



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Contextualización del maltrato infantil. Programas de intervención

Alumno/a: **Kateryna Karpinska**

Tutor/a: Prof. Dña. Lourdes Espinosa Fernández

Dpto.: Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológico

“Los niños y niñas deben, por fin, jugar en la sabana abierta ya sin la tortura de las punzadas del hambre o destrozados por la enfermedad o amenazados por el azote de la ignorancia, el contacto físico indebido y el abuso y ya no obligados a cometer actos cuya gravedad supera las exigencias de su corta edad.” Nelson Mandela, Premio Nobel de la Paz.

Índice

RESUMEN Y ABSTRACT.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. EL MALTRATO INFANTIL.....	10
3. MODELOS ETIOLÓGICOS.....	15
3.1 Modelo psicopatológico. Características del maltratador.....	16
3.2 Modelo sociocultural.....	16
3.3 Modelo sociointeraccional.....	16
3.4 Modelo ecológico. Integración de los factores de riesgo.....	16
3.5 Modelo transaccional.....	20
3.6 Modelo ecológico transaccional.....	21
4. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN.....	23
4.1 MPOWER.....	24
4.2 La Terapia de Interacción padres- hijos.....	27
5. CONCLUSIONES.....	30
6. BIBLIOGRAFÍA.....	32

RESUMEN

En el presente trabajo se realiza una revisión bibliográfica acerca del maltrato infantil, abordando su concepto y su posible clasificación. Así mismo, se hace mención a los modelos explicativos, dentro de los cuales se encuentran los posibles factores de riesgo que podrían contribuir a conductas violentas y coercitivas por parte de adultos hacia menores. Finalmente, se describen dos programas de intervención actuales, focalizados en el menor y en la relación padres-hijos con el fin de disminuir el impacto de las consecuencias que implican dichas conductas.

La búsqueda de información se ha llevado a cabo en diferentes bases de datos sobre psicología, áreas sociales y científicas.

Palabras clave: Maltrato Infantil, Programas de Intervención, Etiología

ABSTRACT

This paper reviews the literature on child maltreatment, discussing its concept and possible classification. Likewise, different explanatory models are mentioned, among which are possible risk factors that could contribute to violent and coercive behaviour by adults towards minors. Finally, two current intervention programs are described, focused on the child and the parent-child relationship in order to decrease the impact of the consequences implied by these behaviors.

The search for information has been carried out in different databases on psychology, social and scientific areas.

Key words: Child Maltreatment, Intervention Programs, Etiology

1. INTRODUCCIÓN

En 1868, Tardieu, catedrático de Medicina Legal en París, fue el primero en describir el síndrome del niño golpeado basándose en la autopsia de 32 niños que fueron golpeados o quemados hasta producirse la muerte. En el mismo año, Athol Johnson se percató de la frecuencia de fracturas múltiples en niños, que en aquella época se atribuían al raquitismo, prevaleciendo la teoría del raquitismo hasta bien entrado el siglo XX (Touza, 1996).

Casi un siglo más tarde, en el año 1946, gracias a la publicación del reportaje de John Caffey acerca de seis lactantes y niños pequeños que presentaban múltiples fracturas y hematoma subdural, se pensó en la posibilidad de que dichas lesiones tuvieran un origen traumático (Touza, 1996).

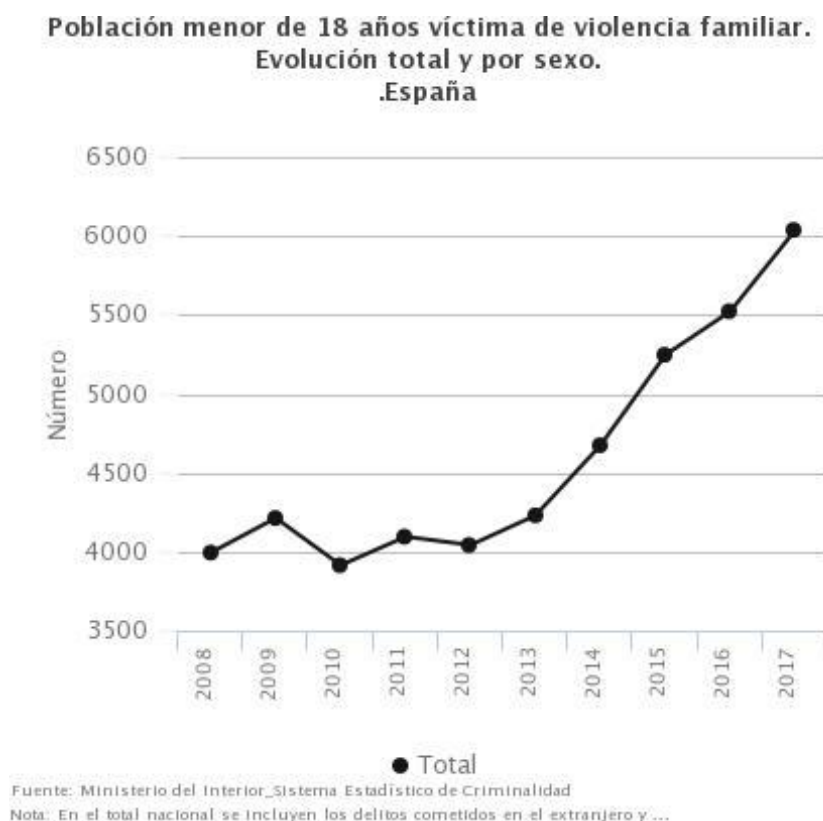
Pero no fue hasta que Kempe y sus colaboradores definieron el Síndrome del niño apaleado o golpeado en los años 60 (Kempe, Silverman, Steele et al., 1962 citado en Mas y Carrasco, 2016) cuando se comenzó a investigar el maltrato infantil, y a establecerse en la mayoría de sociedades desarrolladas mecanismos legales con el objetivo de proteger los derechos y necesidades del niño, que mencionaremos más adelante (Mas y Carrasco, 2016).

Desde la década de los años sesenta hasta la actualidad, el estudio de los malos tratos en la infancia ha sido desarrollado en dos aspectos: Por un lado, los estudios se centraron en el maltrato activo de tipo físico, ampliándose, poco a poco, hacia otras formas de maltrato intrafamiliares (negligencia física, maltrato emocional activo, abandono emocional). En esta tipología también se podría incluir el abuso sexual, de cuyo estudio Freud fue pionero, convirtiéndose en poco tiempo un tema de interés de otros muchos investigadores. De modo similar, surge una nueva categoría “malos tratos extrafamiliares”, dentro de la cual se incluyen tipos de actuaciones establecidos de distintos organismos (sistema sanitario, escuela, fuerzas de seguridad...), explotación social, laboral, etc.

Por otro lado, surgieron los primeros estudios focalizados en los perpetradores de los malos tratos y en sus causas. Se concebía la posibilidad de que se trataba de personas con patologías psíquicas graves o con problemas económicos extremos. Pero, a partir de los años setenta, se dejaron de lado los modelos unicausales y se tomaron los modelos multicausales, los cuales permitían abarcar la extensa dificultad del fenómeno, señalando que el maltrato

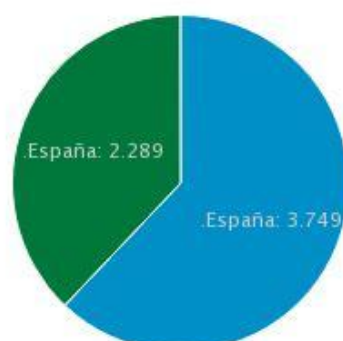
infantil se origina debido a la interacción de diferentes factores de riesgo que operan a diferentes niveles. Como consecuencia de lo mencionado, surgen otros campos de investigación: la asiduidad con la que ocurren, la búsqueda de factores de riesgo que posibilitan detectar cada uno de los tipos de maltrato, sus consecuencias a corto y largo plazo, la transmisión intergeneracional y la efectividad de las intervenciones (Touza, 1996).

Tras haber hablado sobre el surgimiento del interés por el maltrato infantil, se pasará a la prevalencia. En estudios realizados anteriores al 2000, se vio que la prevalencia en la población española de maltrato infantil estaba entre 0,2% y 1,5% en personas menores de 18 años (De Paúl et al., 1995; Inglés, 1995; Jiménez et al., 1995 citado en Mas y Carrasco, 2016). Los porcentajes de maltrato infantil son bajos en comparación con otro tipo de maltrato o con otros sucesos de distinta naturaleza que ocurren en la sociedad actualmente. En el Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social (2017), en concreto en el apartado de Infancia vulnerable, víctimas de Maltrato y violencia, se encuentran gráficas que muestran el aumento del número total de menores de 18 años víctimas de violencia familiar en España desde el 2008 hasta 2017 (*gráfica 1*) aparecen datos en función de la variable sexo (*gráfica 2*) y también, en función de las variables sexo y edad (*gráfica 3*).



Gráfica 1

**Población menor de 18 años víctima de violencia familiar.
En función del sexo y la edad
España**



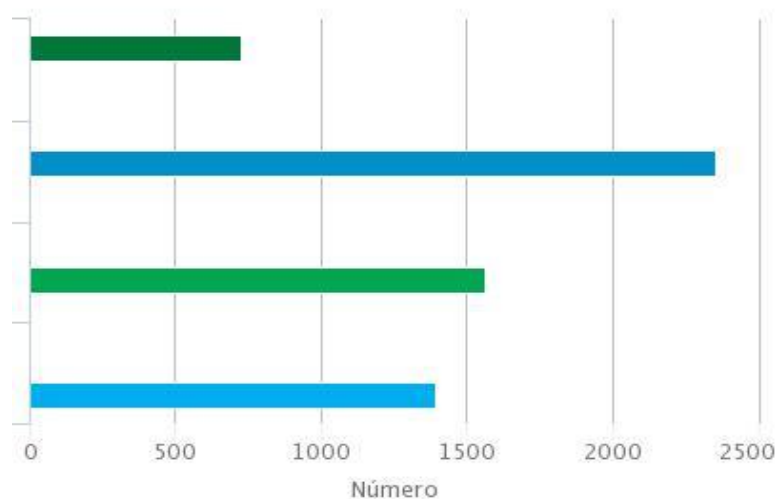
■ Niñas ■ Niños

Fuente: Ministerio del Interior_Sistema Estadístico de Criminalidad

Nota: En el total nacional se incluyen los delitos cometidos en el extranjero y ...

Gráfica 2

**Población menor de 18 años víctima de violencia
familiar. En función del sexo y la edad (cruce)
España 2017**



■ Niñas 0 a 13 años ■ Niños 0 a 13 años
■ Niñas 14 a 17 años ■ Niños 14 a 17 años

Fuente: Ministerio del Interior_Sistema Estadístico de Criminalidad

Nota: En el total nacional se incluyen los delitos cometidos en el extranjero y ...

Gráfico 3

En el año 2017 de media en España hubo un total de 6.038 menores de 18 años víctimas de violencia familiar, que en comparación con el año 2013 (4.230), se observa un aumento considerable de las cifras. Dichos datos fueron recogidos por el Ministerio del Interior: Sistema Estadístico de Criminalidad (Cuerpo Nacional de Policía, Guardia Civil, Policía Foral de Navarra y cuerpos de Policía Local) de España. Entre los hechos delictivos de los que se parte para contabilizar la cifra total de víctimas de violencia familiar se incluyen:

Los delitos de homicidio, asesinato, homicidio imprudente, inducción/cooperación suicidio, eutanasia activa, aborto, lesiones, mutilación genital, malos tratos ámbito familiar, riña tumultuaria, obtención, trasplante o tráfico ilegal de órganos, lesiones al feto, detención ilegal, secuestro, amenazas, amenazas a grupo étnico cultural o religioso, coacciones, acoso inmobiliario, tortura y otros contra la integridad moral, trato degradante, acoso laboral o funcionarial, malos tratos habituales ámbito familiar, tortura, agresión sexual, agresión sexual con penetración, abuso sexual, abuso sexual con penetración, delito de contacto mediante tecnología con menor de 13 años con fines sexuales, acoso sexual, exhibicionismo, provocación sexual, corrupción de menores/incapacitados, delitos relativos a la prostitución, pornografía de menores, sustracción de menores, inducción de menores al abandono de domicilio, abandono familia, impago prestaciones económicas, abandono menor de edad, explotación de la mendicidad, quebrantamiento de condena/orden de protección, y todos los delitos cometidos con violencia e intimidación. (Sistema de indicadores sobre bienestar infantil en España, 2018 p.3)

En una reciente revisión acerca de la prevalencia del maltrato infantil (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink y Ijzendoorn, 2015) a partir de 244 metanálisis originarios de los cinco continentes, se ha encontrado un 12,7% de prevalencia global del maltrato cuando se evalúa mediante autoinforme, y del 0,3%-0,4%, cuando la evaluación se realiza a través de informantes externos (profesores, médicos o trabajadores sociales) (Mas y Carrasco, 2016).

Es importante señalar que en la página oficial de Naciones Unidas Derechos Humanos (2002), se encuentra el documento de la Convención sobre los Derechos del Niño, (s.f) en el que se afirma que desde el año 1989 la Asamblea General de Naciones Unidas adopta un tratado internacional en el que se reconoce a todas las personas menores de 18 años como sujetos con pleno derecho afirma:

Recordando que en la Declaración Universal de Derechos Humanos las Naciones Unidas proclamaron que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales.

Convencidos de que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad.

Reconociendo que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. (Convención sobre los Derechos del Niño, s.f, p.1)

Está compuesto por 54 artículos en los cuales se recogen los derechos económicos, sociales y culturales, civiles y políticos de todos los niños. Es el tratado con mayores aprobaciones de la historia con un total de 195 Estados que deben de respetar y asegurar el cumplimiento de los derechos de la infancia. La enmienda entró en vigencia el 18 de noviembre de 2002.

A raíz de lo expuesto, afirmamos que es deber de la sociedad proporcionar actuaciones para impulsar el progreso de una parentalidad positiva, así como, promover intervenciones ante circunstancias que vulneran los derechos de los menores. En aquellos contextos y familias en riesgo psicosocial por condiciones personales, relacionales o influencias del entorno, resultan de gran importancia ya que tienen un mayor riesgo de desarrollar un mal ejercicio o un abandono de sus cargos de cuidado, atención y educación de los/las menores, dañando su crecimiento personal y social (Rodrigo et al., 2009 citado en Hernández, 2017). Es por esta razón que, en los últimos años, en España, se han empezado a generar programas cuyo fin es prevenir el maltrato infantil tanto en la población general (prevención primaria) como directamente en la población de riesgo (secundaria) (Hernández, 2017).

Así, podemos resumir que durante los últimos años la prevalencia del maltrato infantil está creciendo en la población española a un ritmo preocupante. Si hasta 2013 el número de menores maltratados se mantenía estable, durante los últimos años registrados esta cifra está aumentando exponencialmente. Esto, unido a la vulnerabilidad y falta de recursos propios de los menores, las graves consecuencias (a corto y largo plazo) que pueden sufrir los maltratados y la importancia de ese sector de la población en la construcción de una sociedad

futura, convierten esta problemática en un tema muy a tener en cuenta. Sin embargo, consideramos que el nivel de conocimiento y concienciación de la población acerca de este problema es bastante limitado.

Por lo tanto, y teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, establecemos como objetivo principal de este trabajo dar a conocer en mayor profundidad el maltrato infantil y la gravedad que eso conlleva para nuestra sociedad, con el fin de concienciar al mayor número de personas posibles de la importancia de una educación adecuada, justa y libre de cualquier tipo de maltrato hacia los menores.

Para ello, se realizará una revisión bibliográfica acerca de la problemática expuesta, abordando su concepto y modelos explicativos, y centrándonos finalmente en la descripción de diferentes programas de intervención, gracias a la información proveniente de diferentes bases de datos sobre psicología, áreas sociales y científicas

2. EL MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil, como se ha indicado en el apartado anterior, es un fenómeno que afecta cada vez más a la sociedad. No se considera un trastorno ni una alteración psicopatológica en sí, sino se trataría de una serie de sucesos vitales con gran carga negativa o situaciones aversivas que provocan en el menor un trauma, pudiendo originar múltiples consecuencias negativas en la salud de este, que requerirían de una atención clínica y una intervención terapéutica específicas. Es por ello, que el Manual Diagnóstico de Trastornos mentales DSM-5 (APA, 2013) en consonancia con su versión anterior, incorpora el maltrato infantil y problemas de negligencia en el grupo de problemas relacionados con el grupo de apoyo primario.

No es un concepto fácil de tratar ya que concierne múltiples factores de diferente proximidad al menor (individuales, familiares o sociales) y a los que se añaden, al menos, tres aspectos que incrementan la dificultad: la complejidad de distinguir cual sería la intención del agresor, la aceptación de hábitos violentos en la crianza de los progenitores como conductas normalizadas en nuestra cultura y la gran diversidad en sus manifestaciones (Mas y Carrasco, 2016).

Generalmente, se acepta que, para considerar una situación maltratante, los criterios han de basarse en las consecuencias en el menor, en la presencia de un daño real o potencial que pone en riesgo su crecimiento a corto, medio y/o largo plazo.

Se tiene que tener en cuenta que el niño está en continuo desarrollo (Aber y Zigler, 1981; Zigler y Hall, 1989 citado en Touza, 1996) y es por eso que los cambios que se producen en la etapa de su crecimiento van a afectar a las relaciones del menor con sus padres o cuidadores, y también a la forma en que entiende y asimila los estímulos físicos, cognitivos, emocionales y sociales de su entorno, pudiendo ocurrir que una misma conducta parental pueda ser perjudicial en un momento evolutivo concreto y no serlo en otro.

Es un fenómeno de carácter relativo, es decir, la definición acerca del maltrato infantil surge a raíz de lo acordado en una sociedad como prácticas de educación y crianza aceptables. Según Garbarino, Guttman y Seeley (1989) citado en Touza (1996), consideran que el maltrato es una etiqueta social intrínseca, ya que no es suficiente que un patrón de conducta sea establecido como nocivo, sino que también ha de infringir alguna norma de lo que se considera adecuado según los valores de una comunidad.

Diversos autores (Arruabarrena y de Paúl, 1944; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Jiménez, Moreno, Oliva, Palacios y Saldaña, 1995; Jones, 2008; Sanmartín, 2011; Slep, Heyman y Foran, 2015 citado en Mas y Carrasco, 2016) han revisado el concepto de maltrato, determinando el maltrato infantil como:

Toda acción intencional u omisión no accidental realizadas por individuos o instituciones cuyo resultado supone infligir un daño físico o psicológico, real o potencial. En un sentido más amplio, se podría considerar como toda acción que prive a los niños del cuidado necesario, de sus derechos y libertades, impidiendo su óptimo y pleno desarrollo, así como la satisfacción de sus necesidades básicas. (Mas y Carrasco, 2016, p.274)

Dependiendo de los parámetros que se utilice para delimitar las acciones intencionales u omisiones no accidentales, mencionadas en la definición, se puede agrupar de la siguiente manera:

1) *Activo-pasivo*: en el primer grupo, la acción del maltrato se asocia según si la conducta del maltrato ocurre por acción (abuso físico, sexual, maltrato emocional) o negligencia (abandono físico o emocional).

2) *Intrafamiliar-extrafamiliar*: en el segundo grupo, la acción del maltrato se agrupa según si ocurre dentro (intrafamiliar, ej. Abuso sexual) o externamente al seno familiar (extrafamiliar, ej. maltrato institucional).

3) *Físico-emocional*: en el tercer grupo, la acción del maltrato agrupa las actuaciones maltratantes, dependiendo si se realicen acciones físicas (golpes, patadas, ej. Maltrato físico) o de contenido emocional (burlas, acciones ofensivas, degradantes, ej. Maltrato emocional) para causar daño en el menor (Mas y Carrasco, 2016).

Todos los tipos de maltrato mencionados pueden ser explicados según un conjunto de indicadores salientes tanto en la víctima como en el agresor, además de las necesidades básicas que vulneran en el niño, aunque para algunos autores, el tipo de necesidades vulneradas es considerado como el aspecto determinante del tipo de maltrato infantil (Dubowitz, Black, Starr y Zuravin, 1993; López, 1995 citado en Mas y Carrasco, 2016). En la Tabla 1 se explica de una manera más detallada los principales tipos de maltrato infantil (Arruabarrena y de Paúl, 1994; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Gómez, 2002; Jiménez et al., 1995; Sanmartín, 2011; Slep et al., 2015 citado en Mas y Carrasco, 2016).

Aparte de los subtipos citados en la Tabla 1 (*maltrato físico, abandono o negligencia, maltrato emocional y abuso sexual*), también son descritos otros tipos de maltrato de menor incidencia, los cuales serán indicados de manera escueta (Jones y Bools, 1999; WHO, 2002 citado en Mas y Carrasco, 2016):

- *Maltrato prenatal*: conjunto de actos por acción o negligencia se realizan de manera intencionada dañan al feto durante el estado de gestación (ej. Actividades de alto riesgo, abuso de drogas, etc.)
- *Mendicidad*: uso del niño solo o acompañado para pedir limosna o dinero.
- *Corrupción o explotación*: consiste en el uso del niño para un fin económico o comercial fuera de sus capacidades y edad legal laboral.
- *Síndrome de Münchausen por poderes*: se induce o simula una sintomatología en el menor de difícil verificación o con la administración de sustancias o mediante falsificación de pruebas diagnósticas.
- *Maltrato institucional*: podría incorporar cualquiera de los maltratos mencionados anteriormente con la excepción de que este tipo de maltrato es ocasionado por una organización (ej. Centros de menores, colegios, centros de protección)

De manera más reciente se introdujeron otros dos tipos de maltrato ocasionados por el acceso a internet y las nuevas tecnologías (Craven, Brown y Gilchrist, 2006; Rollins, 2015; Wolak, Finkelhor, Mitchell e Ybarra, 2008 citado en Mas y Carrasco, 2016) destacando el *grooming*, es decir, cuando un adulto utiliza un comportamiento de seducción y cortejo hacia un niño con la intención de cometer un abuso sexual, y el acoso sexual o *sexting*, que se realiza enviando vídeos y fotografías por diversos dispositivos electrónicos (Mas y Carrasco, 2016).

Tipo de maltrato	Descripción	Indicadores de la víctima	Indicadores del maltratador	Necesidad vulnerada
Maltrato físico	Acción intencional que provoca daño físico, enfermedad o riesgo de padecerlos.	Lesiones (hematomas, quemaduras, fracturas) en lugares poco comunes. Desconfianza con otros adultos incluidos los padres; sentimiento de rechazo; baja autoestima; retraimiento agresividad; vestimenta que cubren las lesiones.	Hábitos de crianza autoritarios y severos; justifica elude u oculta las lesiones del niño; percepción negativa del niño; perfil psicopatológico (trastorno mental, abuso de sustancias...).	Necesidades físico biológicas (alimentación, temperatura, higiene, sueño, actividad física, protección, salud).
Abandono físico o Negligencia	Dejación de las necesidades y cuidados básicos relacionados con la protección, higiene, salud, alimentación, seguridad y educación.	Suciedad, hambre, cansancio, descuido en la alimentación y las necesidades médicas, accidentes domésticos reiterados, tiempo prolongado sin la supervisión de un adulto. Absentismo escolar, fugas de casa, robo, permanencia prolongada en lugares públicos, desconfianza, manifestaciones afectivas extremas y diversas conductas exteriorizadas.	Desinterés y apatía por el niño, existencia de un cuadro psicopatológico o retraso mental. Pertenencia a un entorno familiar altamente conflictivo; exceso de vida social o profesional; exceso de regalos o dinero para compensar su negligencia.	Necesidades físico biológicas; necesidades cognitivas (estimulación sensorial e intelectual, comprensión de la realidad); necesidades emocionales y sociales (seguridad emocional, red social, participación, autonomía, expresión emocional, interacción lúdica).
Maltrato emocional	Conductas de hostilidad, desprecio, críticas o burlas dirigidas al menor e impedimento o falta de respuesta a las iniciativas de interacción infantil.	Retraimiento, inhibición, excesiva condescendencia y pasividad. Comportamientos agresivos extremos; excesivas muestras de madurez o inmadurez; conductas autodestructivas o suicidas. Retraso intelectual	Rechaza, amenaza, intimida o aterroriza al menor; aísla y priva de otros contactos sociales al niño, lo ignora o menosprecia. Se muestra pasivo o extremadamente exigente.	Necesidades emocionales y sociales.
Abuso sexual	Utilización del menor como objeto sexual con contacto físico (caricias, masturbación, penetración anal, genital o sexo oral) o sin él (exhibicionismo, voyeurismo, pornografía) por parte de un adulto que intenta estimularse y satisfacerse sexualmente desde una relación asimétrica o de poder.	Ropa interior rasgada; dificultad para andar y sentarse; dolor o picor en las zonas genitales que aumentan cuando orina o defeca; restos de semen o sangre en el cuerpo o ropa; hematomas en la cara interna del muslo; lesiones, desgarros o inflamación en el ano o la vulva. Miedo y/o rechazo a algún miembro de la familia; cambios bruscos de conducta y conductas autodestructivas; conductas regresivas (chuparse un dedo, orinarse...) tendencia al secretismo; rechazo de caricias; conducta seductora o interés por la conducta sexual de los adultos; conocimientos precoces sobre contenidos sexuales.	Antecedentes del maltrato en la infancia; actitudes de sobreprotección y celo respecto al menor; relaciones de pareja conflictivas; trato de favor con la víctima mediante excesivos regalos o privilegios; aislamiento y dificultades de relación social; abuso de sustancias.	Necesidades emocionales y sociales.

Tabla 1. “Descripción e indicadores de los principales tipos de maltrato” (Mas y Carrasco, 2016, p. 275)

A continuación, a raíz de lo indicado, se hablará sobre las múltiples consecuencias y secuelas que produce el maltrato en el menor ya que son diversos los efectos que repercuten en el niño tanto en su vida inmediata como a lo largo de los años destacando los desajustes biológico, psicológico, familiar y social. En numerosos estudios se ha encontrado que tanto en el abuso sexual (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Finkelhor y Berliner, 1995; Jones, 2008 citado en Mas y Carrasco, 2016) como en los otros tipos de maltrato infantil (Carrasco, Rodríguez- Testal y Mas, 2001; De Paúl y Arruabarrena, 1995; Norman et al., 2012; Pacheco, Irigaray, Nunes y Argimon, 2014; Slep et al., 2015 citado en Mas y Carrasco, 2016), se presencia una gran cantidad de signos, síntomas y alteraciones, pudiendo producir la muerte en casos extremos (Mas y Carrasco, 2016).

Las consecuencias varían en función de diversos factores: tipo de abuso, frecuencia o gravedad, el tipo de relación entre el agresor y la víctima, las características individuales del niño, el tipo de respuesta de la víctima hacia dicho acto, etc. El efecto más dañino se produce a nivel psicológico, apareciendo en la mayoría de los menores maltratados y ocasionando secuelas en su desarrollo. Si bien, aunque las consecuencias psicológicas son las más dañinas, no es menos importante mencionar que también se encuentran presentes las secuelas físicas, llegando a producir, como se ha mencionado anteriormente, en casos extremos la muerte.

Numerosas investigaciones sustentan esta proposición (Hernández, 2017). En un estudio realizado por Rodríguez Sánchez et al, (2007) con niños víctimas de violencia intrafamiliar se vio que un 80-90% de la muestra presentó algún trastorno mental, entre los que destaca el trastorno del estado de ánimo (39%), trastorno por estrés post traumático (11%) y trastorno de la conducta (10,3%) produciendo en el menor ira, conductas disruptivas, síntomas de ansiedad, depresión, anhedonia, baja autoestima, inseguridad, bajo rendimiento escolar por falta de concentración, etc. Otros indicios que se encontraron fueron trastornos del sueño, dificultad en las relaciones, miedo a la oscuridad o a ser agredidos, miedo a sus progenitores y la necesidad de cariño y comunicación.

En otro estudio, realizado por López-Soler et al, (2012) se indica que existe un amplio abanico de síntomas, que aparecen en las reacciones infantiles ante situaciones traumáticas, pudiendo ser internalizantes (ansiedad, depresión, problemas de sueño), externalizantes (problemas de conducta y agresión, hiperactividad, irritabilidad, ira) y un subgrupo mixto en el que se incluyen ambos tipos. Todos estos síntomas estarían asociados a problemas

cognitivos y cambios en las relaciones interpersonales, que conllevarían un importante deterioro funcional.

Las investigaciones desarrolladas sobre el maltrato físico y emocional, abuso sexual y negligencia muestran que los menores que se encuentran expuestos ante dichas situaciones tienen una mayor sintomatología internalizante y externalizante, que aquellos que no han sido expuestos a estas experiencias (Bal, Crombez, Van Oost y De Bourdeaudhuij, 2003; Kitzmann et al. 2003; Valle y Silovsky, 2002; Wolfe, Scoutt, Wekerle y Pittman, 2001 citado en López-Soler et al, 2012).

Parece evidente que el maltrato infantil se considera uno de los sucesos psicosociales de mayor impacto sobre la salud de la población infantil, vinculándose el mismo con un descenso en la salud mental y siendo uno de los orígenes de trastornos en la persona (Trenado et al., 2009 citado en Hernández, 2017).

El conocimiento acerca de las graves consecuencias que acontece el maltrato infantil, lleva a los profesionales a realizar actuaciones de intervención para prevenir, disminuir o eliminar este tipo de acciones con el fin de producir un aumento en el bienestar y salud mental infantil, y por ende, la de los adultos del futuro, pudiéndose destruir así el círculo vicioso que ocurre en numerosas ocasiones en las que el menor maltratado se convierte en el progenitor maltratador (Hernández, 2017).

A continuación, se describirán los modelos etiológicos centrados en el maltrato infantil, y del mismo modo, los posibles factores de riesgo que influyen en este tipo de conductas.

3. MODELOS ETIOLÓGICOS

El origen del estudio sobre los diferentes modelos etiológicos comienza cuando Kempe y cols. (1962) definen el síndrome del niño apaleado (Morales, Zunzunegui y Martínez, 1997). A lo largo de este apartado se describirán los diferentes modelos que han ido surgiendo a lo largo de la historia hasta llegar a los modelos más actuales y se identificarán los múltiples factores de riesgo que se encuentran presentes en el maltrato infantil. La mayoría de las investigaciones sobre las que se basarán los estudios serán centradas en casos de maltrato físico activo y negligencia.

3.1 Modelo psicopatológico

Los modelos psiquiátricos, fueron los primeros intentos de hallar cuales eran los factores etiológicos del maltrato infantil. Estos mismos sugerían que los padres sufrían severas alteraciones psicológicas, razón por la cual maltrataban o abandonaban a sus hijos (Perke y Collmer, 1975; Spinetta y Rigler, 1972 citado en Touza, 1996). Sin embargo, el concepto de maltrato infantil fue sufriendo una serie de modificaciones que fueron dando paso a otros modelos.

3.2 Modelo sociológico

Este modelo focaliza su atención en las variables de tipo social (Moreno, 2006). La disposición cultural hacia la violencia, la falta de educación, el aislamiento social, las condiciones sociales y económicas y otra serie de variables son las que se tienen en cuenta (Gil, 1970-1971).

Por ejemplo, las familias que se encuentran en circunstancias socioeconómicas precarias, son más vulnerables al maltrato físico (Hillson y Kuiper, 1994 citado en Moreno, 2006). En cambio, los resultados, en este sentido, muestran que no existe una correlación fuerte porque se ha visto que es la calidad de las relaciones familiares la que influye entre una situación económica complicada y el maltrato físico (Moreno, 2006).

3.3 Modelo sociointeraccional

Este modelo, a diferencia del anterior, tiene en cuenta la relación paterno-filial en el contexto donde ocurre el maltrato infantil. Tanto las particularidades del menor como las del progenitor contribuyen a complicar la relación entre ellos, de modo que cuando se encuentren en una situación de estrés es más probable que se produzca algún tipo de maltrato (Touza, 2002).

En este sentido se tendrán en cuenta dos factores: las características del menor maltratado y las características de la relación paterno-filial.

3.4 Modelo Ecológico de Belsky (1993). Integración de los factores de riesgo

Se trata de un modelo basado en el de Bronfenbrenner (1979) caracterizado por su integración de los diferentes factores de riesgo psicosociales que están presentes en el maltrato infantil (Moreno, 2006). Este modelo enfatiza en el carácter dinámico de las relaciones sociales, los entornos cercanos (su vivienda habitual) y un contexto más amplio en

el que se encuentran integrados éstos (Korbin, 2014). Esta fusión dio como resultado un modelo conceptual, ordenándose en cuatro niveles diferentes de análisis, factores y procesos explicativos estimando que contribuyen al maltrato infantil (Touza, 1996). Estos son los 4 niveles:

1. **Ontosistema:** En este nivel se representa la experiencia de los progenitores con sus propios padres que se muestra en la relación con sus hijos (Morales, Zunzunegui y Martínez, 1997). Se incluyen variables como: Historia de maltrato activo y/o desatención severa, rechazo emocional y la falta de muestras de cariño en la infancia, falta de conocimiento en el cuidado del niño, desconocimiento acerca de sus particularidades evolutivas y de sus necesidades, historia de enfrentamiento y separación familiar, falta de habilidades interpersonales, carencia empática, baja tolerancia al estrés, estrategias de afrontamiento inapropiadas, pobre autoestima, bajo CI, etc. (Touza, 1996).
2. **Microsistemas:** En este nivel se muestra la situación inmediata en la que ocurre el maltrato activo y/o la negligencia, es decir, la familia (Bolívar, Convers y Humberto, 2014). Se incluyen variables que son de carácter psicológico y comportamental de cada uno de los miembros que integra la familia y la comunicación entre ellos (agresividad en la pareja, habilidad empática, problemas maritales...), todas ellas consideradas como origen del maltrato (Moreno, 2006).
3. **Exosistema:** En este nivel se muestran las organizaciones sociales que envuelven el microsistema familiar, el estado laboral, relaciones sociales y comunidad (vecindario, amistades) (Bolívar, Convers y Humberto, 2014).
4. **Macrosistema:** En este nivel aparecen tres tipos de factores: socioeconómicos (crisis económica, alta movilidad social, tasas de desempleo...), estructurales (todo lo relacionado con los recursos de asistencia y protección con los que cuenta la sociedad) y las actitudes y valores que se imponen en cada sociedad y dependiendo del momento histórico (educación en el menor, cubrimiento de sus necesidades básicas...) (Moreno, 2006).

A diferencia de los otros modelos que tan solo se focalizan en un factor de riesgo concreto, el Modelo Ecológico de Belsky, tiene en cuenta los diferentes factores de riesgo psicosociales (en relación a la familia, la comunidad, factores culturales e interacciones del individuo) que suelen estar presentes en el maltrato infantil, (Wilson, Hayes, Bylund, Rack & Herman, 2006 citado en Bolívar & Convers, 2012; Belsky, 1993). Resulta de gran

importancia tener en cuenta la interacción entre el menor y el ambiente, ya que a partir de esta relación se pueden ver cómo los múltiples factores de riesgo psicosocial pueden incrementar la posibilidad de padecer algún tipo de maltrato infantil (Bolívar & Convers, 2012).

Variables como baja autoestima, falta de control de impulsos, poca estabilidad emocional son concluyentes a la hora de predecir las conductas de maltrato por parte de los padres hacia el menor. Del mismo modo, padres con trastornos de ansiedad y/o depresión también, pueden influir en el desarrollo del menor de un modo negativo (Mouesca, 2015).

Por otro lado, se halló que un factor psicosocial de gran importancia es la edad a la que las madres tienen a sus hijos dado que cuanto más joven se tiene a estos, mayor probabilidad existe de maltrato infantil. Esto es debido a que las madres se caracterizan por ser menos permisivas, intrusivas, inflexibles, críticas y controladoras, indicando la baja tolerancia en cuanto a las conductas exploratorias del menor (Bolívar & Convers, 2012).

El estilo educativo también es un factor psicosocial que influye en las conductas violentas y coercitivas por parte de los padres. Se encontró que un estilo de crianza negligente, autoritaria con estrategias de control negativas e inapropiadas sobre el menor presenta altos porcentajes de maltrato infantil. Padres con altos rasgos en agresión verbal tienen mayor probabilidad de abusar físicamente del menor (Bolívar & Convers, 2012).

Del mismo modo, aquellos progenitores que tienen una visión negativa de ellos mismos y de sus hijos, también aumentan la probabilidad de maltrato infantil, dado que éstos se crean expectativas e interpretaciones inadecuadas acerca de las conductas del menor (Mouesca, 2015).

De manera análoga, se han encontrado que otro factor de riesgo clave en el maltrato infantil es transmisión intergeneracional de este tipo de conductas (Belsky, 1993). Esta idea se puede ver apoyada por diferentes autores a lo largo de los años. Autores como Gómez y De Paúl, (2003) hallaron que un posible factor de riesgo podría ser la historia del maltrato físico sufrida por los progenitores puesto que dichas conductas eran repetidas en sus hijos. Investigaciones más recientes con diversos autores, Beltrán (2007), Kalebic y Ajdukovic (2011), Bolívar y Convers (2012) sostienen la misma idea en sus investigaciones, aquellos

padres que han crecido en ese ambiente tenderán a repetir el ciclo de maltrato infantil en sus hijos.

Dejando atrás los factores de riesgo centrados en los progenitores, se hará referencia a aquellos factores centrados en el exosistema. Como ya se había indicado en el modelo sociológico, el pertenecer a una clase social baja implica la influencia de variables como graves problemas económicos, estrés, la dificultad de acceso a la cultura...que incrementan el riesgo de malos tratos, sobre todo la negligencia física (Jones y McCurdy, 1992 citado en Touza, 1996). De igual modo, aquellas familias que están en riesgo de pobreza tienen mayor probabilidad de padecer sucesos estresantes, y además, siendo más vulnerables a sentirse socialmente aislados por causas como débil vínculo con los miembros del vecindario, de su familia, etc. lo que da lugar a que se produzcan conductas agresivas y/o negligentes hacia los menores (Bolívar & Convers, 2012).

Siguiendo la línea de lo anterior, se vio que la acumulación de estrés es otro factor de riesgo que se correlaciona de manera positiva con el maltrato infantil, dado que se ha visto que gran parte de las familias en las que existen estas conductas violentas predominan los altos niveles de estrés.

Se encontró que a raíz de los altos niveles de estrés causados por el desempleo, enfermedades, arrestos o desalojos se producen mayor maltrato y en especial, casos de negligencia (Korbin, 2014).

Respecto al factor estresor centrado en la familia (microsistema), son varias las variables estructurales que están vinculadas con el maltrato físico y la negligencia (Alink et al., 2013; Euser, van IJendoorn, Prinzie et Bakermans-Kranenburg, 2011; Éthier, Couture et Lacharité, 2004; Schumacher, Smith Slep et Heyman, 2001; Connelly et Strauss, 1992 citado en Fraga, 2016). Por ejemplo, autores como Sedlak, Mattenburg, Basena, Petta McPherson, Greene y Li (2010) obtuvieron resultados que mostraron que en las familias monoparentales, los hijos, tenían significativamente más probabilidad de ser maltratados. Otra investigación de Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker y Lutzker (2009), encontraron también resultados consistentes con respecto a la relación entre el maltrato infantil con familias monoparentales.

En cuanto a las características del menor maltratado, son varias las variables que influyen en el maltrato infantil. Según Belsky (1993), dependiendo de la edad del menor, éste

será más vulnerable a sufrir conductas violentas; a mayor edad, la probabilidad va disminuyendo. En los más pequeños, la dependencia hacia sus progenitores, la falta de control en sus actos y emociones....son algunas de las variables que les hace estar más expuestos tanto al maltrato como a su agresor. Es más, aquellos menores que tienen un patrón de conducta que se aleja del 'normal' (hiperactivos, alteración en los ritmos del sueño, inestables emocionalmente...) se encuentran en riesgo de ser objeto de maltrato (González-Muriel, 1993).

Así mismo, en otras investigaciones más recientes, los resultados mostraron una correlación positiva entre el maltrato físico y la negligencia, y la presencia de problemas de salud o discapacidad en los menores (Fluke, Shusterman, Hollinshead y Yum1, 2005 ; Fudge Schormans y Brown, 2002; Hibbard y Desch, 2007 ; laudes et Mackey-Bilaver, 2008; Kahn y Schwalbe, 2010; Sullivan y Knutson, 2000 citado en López, 2016), ocurriendo lo mismo con bebés prematuros y aquellos que nacen con un peso inferior al estándar (Sidebotham y Heron, 2006 citado en López, 2016).

Para concluir, otro factor de riesgo de gran relevancia son las características de la interacción paterno-filial. La relación padres-hijos en casos de maltrato infantil se ha visto como disfuncional. Estos padres frecuentemente tienden a distorsionar la realidad de su alrededor. (González- Muriel, 1993). Las relaciones padres- hijos, que se caracterizan por el uso de patrones negativos, agravan el riesgo de malos tratos en el menor, en oposición a esto, se apoya la idea propuesta por Gracia (2002), en la que defiende, que las relaciones paterno-filiales con patrones positivos, es incompatible con el maltrato infantil, por lo que promovería un desarrollo adecuado del menor.

Los progenitores involucrados en los malos tratos, tienden a utilizar estrategias de 'coping' erróneas. En este sentido, también se vio, que en el maltrato físico, los progenitores se caracterizaban por utilizar la estrategia de descarga emocional ante comportamientos inadecuados del menor o, evitación del problema siendo una manera negligente e irresponsable de comportamiento hacia el menor (González- Muriel, 1993).

3.5 Modelo transaccional.

Este modelo, propuesto por Cicchetti y Rizley (1981), definen el maltrato infantil como la manifestación de una disfunción en el sistema relacional progenitor/cuidador- niño-ambiente como resultado de una evaluación negativa en el entorno familiar entre los factores

de riesgo (factores estresantes) y factores protectores (factores de soporte) en un determinado momento.

Este modelo se divide en dos dimensiones: una dimensión de riesgo (factores potenciadores y factores compensatorios) y otra dimensión temporal (factores permanentes y transitorios). A su vez, estas dimensiones se subdividen en otras cuatro, que interaccionan entre ellas: *factores de vulnerabilidad*, conocidos como factores potenciadores permanentes que determinan un maltrato potencial (ej. historia de abuso, psicopatología de los progenitores y de los menores...), *factores provocadores*, entendidos como potenciadores transitorios que sugiere a los cuidadores a maltratar al menor en un determinado momento (estresores de diferente índole como enfermedades, problemas en la relación de pareja, familiares...), *factores protectores*, entendidos como factores compensatorios permanentes que disminuyen el riesgo de mal tratar o de su transmisión intergeneracional (historia parental de buena familiaridad con los adultos), y por último, los *factores amortiguadores*, siendo éstos, compensatorios transitorios, los cuales disminuyen la posibilidad de maltrato infantil, respaldando a la familia de los estresores (apoyo social, estabilidad económica, buena relación de pareja) (Morales, Zunzunegui y Martínez, 1997). Los autores Cicchetti y Rizley (1981), aseguran que cuando los factores potenciadores son mayores que los amortiguadores, se estaría produciendo un caso de maltrato infantil.

3.6 Modelo ecológico transaccional

Este modelo, basado en los dos modelos anteriores de Belsky (1980) y Cicchetti y Rizley (1981) citado en López, (2016) y ahora, propuesto por Cicchetti y Lynch (1993) citado en López, (2016) es el modelo que prevalece en psicología (Cicchetti y Valentino, 2006; Skowron y Woehrle, 2012 citado en López, 2016).

Este enfoque ecológico transaccional sigue un modelo heurístico, que posibilita analizar las transacciones entre los factores pertenecientes a los distintos niveles de la ecología del menor involucrado en el maltrato infantil (Lynch y Cicchetti, 1998 citado en López, 2016). Los estudios que se han realizado, sobre contribuciones multisistémicas (Cicchetti y Valentino, 2006 citado en López, 2016), es decir, sobre los distintos factores relacionados con progenitores, hijos, relación cuidador/padre-hijo, familias y contextos en el que estas familias se desarrollan, han conducido a un avance significativo en la descripción de dichos elementos. No obstante, este modelo no ofrece una fundamentación donde se especifique y prediga el papel distintivo de los factores de los distintos subsistemas. Por

ejemplo, en este modelo no es posible distinguir y predecir, cómo los diferentes factores de un mismo subsistema, se diferencian en el grado de influencia en la situación de maltrato.

A pesar de esto, en las diferentes investigaciones realizadas acerca del maltrato físico activo y la negligencia, basadas en este modelo, se vio que el maltrato físico parece estar fuertemente asociado con factores del microsistema, mientras que las negligencias parecen estar más relacionadas con factores exosistémicos, estando dicha relación alejada de las situaciones inmediatas (relación progenitor- hijo) (López, 2016).

4. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Antes de comenzar a trabajar con la familia y los menores maltratados, será necesario realizar una evaluación para confirmar la veracidad del maltrato y conocer sus características. En este proceso, el evaluador debe conseguir la máxima información posible de la familia, servicios sanitarios, profesores y otros profesionales a través de técnicas como la entrevista y la observación. Posteriormente, a través de pruebas estandarizadas se conseguirá obtener información más concreta sobre el estado de salud mental en el que se encuentra el menor y su entorno familiar y social (Mas y Carrasco, 2016). No obstante, este trabajo no se focalizará en la evaluación y pasará directamente a describir los programas de intervención. Es necesario puntualizar que, a pesar de que al principio se enumeraron 11 tipologías diferentes de maltrato infantil, los programas de intervención descritos en las siguientes páginas no son válidos para todas las tipologías, sino que se centran principalmente en casos de maltrato físico, psicológico y/o negligencia.

Por lo tanto, el siguiente paso será la selección y aplicación de un tratamiento de intervención efectivo, con el objetivo principal de conseguir la protección física y mental del menor, así como su bienestar (Jones, 2008 citado en Mas y Carrasco, 2016). Sin embargo, es importante tener en cuenta que no todos los menores que han sido víctimas de maltrato llegan a desarrollar problemas de salud mental duraderos que necesitan de un tratamiento de intervención (Bonanno, 2004; Bonanno et al., 2010, 2011; Copeland et al. 2007; Masten, 2001 citado en Korbin, 2014).

A lo largo de la historia, los tratamientos de intervención para el maltrato infantil han sido evaluados con poca frecuencia. Sin embargo, en la última década se ha producido un incremento drástico en la cantidad de estudios empíricos que evidencian su efectividad

(Skowron y Reinemann, 2005). Al comienzo de la implementación de los diferentes programas de intervención, todos ellos estaban dirigidos hacia padres porque consideraban que eran los principales responsables de las conductas de maltrato, llegando a la conclusión de que si éstos obtenían resultados positivos en dichas intervenciones, los niños mejorarían su calidad de vida (Rosa, Sánchez y López, 2010). No obstante, esto cambió. En la actualidad, existen múltiples programas focalizados en optimizar en niños el apego y las relaciones entre iguales y con adultos (Fantuzzo et al., 1996 citado en Rosa, Sánchez y López, 2010). Las estrategias más usadas son habilidades sociales, autocontrol, manejo de circunstancias y resolución de problemas tanto en los adultos como en los menores (Rosa, Sánchez y López, 2010).

Hoy en día, una obligación ineludible es la evaluación de la eficacia de las intervenciones terapéuticas (Echeburúa, Salaberría, Corral y Polo, 2010). En un meta-análisis realizado por Rosa et al., (2010), se encontró que cuanto mayor era la duración del tratamiento, más efectivo era. Esto ha sido encontrado sobre todo en el maltrato de tipo negligente, y, de manera análoga, en aquellos casos en los que el maltrato ya está ocurriendo, en contraposición con aquellos que están en riesgo de sufrirlo.

El desarrollo en las intervenciones psicológicas es muy escaso si se compara con otros ámbitos de la salud como la industria farmacéutica, ya que ésta misma se ha ocupado de divulgar todo lo concerniente a ella mediante múltiples publicaciones gratuitas y/o financiación a congresos. Sin embargo, como se mencionaba anteriormente, esto no es así en el caso de las intervenciones terapéuticas (Echeburúa et al., 2010).

Las víctimas de maltrato infantil pueden padecer problemas diferenciados en dos categorías: problemas internos (estrés post traumático, depresión, ansiedad, etc.) y problemas externos (desobediencia, incumplimiento de normas, desconfianza, conductas agresivas, etc.). Por ello, antes de empezar con un tratamiento de intervención efectivo, es importante conocer los signos y síntomas que presenta el menor. Los programas enfocados a la mejora de problemas internos se focalizan en enseñarle al menor a reconocer y saber manejar o superar las emociones negativas, así mismo, los progenitores son entrenados en ayudar a sus hijos a utilizar las estrategias de afrontamiento adecuadas. Por el contrario, los programas enfocados a la mejora de problemas externos, se centran, principalmente, en trabajar con los padres para que éstos puedan desarrollar relaciones positivas con sus hijos y cambiar, de esta forma, las circunstancias ambientales mediante la recompensa (Korbin, 2014).

En la revisión realizada se han estudiado múltiples programas de intervención. En el presente trabajo se ha decidido abordar los dos siguientes programas: MPOWER y PCIT, ya que ambos son actuales, por lo que tienen en cuenta nuevas variables que no se incluían en programas con más antigüedad, y, además, cada uno de ellos está enfocado a los problemas mencionados anteriormente, internos y externos, respectivamente. De manera más concreta, el programa MPOWER destaca por ser uno de los pocos que ofrece un enfoque basado en las fortalezas, así como un enfoque relacional más amplio en comparación con el resto de programas que siguen esta misma línea, explorando las implicaciones del maltrato infantil en el ámbito del hogar (Callaghan, et al., 2018). Por otro lado, el programa PCIT cuenta con tres objetivos básicos para solventar los problemas externos: reducir de las conductas problemáticas infantiles, mejorar de la relación padres-hijos (mencionada anteriormente como un factor de riesgo importante en el maltrato infantil) y optimizar las habilidades de crianza. Se considera una intervención altamente efectiva debido a la gran cantidad de investigaciones que demuestran los resultados positivos el tratamiento (Uriquiza y Timmer, 2012).

4.1 MPOWER

Este programa de intervención, es la segunda parte de un proyecto de investigación, “Undersanting Agency and Resistance Strategies”, desarrollado en cuatro países (Italia, Grecia, Inglaterra y España) acerca de cómo los niños y adolescentes maltratados han vivido y superado dichas experiencias.

Este programa, llevado a cabo por especialistas, está enfocado en construir fortalezas y habilidades mediante actividades de diferentes contenidos y centrándose, a lo largo del mismo, en la creatividad, la emoción, las estrategias de afrontamiento y los recursos disponibles, en aquellos sujetos que han sufrido maltrato doméstico. Ayuda a las víctimas a concienciarlas acerca de las adaptaciones creativas utilizadas al vivir en hogares con dominio opresivo y violencia. Se trabaja para comprender cómo progresan estas adaptaciones en un contexto, cómo estas fortalezas y superaciones resultan útiles para ellos, además de comprender cómo podrían adaptarlas para facilitar el manejo de conflictos y desafíos en contextos no violentos. El programa de intervención no se centra en las situaciones de violencia en sí, sino en las consecuencias que experimentan. En dicho programa se incluyen

las implicaciones relacionales y su influencia en las víctimas en el plano emocional/afectivo, así como sus estrategias de afrontamiento.

Con el fin de reducir la sensación de aislamiento y sus expectativas de ser diferentes, las intervenciones se llevan a cabo en grupos (Stanley et al., 2012 citado en Callaghan, Fellin y Alexander, 2018). Está enfocado a sujetos entre 11 y 17 años, los cuales habitan en lugares seguros y fuera de violencia.

La intervención utiliza unos métodos terapéuticos creativos para ayudar a organización las experiencias que pueden ser complicadas de expresar (emociones, experiencia incorporada y ámbito del hogar) (Perry, 2014 citado en Callaghan, et al., 2018). Está compuesto por cinco puntos principales: 1º *Comprender la violencia y hacer frente a dicha situación*, centrándose en identificar y aumentar la capacidad de afrontamiento y resiliencia, con el fin de entender mejor el sentido de las respuestas de los menores a situaciones de violencia. 2º *La violencia ocurre en un entorno físico y relacional*, que se encarga de abrir un espacio en el que el grupo podría entender la naturaleza relacional y materialmente localizada de la violencia y el control coercitivo, viendo la violencia y las respuestas hacia esta desde una perspectiva relacional, contextual y personificada. 3º *Afrontamiento, resistencia y resiliencia como experiencias creativas*, se enfatiza la capacidad de los sujetos vulnerables a adaptarse de manera creativa a las experiencias adversas, y se trabajaría directamente con dicha creatividad a través de técnicas como bailes, música, dibujo, actuaciones, etc., que permiten explorar las emociones y relaciones como experiencias corporales. 4º *Enfoque centrado en los recursos*, este principio, tiene como objetivo destacar los recursos, habilidades y capacidades del grupo vulnerable, evitando etiquetar y patologizar las diferentes experiencias de maltrato vividas. En lugar de calificar a éstos como víctimas pasivas de violencia doméstica, se les apoya y reconoce la adaptación y afrontación que han llevado a cabo, a la hora de enfrentarse a dichas situaciones violentas, siendo estas estrategias potenciales de superación y de evitación a repetir ciclos de violencia. 5º *Enfoque relacional y centrado en la emoción*, este último principio se centra en concienciar a los menores maltratados, cómo han vivido las diferentes emociones del pasado y cómo dichas emociones cohabitaban en el contexto social y relacional. Se trabajaron con sus respuestas emocionales hacia violencia (qué hicieron con esas emociones y la consideración de las estrategias utilizadas). Una vez que eran conscientes de las respuestas de afrontamiento emocional, se trabajaría con las mismas para adaptarlas y transformarlas.

El programa se divide en 6 sesiones de distintas temáticas y, a su vez, cada una de ellas en una amplia gama actividades (*gráfico 4*). Las dos primeras sesiones se centran en trabajar la confianza y, las dos últimas se focalizan en afianzar las experiencias de cada uno de los integrantes con pensamientos sobre el futuro y cerrando la sesión final todos juntos. Existen actividades enfocadas a compartir con el resto del grupo las estrategias de afrontamiento utilizadas por cada uno de ellos, analizando cuales resultan efectivas y los posibles cambios para mejorar dichas estrategias. Otras actividades están centradas al ámbito de la creatividad o en ayudar a construir patrones de seguridad y confianza, tanto en el grupo, como en ellos mismos, ya que, al comienzo de la intervención, al provenir de un contexto familiar manipulativo, controlador y violento, los sujetos se infravaloraban. No obstante, se les da plena libertad para elegir, al comienzo de las sesiones, en lo que se quieren centrar ese día. Se destaca, que es un programa que ayuda a discutir las propias adaptaciones creativas utilizadas para afrontar la violencia, así como ofrecer ayuda a otros miembros del grupo. Un punto en común que la mayoría de miembros comparten con el grupo fue el miedo a la transmisión intergeneracional de conductas violentas y desadaptativas.



Gráfico 4

Tras la intervención de dicho programa, los resultados, que mostraron los participantes, fueron positivos. Estos mismos se sintieron apoyados tras haber contado las

diferentes experiencias de violencia domésticas vividas, normalizando la situación. Reconocían la mejora de habilidades y sabían buscar apoyo en otras personas. El haber compartido las experiencias con otros miembros, con vivencias similares, se ha reconocido como un punto muy positivo, debido a la reestructuración cognitiva vivida hacia el grupo. Ahora las víctimas sienten bienestar, al estar en grupo, se sienten seguras y califican dicha experiencia como positiva. Así mismo, el utilizar métodos creativos y relacionales ha ayudado a contar y expresar cosas que anteriormente no lo habían hecho o incluso no eran ni reconocidas por la propia persona.

Sin embargo, se encontraron algunas limitaciones. Aunque se tomaran medidas cuantitativas, tanto al principio como al final del programa, del bienestar subjetivo, las limitaciones prácticas indicaron que no fue factible tener un grupo control o llevar a cabo un control, a través del tiempo, pudiendo comprobar si se mantenían los resultados positivos de bienestar en los participantes. Tampoco fue posible ver si las diferentes sesiones están influenciadas por las características de personalidad del terapeuta, pudiendo tener esto un papel determinante en la intervención.

Como conclusión, el programa de intervención MPOWER, señala la importancia de realizar más investigaciones acerca de programas de intervención similares con el objetivo de disponer de estudios de alta calidad que mida la eficacia de diferentes intervenciones y se establezca su impacto a lo largo de los años (Callaghan, et al., 2018).

4.2 La terapia de Interacción padres-hijos

La Terapia de Interacción Padres-Hijos (PCIT), consiste en una intervención protocolizada, con el fin de mejorar las conductas problemáticas que pueda tener el menor y mejorar las habilidades parentales (Eyberg, 2004) basada en teorías del aprendizaje social y apego (Urquiza y Timmer, 2012). La teoría del aprendizaje social explica la violencia familiar focalizada en el modo agresivo en que los padres se relacionan entre sí o con sus hijos. De esta forma, la teoría del aprendizaje social rechaza la idea de la agresividad humana como algo innato, así como el temperamento o la personalidad como origen genético, y acepta la idea de que la base de la violencia está en el aprendizaje por moldeado, que ocurre en las relaciones interpersonales (familiares) (Aroca, Bellver y Alba, 2012). La otra teoría en la que se basa este programa se trata de la teoría del apego, que intenta explicar la relación entre el niño y sus progenitores. Bowlby, uno de los autores pioneros de este modelo teórico, define el apego como todas aquellas conductas que producen un acercamiento y contacto con las

figuras de apego (risa, gritos, lloros, contacto visual, táctil, etc.) (Delgado y Oliva, 2004). El resultado de una relación afectiva cercana entre el cuidador y el niño hace que éste crezca con patrones de seguridad mayores que en aquellas relaciones paterno-filiales en las que el menor crece en una relación más fría y distante (Karakuş, 2017).

Este programa promueve la idea de que, a través de conductas positivas y habilidades de cambio de conducta, son los propios padres los que actúan como agentes del cambio. Lo positivo de este programa es que las sesiones de intervención se realizan tanto con los padres como con el/los hijos (de dos a siete años), de manera individualizada para mejorar las relaciones disfuncionales de padres-hijos. Aunque las tareas se realizan durante las sesiones, también se recomienda trabajar en casa, todas estas cada día alrededor de 5 minutos (Uriquiza y Timmer, 2012).

La primera fase se focaliza en reforzar las relaciones entre padres-hijos (Interacción Dirigida por el Niño; Child-Directed Interaction, CDI), siendo su duración entre siete y diez semanas. En esta fase, los padres son instruidos a seguir comportamientos de sus hijos en juegos, dando una descripción de las actividades de estos, elogiando sus conductas positivas y reflejando sus verbalizaciones adecuadas. Se termina esta fase, cuando los padres son capaces de realizar todas las conductas mencionadas anteriormente, de manera muy frecuente. A continuación, se mostrará un ejemplo de asesoramiento de CDI:

(El padre y el hijo están jugando con bloques de Lego; el terapeuta observa desde una habitación de observación anexa y habla con el padre a través del auricular)

Terapeuta: Describe a Robert lo que hace con sus manos.

Padre: Pones todos los bloques azules sobre la mesa. [Descripción conductual]

Terapeuta: ¡Has hecho una buena descripción conductual!

Hijo: Sí, voy a construir una torre azul muy grande. Padre: Vas a hacer una torre azul muy grande. [Reflejo]

Asesor: ¡Bien, ya lo tienes! Esa ha sido un reflejo perfecto de lo que dijo Robert. Él sabe que le estás prestando atención a lo que hace. Si lo alabas y le prestas atención por su buen comportamiento, él repetirá más ese comportamiento.

Padre: Me gusta que juegues tranquilamente con los juguetes. [Elogio Descrito]

Terapeuta: Excelente elogio descrito.

Hijo: ¡Y también voy a hacer una torre roja! ¡Y una amarilla! (Uriquiza y Timmer, 2012, p.3)

La segunda fase se centra en conseguir mejorar la obediencia del menor (Interacción Dirigida al Padre; Parent-Directed Interaction, PDI), siguiendo el mismo número de sesiones que CDI. En esta fase, se instruye a los padres en dar las órdenes necesarias, de un modo claro y directo, aumentando así, la probabilidad de cumplimiento. Normalmente, a lo largo de las sesiones, los cuidadores aprenden un método concreto de utilizar el tiempo-fuera con el propósito de corregir la desobediencia. A través de diversas estrategias, como la imparcialidad (eliminando los privilegios), que se les enseñan a los padres, se podrá conseguir cambiar las conductas del menor. Esto hace también, que los mismos utilicen las herramientas adecuadas para el manejo de las conductas disruptivas de sus hijos, evitando el uso de la fuerza física y reemplazándola por reforzadores e incentivos positivos consiguiendo, de esta forma, mejorar la regulación emocional de los menores. Las sesiones acaban cuando el terapeuta observa que los cuidadores utilizan las estrategias de manejo de conducta sin necesidad de orientación. A continuación, se mostrará un ejemplo de guía de PDI:

(Padre e hijo están jugando con bloques de Lego; el terapeuta observa desde una habitación de observación anexa y habla con el padre a través del receptor oculto en el oído)

Terapeuta: Es hora de recoger los juguetes. Di a Robert que ponga los bloques de Lego en la caja.

Padre: Robert, es hora de recoger. Por favor, guarda los bloques de Lego en la caja [Orden Directa]

Terapeuta: Excelente Orden Directa. Ahora Robert sabe exactamente lo que tiene que hacer.

Hijo: (Robert comienza a guardar los bloques de Lego en la caja)

Padre: ¡Estás guardando el Lego en la caja muy bien! [Elogio Descrito]

Terapeuta: Le has elogiado muy bien por guardar los bloques de Lego. Ayudará a que Robert quiera recoger más veces en el futuro. (Uriquiza y Timmer, 2012, p.3)

Sin embargo, no es un programa destinado exclusivamente a familias en las que se ha dado maltrato infantil, también está dirigido a intervenir en otras situaciones tales como niños con trastorno oposicionista-desafiante, trauma infantil, familias conflictivas inestables, etc.

No obstante, volviendo al tema de interés, se vio en numerosos estudios (Uriquiza y McNeil, 1960 citado en Uriquiza y Timmer, 2012) que este programa de intervención muestra resultados muy positivos en las relaciones paterno-filiales que se produce maltrato físico

(Timmer, Urquiza, Zebell, y McGrath, 2005) y otros tipos de maltrato. Una condición positiva a destacar es que va destinado tanto a los hijos como a los padres. Esto es importante, ya que las respuestas de cada uno contribuyen en las respuestas inadaptadas del otro, produciéndose un ciclo imparable de coacción y agresión. Otra condición a favor de este programa es que funciona como un medio para disminuir el afecto negativo y las conductas agresivas, al mismo tiempo que promueve el afecto positivo y estrategias de enseñanza.

Tras décadas de estudio sobre la eficacia y efectividad de la intervención PCIT, se han encontrado pocas limitaciones. Al contrario, se ha demostrado la eficacia del tratamiento y la generalización de sus efectos en distintas culturas, entornos y tiempo (Eyberg y Bussing, 2011) La gran riqueza literaria de investigación ha confirmado la solidez de los efectos terapéuticos, reduciendo los problemas en los menores, mejorando las habilidades de los cuidadores, al igual que las relaciones paterno-filiales (Uriquiza y Timmer, 2012).

5. CONCLUSIONES

Ante la evidencia del aumento de la prevalencia de maltrato infantil en la población española durante los últimos años y la falta de concienciación de la sociedad sobre este tema, se decidió estudiar la literatura existente sobre esta temática con el objetivo de clarificar la información y dar a conocer a la sociedad la gravedad de este suceso. A lo largo de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en la que se ha abordado la problemática del maltrato infantil, desde la definición, tipología y consecuencias del maltrato hasta los posibles programas de intervención, pasando por modelos etiológicos y factores de riesgo.

Se ha visto que es importante tratar en profundidad la temática presentada, ya que sin una contextualización adecuada es imposible comenzar a trabajar y crear programas de intervención o prevención efectivos y eficaces que ayuden al menor. Así mismo, es importante señalar que se trata de un tema que está influenciado por múltiples variables, lo cual hace que su abordaje sea mucho más complejo.

Una vez dicho esto, se concluye que el objetivo de explicar en mayor profundidad la problemática del maltrato infantil se ha conseguido parcialmente, ya que se ha recopilado y organizado una gran cantidad de información acerca de este tema. Sin embargo, durante el proceso de búsqueda se encontraron algunas limitaciones.

Una de estas limitaciones es la falta de artículos en los que se trate de manera concreta los programas de intervención, ya que se experimentaron grandes dificultades para encontrar información específica sobre estos. Además, en este mismo sentido se observó otra limitación: la ambigüedad y confusión a la hora de diferenciar los programas de prevención, donde aun no ha sucedido el maltrato, y los programas de intervención, donde ya ha tenido lugar el suceso, ya que los programas que en principio fueron creados para la prevención del maltrato también pueden ser utilizados en la fase de tratamiento del mismo.

Una de las posibles causas de estas limitaciones podría estar relacionada con lo mencionado anteriormente, la amplia variabilidad en la tipología del maltrato o los múltiples factores psicosociales (características de los progenitores, el contexto, características del menor) por los que se encuentra influenciado, que hace que cada caso de maltrato sea único e irrepetible.

Con todo lo expuesto en este trabajo no se podría llegar a tratar en su totalidad los diferentes programas de intervención por la falta de información, falta de..... por lo que se propone algunas recomendaciones para futuras investigaciones en este campo.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Aroca, C., Bellver, M.C., & Alba, J.L. (2012). The social learning theory as explicative model of child-parent violence. *Revista complutense de Educación*, Vol. 23 Núm. 2, 487-511.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental - ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-434.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment : An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Beltrán, C. (2007). Características y factores precipitantes asociados al abuso sexual. *Medunab*, 10(1), 38-49.
- Bolívar Arango, L. M., & Convers Duran, A. M. (2012). Factores de riesgo psicosocial asociados al maltrato infantil (Bachelor's thesis, Universidad de la Sabana).
- Bolívar, L., Convers, A., & Moreno, J. (2014). Factores de riesgo psicosocial asociados al maltrato infantil. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(1), 67-76.
- Callaghan, E. M. Jane, Fellin, C. Lisa, & Alexander, H. Joanne. (2018c). Promoting Resilience and Agency in Children and Young People Who Have Experienced Domestic Violence and Abuse: the "MPOWER" Intervention. *Journal of Family Violence* , 1-17.
- Carmona Pulido, M. A. (2017). *Programas de Intervención Familiar Basados en la Evidencia* (Grado en Psicología). Universidad de Jaén.
- Delgado, A. O., & Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., & Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas En la Evidencia. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(3), 247-256.
- Eyberg, S. M. (2004). The PCIT story-part one: The conceptual foundation of PCIT. The Parent-Child Interaction Therapy Newsletter, 1(1), 1-2.

- Eyberg, S. M., & Bussing, R. (2011). Parent–child interaction therapy for preschool children with conduct problems. In *Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth*(pp. 139-162). Springer, New York, NY.
- Gracia, E. (2002). El maltrato infantil en el contexto de la conducta parental: percepciones padres e hijos. *Psicothema*, 14(2), 274-279.
- Gil, D. (1970). Violence against children: Physical child abuse in the United States. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Gil, D (1971). “Violence against children”. *Journal of Marriage and the Family*. 33, 639-648.
- Gómez, E., & De Paúl, J. (2003). La transmisión intergeneracional del maltrato físico infantil: estudio en dos generaciones. *Psicothema*, Vol. 15(3), 452–457. Recuperado de <http://0-www.psicothema.com.avalos.ujaen.es/pdf/1087.pdf>
- Hernández Esteban, R. (2017). Programas de prevención ante el maltrato infantil, trabajando desde la formación a padres y madres: revisión bibliográfica.
- Kalebic, K., & Ajdukovic, M. (2011). Risk factors of child physical abuse by parents with mixed anxiety-depressive disorder or posttraumatic stress disorder. *Mental Health*, 52, 25-34. doi: 10.3329/cm.2011.52.25
- Karakuş, Ö. (2017). Childhood Abuse and Attachment Styles of Adolescents. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 10(27).
- Korbin, J. E. (2014). *Handbook of child maltreatment*. R. D. Krugman (Ed.). New York, NY: Springer.
- López Fraga, L. (2016). Analyse évolutionniste de l’abus physique et de la négligence envers les enfants : contribution à une approche différentielle de ces deux formes de mauvais traitements.

- López-Soler, C., Fernández, M. V., Prieto-Larrocha, M., Alcántara-López, M. V., Saéz, M. C., & López-Pina, J. A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 28(3), 780-788.
- Mas Hesse, B., & Carrasco Ortiz, M. (2016). Abuso sexual y maltrato infantil. In M. Vallejo Pareja & M. Comeche Moreno, *Manual de terapia de conducta en la infancia* (3rd ed.). Dykinson.
- Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. (2017). [Datos y gráficos. Víctimas de maltrato y violencia]. Recuperado 22 abril, 2019, de <http://www.infanciaendatos.es/datos/graficos.htm>
- Morales, J. M., Pastor, V. Z., & Salceda, V. M. (1997). Modelos conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial. *Gaceta Sanitaria*, 11(5), 231-241.
- Moreno Manso, J. (2006). Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(5), 271-292.
- Mouesca, J. P. (2015). Prevención del maltrato infantil: función del pediatra: 1ra parte: Aspectos generales, evidencia, factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes. *Archivos argentinos de pediatría*, 113(6), 558-567.
- Naciones Unidas Derechos Humanos. (2002, 18 noviembre). Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperado 29 mayo, 2019, de <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>
- Prinz, R. J., Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J., & Lutzker, J. R. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. triple P system population trial. *Prevention Science*, 10(1), 1-12.
- Rodríguez-Gutiérrez, Elisa, Martín-Quintana, Juan Carlos, & Cruz-Sosa, Miriam. (2016). Living Adolescence in Family" parenting program: adaptation and implementation in social and school contexts. *Psychosocial Intervention*, 25(2), 103-110.

- Rodríguez Sánchez, I., Torres Lugo, D. J., & Castillo Ledo, I. (2007). Violencia Intrafamiliar Su Repercusión En La Salud Mental Del Niño Y Del Adolescente, 7(1).
- Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., & López-Soler, C. (2010). Tratamiento psicológico del maltrato físico y la negligencia en niños y adolescentes: un meta-análisis. *Psicothema*, 22(4), 627-633.
- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., & Li, S. (2010). Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4). Report to congress US Department of Health and Human Services Administration for Children and Families, Washington.
- Skowron, E., & Reinemann, D. H. S. (2005). Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 42(1), 52-71. doi:<http://0-dx.doi.org.avalos.ujaen.es/10.1037/0033-3204.42.1.52>
- Timmer, S., Urquiza, A., Zebell, N., & McGrath, J. (2005). Parent-Child Interaction Therapy: Application to physically abusive and high-risk dyads. *Child Abuse & Neglect*, 29, 825-842.
- Touza Garma, C. (1996). *Las consecuencias del maltrato y del abandono en el desarrollo socioemocional de niños y adolescentes institucionalizados*. Recuperado de <http://webs.ucm.es/BUCM/tesis//19972000/S/4/S4019501.pdf>
- Urquiza, A. J., & Timmer, S. (2012). Parent-Child Interaction Therapy: Enhancing Parent-Child Relationships. *Psychosocial Intervention*, 21, 145-156.