos, dos partes consideradas en principio incompatibles que puede derivar en agresión o no.
- *Maltrato infantil*: toda clase de abusos y desatención de los que son objeto los menores de 18 años, que incluye todos los tipos de violencia física o psicológica, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño en la salud, desarrollo o dignidad del menor, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, según define la Organización Mundial de la salud (OMS). La exposición a la violencia de pareja también se incluye entre las formas de maltrato infantil.



Actividad propuesta 2.1

Elabora un listado de sugerencias para prevenir la agresión, la violencia y la disrupción, y da orientaciones para gestionar bien los conflictos.

2.4. Tipología de maltrato infantil

Los niños que crecen en entornos violentos aprenden que esta situación es aceptable, incluso normal, y tienen más probabilidad de perpetuarla, por eso es imprescindible que los profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito socioeducativo interrumpam el ciclo de la violencia; identifiquen los tipos existentes, sus principales características, indicadores y efectos; y establezcan los mecanismos de prevención necesarios que permitan evitar este tipo de situaciones.

El maltrato infantil es un problema heterogéneo y complejo. Existen muy diversos tipos de maltrato infantil que se clasifican siguiendo distintos criterios:

- Según el momento en el que se produce, puede ser*: prenatal (antes del nacimiento), neonatal (durante el nacimiento) y posnatal (después del nacimiento).
- Según los autores puede ser*: familiar (cuando los autores están integrados en la familia), extrafamiliar (cuando los autores no son familiares del menor), institucional (cuando están implicadas las instituciones, ya sean educativas, sanitarias, etc.) y social (cuando las circunstancias imposibilitan una atención adecuada al niño).

- c) Según las acciones que lo constituyen (figura 2.3): cada una de las cuales tiene su propia definición, etiología y consecuencias. A continuación se describirán algunas de ellas y los indicadores asociados que permiten identificarlas:

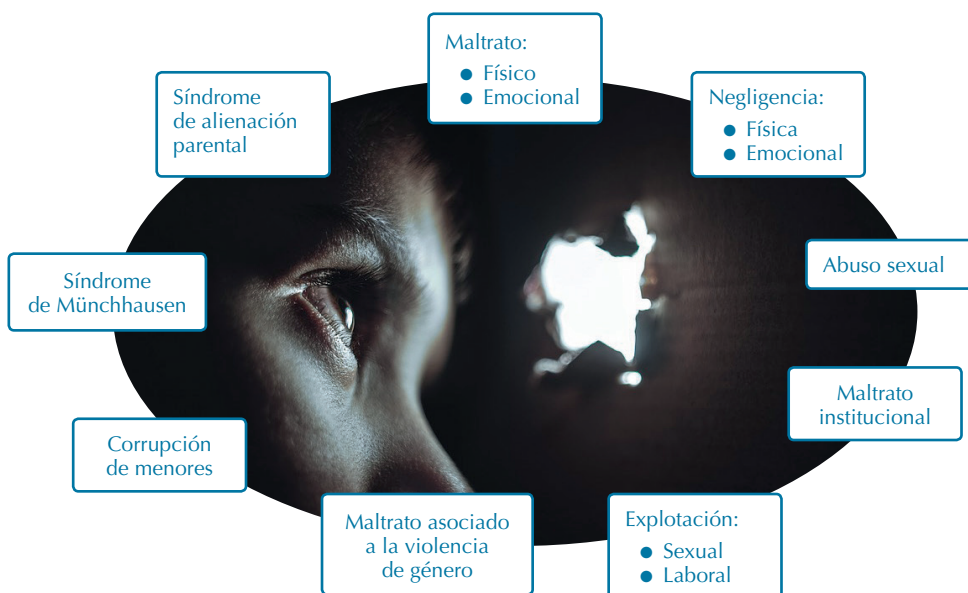


Figura 2.3
Tipos de maltrato infantil

2.4.1. Maltrato físico

Se define como toda acción intencionada por parte de los progenitores o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo ponga en riesgo de padecerlos.

■ Indicadores

Lesiones de distinta índole (moratones, quemaduras, fracturas, torceduras, heridas, mordeduras, cortes, lesiones internas, etc.) en distintas partes del cuerpo y diferentes fases de cicatrización que pueden estar agrupados o dispersos, a veces en lugares no visibles, con la forma del objeto con el que se produjo la agresión.

Para su identificación como maltrato físico, se deben cumplir las siguientes condiciones:

- Intensidad fuera de los rangos previsibles por la edad y características del niño.
- Falta de coherencia en las explicaciones de los padres y el menor sobre la presencia de lesiones en el cuerpo del niño.
- Ocultamiento de las lesiones por parte del menor o familia y respuestas evasivas.
- Reacción de tensión emocional no justificada: llora, se muestra aprensivo cuando otros lloran, no espera a ser consolado.
- Baja autoestima, comportamientos autodestructivos, se siente rechazado y no querido; muestra sentimientos de culpa y se considera merecedor de las agresiones.
- El menor no quiere volver a casa.

Recurso web



Realiza el visionado del documental *Infancia rota* del programa *Documentos TV* en el siguiente enlace QR.



2.4.2. Maltrato emocional o psicológico

Se refiere a formas de hostilidad verbal recurrente, como desprecios, insultos, críticas o amenazas de abandono o de cualquier situación que le provoque miedo al menor: humillar públicamente, avergonzar, ridiculizar, así como el bloqueo reiterado de las iniciativas infantiles de interacción (desde la evitación hasta el aislamiento), hacer presenciar al niño situaciones de violencia contra personas, animales u objetos por parte de cualquier miembro del grupo familiar.

■ Indicadores

- Retraso en el crecimiento, desarrollo físico, intelectual, motor, del lenguaje y emocional.
- Trastornos de la alimentación, el sueño, psicósomáticos y de conducta.
- Reacciones de ansiedad y miedo.
- Dificultades en la interacción social: apatía, inhibición, agresividad, complacencia, negativismo, falta de habilidades de gestión de conflictos y relaciones sociales escasas o conflictivas.
- Dificultades en el proceso de aprendizaje, disminución en la capacidad de atención y cambios en el rendimiento escolar.
- Baja autoestima, conductas autolesivas.
- Conductas de riesgo y antisociales.



PARA SABER MÁS

Uno de los precursores que estudió las consecuencias de la privación afectiva en el desarrollo y comportamiento de los niños durante el primer año de vida fue René Spitz (1887-1974); algunas de las cuales eran:

- *1.ª mes*: los niños lloraban indiscriminadamente y exigían atención.
- *2.ª mes*: empezaban a gemir, a perder peso y el índice de desarrollo se detenía.
- *3.ª mes en adelante*: rechazaban el contacto, yacían inmóviles, se establecía la rigidez facial, entraban en letargo y comenzaba el decrecimiento de su índice de desarrollo.

Algunas de sus investigaciones se centraron en el ámbito de los centros de protección de menores, antes llamados *orfanatos*, y en los hospitales, y a consecuencia de sus investigaciones se les permitió a las madres acompañar a sus hijos cuando eran hospitalizados, debido a que se demostró que la recuperación era más rápida.

Actividad propuesta 2.2



Averigua el significado del concepto de *depresión anaclítica* y *hospitalismo* acuñado por René Spitz.

2.4.3. Negligencia

En este caso se puede diferenciar entre la negligencia física, la que atañe al cuerpo, y la relativa al plano psíquico y afectivo.

A) Negligencia física

Consiste en la desatención temporal o permanente de las necesidades de alimentación, vestido, higiene, protección, educación, estimulación cognitiva o atenciones y cuidados médicos, así como de la vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas.

■ Indicadores

- Manifestación de hambre y sueño.
- Vestimenta inadecuada al clima y época del año.
- Presencia de heridas sin curar, falta de tratamiento si padecen enfermedades y falta de seguimiento de cuidados médicos rutinarios como vacunas, revisiones preventivas, etc.
- Faltas y retrasos injustificados al centro educativo.
- Alta permisividad ante conductas desadaptativas del menor y falta de límites.
- Presencia de cansancio y apatía en el niño.
- Retraso en el desarrollo físico y psicomotor.
- Accidentes frecuentes por falta de supervisión.
- Ausencia de estimulación cognitiva o estimulación insuficiente.

B) Negligencia emocional

Se refiere a la falta de respuesta constante por parte del adulto referencial a las iniciativas del niño para interactuar, que se manifiesta en ignorar las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad iniciadas por el niño.

Incluye el desapego, la falta de implicación, y la ausencia de expresión de afecto y cuidado hacia el menor, incluyendo la atención psicológica si este la requiere.

■ Indicadores

- Tristeza sin motivo del menor.
- Desconfianza hacia los adultos, de sus compromisos y actitudes positivas.
- Conductas de agresividad, pasividad o complacencia.

- Falta de participación de los adultos responsables del menor en sus actividades diarias, despreocupación por sus problemas o evolución, y falta de asunción del rol parental.



SABÍAS QUE...

Un equipo de investigadores de la Child Trauma Academy, encabezado por el Dr. Bruce D. Perry, pone de manifiesto que el cerebro del niño que ha sufrido abandono es significativamente menor que el cerebro promedio, y tiene un desarrollo anormal de la corteza cerebral.

2.4.4. Abuso sexual

Se refiere a cualquier clase de contacto sexual de un adulto o de un menor en situación de poder con un niño o adolescente cuando el abusador se sirva de su posición de autoridad, confianza o influencia sobre el menor para su estimulación sexual o la de otra persona. El abuso puede darse con o sin contacto físico, y según la relación que exista entre la víctima y el agraviador, puede hablarse de abuso intrafamiliar o extrafamiliar. Se incluyen las situaciones de turismo sexual, tráfico sexual, explotación, pornografía y prostitución infantil.

■ Indicadores

- Presencia de lesiones físicas especialmente en la zona genital (contusiones, sangrado, irritaciones, hinchazón, dolor y picor).
- Presencia de enfermedades venéreas.
- Dificultad para andar o sentarse.
- Sexualización de las relaciones afectivas con muestras de sometimiento o complacencia.
- Verbalización de agresiones sexuales.
- Conocimiento y afirmaciones sexuales impropias de la edad del menor.
- Comportamiento sexual inapropiado para la edad del menor.
- Ropa interior rasgada o manchada.
- Desconfianza hacia el adulto.
- Reticencia a cambiarse de ropa en presencia de adultos.
- Trastornos de sueño, alimentación y psicósomáticos.
- Dificultades en el desarrollo cognitivo y social.
- Presencia de fobias.
- Retraimiento, rechazo y reserva en el contacto social.
- Depresión e ideaciones suicidas.
- Conductas agresivas e impulsivas.
- Disminución brusca del rendimiento, la concentración y la participación en la escuela.

2.4.5. Otras situaciones de maltrato

En este grupo se engloban otros contextos de maltrato como puede ser la explotación sexual, el abandono por parte de las instituciones, etc. Vemos a continuación algunos de ellos.

A) Maltrato institucional

Se refiere a un procedimiento, legislación o programa que llevan a cabo organizaciones o instituciones públicas o privadas, o a la conducta de un profesional que conlleve por acción u omisión situaciones que vulneren los derechos de los menores, entre las que se pueden encontrar: el maltrato físico, el maltrato psicológico, el abuso sexual, la negligencia o cualquier otra conducta que provoque menoscabo de la salud, del desarrollo o de la seguridad, o que viole los derechos básicos de los menores.

La expresión de este tipo de maltrato puede ser muy variada y afectar a diversas necesidades infantiles. Por ello, los indicadores que permiten detectarlo pueden coincidir con los expuestos anteriormente para los distintos tipos de maltrato.

Los criterios que deberán analizarse para valorar su gravedad se relacionan con las consecuencias que han ocasionado en los menores afectados y la continuidad y persistencia de los sucesos.

B) Síndrome de Münchhausen por poderes

Se refiere a una situación reiterada en la que los padres o cuidadores someten al menor a continuos ingresos hospitalarios, exámenes médicos y pruebas diagnósticas, alegando síntomas patológicos ficticios o generados por ellos mismos; pueden llegar a administrar sustancias, y es una situación nociva para la salud mental y física del menor.

■ Indicadores

- Aparición repetida de patologías y síntomas sin causa justificada y de carácter inespecífico y agudo cuyos exámenes médicos no llevan a diagnóstico.
- Aparecen solo en presencia del cuidador y no cuando este está ausente.
- Tiene hermanos con antecedentes médicos similares (patologías raras, inexplicables).
- Manifiesta síntomas psicológicos y emocionales (ansiedad, síntomas depresivos, etc.).
- Manifiesta trastornos de conducta.
- Puede conspirar con el progenitor para confirmar los síntomas o historia médica.
- No contradice la explicación del progenitor.
- Ausencias escolares reiteradas.
- Fracaso escolar.
- Atención o protección excesivas hacia el menor por parte de sus progenitores.



INTERESANTE

El síndrome de Münchhausen toma el nombre de Karl Friedrich Hieronymus, barón de Münchhausen, que alcanzó celebridad por las exageradas historias que contaba sobre las aventuras que había vivido en sus campañas militares.

Sus aventuras fueron recogidas inicialmente por un autor anónimo y posteriormen-

te ampliadas y transformadas por multitud de escritores.

Actualmente es un libro traducido a múltiples idiomas que ha inspirado creaciones artísticas de carácter plástico, escultórico y cinematográfico, incluso un juego de rol lleva su nombre.