

El abuso psicológico al niño en la familia

Juan Manuel Saucedo García^a,
Jesús Martín Maldonado Durán^b



Foto: sxc

Resumen

En muchas familias, los padres o cuidadores de los niños emplean, para controlar el comportamiento de éstos, medidas agresivas que vulneran sus derechos, entre ellas el abuso psicológico (AP). El AP consiste en actos no accidentales, verbales o simbólicos, realizados por un progenitor o cuidador de un niño que provocan o generan una probabilidad razonable de causarle daño psicológico. El AP ha recibido también nombres como maltrato emocional, maltrato psicológico, abuso verbal, entre otros, y generalmente su registro ha sido deficiente. También ha sido difícil determinar su epidemiología por la falta de consenso sobre su definición y porque se ha subestimado su impacto sobre la salud mental de las víctimas. Sin embargo, sus consecuencias psicosociales son tan nocivas o más que las producidas por otras formas de maltrato (físico, sexual, negligencia), a las que habitualmente acompaña. En esta revisión sobre diferentes aspectos del AP, se plantea la necesidad de que todos los clínicos de la salud, y no solamente

los dedicados a la salud mental, investiguen las técnicas que padres y cuidadores emplean en la crianza de los menores, traten de modificar aquellas que constituyen ejemplos de AP o de otro tipo y, de ser necesario, refieran a los profesionales de la salud mental los casos que así lo requieran.

Palabras clave: Abuso psicológico, maltrato emocional.

The psychological abuse of children in the family Abstract

It is still not unusual that the parents or caregivers of children in many families use violent measures to control the behavior of their offspring, even when these measures violate human rights. The psychological abuse involves non-accidental actions, either verbal or symbolic, by a parent or guardian that in all likelihood may cause psychological harm to the child. Other names for psychological abuse are: emotional maltreatment, psychological maltreatment, emotional abuse and verbal abuse. Its epidemiology has been difficult to determine because of the lack of consensus on its definition and because its impact on the mental health of the victims has been underestimated.

However, the psychosocial consequences of psychological abuse are as damaging, or even more harmful, than the consequences of other types of abuse (such as physical, sexual or neglect). It is important for physicians and other clinicians to keep an eye on the occurrence of psychological abuse, to

^aDepartamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México.

^bEscuela de Medicina. Universidad de Missouri. Kansas City, Estados Unidos de América.

Correspondencia: Dr. Juan Manuel Saucedo García.

Correo electrónico: jmsaucedag@yahoo.com.mx

Recibido:14-enero-2016. Aceptado: 16-junio-2016.

teach parents functional rearing technics and refer families to psychological treatment if necessary.

Key words: *psychological abuse, emotional mistreatment.*

INTRODUCCIÓN

Si bien no existe un método universalmente aceptado para educar a los hijos, pues las diferentes culturas difieren en cuanto a las técnicas de crianza, hay consenso respecto a que no se debe permitir el maltrato de menores. Sin embargo, en su afán por promover la disciplina de los hijos, en muchas familias los progenitores/cuidadores a veces emplean medidas de control del comportamiento que pueden ser calificadas de inaceptables porque vulneran los derechos de aquellos.

En la práctica clínica del médico y otros profesionales de la salud, es común detectar algunas actitudes agresivas hacia los niños por parte de sus progenitores/cuidadores, que pueden llegar al abuso psicológico (AP) o maltrato emocional y constituir factores de riesgo para el desarrollo de psicopatologías en los menores. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, “el maltrato emocional se produce cuando un cuidador no brinda las condiciones apropiadas y propicias e incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño”¹.

De las diversas formas de maltrato al menor, el AP es quizá el que menos atención ha recibido en investigaciones y registros oficiales. Se ha considerado que el AP es difícil de definir, reconocer y evidenciar. Sin embargo, hay pruebas de que su frecuencia está muy extendida, en forma aislada o en combinación con otros tipos de maltrato, y que sus consecuencias psicológicas y físicas pueden ser relevantes y de persistencia prolongada².

Un ejemplo de la atención limitada otorgada a esta forma de abuso es el hecho de que en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana no se incluía el diagnóstico de AP en el capítulo dedicado a los de abuso físico, abuso sexual y negligencia³. Fue sólo a partir de la quinta edición de ese manual, en 2013, cuando se consignó el AP en la sección de “Otros problemas que pueden ser

objeto de atención médica”⁴. En cuanto a la *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE 10), sólo hay referencias imprecisas sobre el AP en la sección de “Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez”⁵.

Son varias las razones que explican esta falta de reconocimiento del fenómeno:

1. El AP no genera lesiones físicas (excepto crecimiento deficiente en casos severos), las cuales reciben atención prioritaria cuando se trata de abuso físico y sexual^{6,7}.
2. No ha habido consenso sobre la definición operacional de AP, por eso su identificación y registro se dificulta y así se carece de datos confiables para determinar su epidemiología^{6,7}.
3. La diferenciación del AP con una crianza deficiente no ha sido suficientemente buena, pues los límites son discutibles porque los criterios son bastante variables⁸.
4. Esta falta de acuerdo también se relaciona con las diferentes modalidades no físicas que se emplean para corregir verbalmente, regañar a los hijos o implementar una disciplina según la cultura y la clase social de cada familia. Gritar a los hijos es bastante común en todos los países, así como amenazarlos e insultarlos¹.
5. Las consecuencias del AP varían según el contexto en que se producen y la etapa del desarrollo y características del menor⁹.
6. El AP frecuentemente es soslayado o no reconocido cuando coexiste con otras formas de maltrato⁹.
7. Los términos abuso o maltrato son considerados por algunos clínicos como demasiado fuertes o problemáticos cuando se aplican al AP, especialmente si no existe una intención clara de perjudicar al hijo, aunque sí se le haya dañado. Si esta omisión ocurre es más difícil proporcionar al niño la protección que necesita⁷.
8. En registros oficiales y publicaciones científicas ha habido una gran variación en la denominación de este fenómeno, el cual ha recibido alguno de los siguientes nombres: maltrato psicológico, maltrato emocional, AP, abuso emocional, maltrato verbal, negligencia emocional... Estos términos han sido usados en forma intercambiable,

aunque quizá la denominación más apropiada sea la de AP, pues el dominio psicológico incluye componentes cognitivos, afectivos y volitivos, internamente dinámicos en su naturaleza y en sus relaciones con uno y otro, y con el dominio físico².

9. La creencia muy extendida de que el AP genera repercusiones menos severas que otros tipos de abuso, ha contribuido a que se le dé menos importancia¹⁰.
10. La mayoría de los profesionales que interviene en la atención de casos de todo tipo de maltrato tiene un conocimiento muy pobre de esta problemática¹¹.
11. En la sociedad existe una cultura de la denuncia muy precaria¹¹.

La ambigüedad en su definición y la dificultad para medir sus consecuencias han dificultado la investigación del AP debido a estos retos metodológicos.

Es recomendable que todos los profesionales de la salud exploren la existencia del AP dirigido a los menores en la familia, proporcionen información sobre técnicas de crianza funcionales y, en su caso, refieran al paciente y sus cuidadores a la atención de profesionales de la salud mental.

DEFINICIÓN DEL ABUSO PSICOLÓGICO/EMOCIONAL

El abuso psicológico/emocional del niño (AP) consiste en actos no accidentales, verbales o simbólicos, realizados por un progenitor o un cuidador de un niño que provoquen o generen una probabilidad razonable de causar un daño psicológico en el menor (en esta categoría no se incluye el maltrato físico, ni los abusos sexuales). El daño al niño se relaciona particularmente con la persistencia de esas interacciones⁴. Esta forma de abuso también puede ser definida como el conjunto de actos que obstaculizan el desarrollo de las necesidades emocionales básicas del menor, incluyendo la de ser aceptado y bien tratado y que se le proporcionen oportunidades para explorar el ambiente y relacionarse con personas fuera de la familia⁸.

Ejemplos de AP son: amonestar, menospreciar o humillar al niño, amenazarlo, quitarle o hacerle

En la práctica clínica del médico es común detectar algunas actitudes agresivas hacia los niños por parte de sus progenitores/cuidadores, que pueden llegar al abuso psicológico (AP) o maltrato emocional y constituir factores de riesgo para el desarrollo de psicopatologías en los menores. De acuerdo con la OMS, "el maltrato emocional se produce cuando un cuidador no brinda las condiciones apropiadas y propicias e incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño".

abandonar —o decirle que le van a quitar o hacer abandonar— a personas o cosas que el niño quiere, recluirlo (p. ej., atándolo de pies y manos, o atándolo a un mueble o a cualquier otro objeto, o encerrarlo en un espacio demasiado pequeño [p. ej., en un armario]), convertirlo en chivo expiatorio, obligarlo a autolesionarse y aplicarle una disciplina excesiva (p. ej. con una frecuencia o duración extremadamente elevadas, incluso sin llegar al nivel de maltrato físico) con medios físicos o no físicos⁴.

Otros ejemplos de actos psicológicamente agresivos son: a) llamarlo con nombres que podrían lastimarlo (estúpido, inútil), b) amenazarlo con lastimarlo seriamente, abandonarlo o decirle amenazas semejantes, c) decirle que su padre dañará algo que es importante para el niño (destruirle un objeto favorito, lastimar a su mascota), d) castigar al niño haciendo cosas que lastiman (permanecer de rodillas o mantener los brazos extendido por mucho tiempo), e) remedarlo, humillarlo delante de los demás, escupirle, f) disciplinarlo en exceso (con frecuencia o duración exageradas). Estos ejemplos con definiciones operacionales y los grados de impacto sobre el niño fueron incluidos en un cuestionario clinimétrico diseñado para ser contestado por progenitores en población clínica¹².

El AP puede ocurrir solo, en asociación con otras formas de abuso (simultáneos o conectados) y como un elemento que impregna en todas las otras formas de abuso (por ejemplo, el acto de ser golpeado o



Foto: Preefoto/Freepick

atacado sexualmente puede comunicar un status inferior, vulnerabilidad o merecedor de maltrato). Ha sido descrito como un patrón o incidente extremo de aterrorizar, rechazar, aislar, explotar/corromper, o negar respuestas emocionales; condiciones que comunican el mensaje de que el niño es despreciable, defectuoso, o que solo vale en la medida que satisface las necesidades de alguien más^{13,14}. También incluye interacciones inapropiadas para el nivel de desarrollo, especialmente prácticas disciplinarias y exposición a la violencia doméstica⁷.

DISTINCIÓN ENTRE CRIANZA DISFUNCIONAL Y ABUSO PSICOLÓGICO

Existe un continuo en la relación entre progenitores/cuidadores e hijo, que va de buena a ser tan dañina que justifica el calificativo de abusiva o maltratadora, y el límite se establece arbitrariamente. Incidentes aislados de hostilidad no deben ser considerados verdadero AP si no constituyen un patrón recurrente. Determinar que existe AP suele ser complicado

porque incluye, de acuerdo con Glaser, “una relación entre el padre o la madre y el niño más que un evento o una serie de eventos repetidos que ocurren entre ellos”⁷. Para considerar AP, según el Comité de Violencia y Maltrato al Niño de la Academia Americana de Pediatría, se requiere un patrón repetido de comportamientos del progenitor que sea interpretado por el niño como que no es querido o amado, o que sirve solamente para propósitos que afectan negativamente su desarrollo psicosocial⁹.

El AP representa una interacción entre conductas parentales agresivas y las vulnerabilidades y fuerzas especiales de un niño¹⁵. Hay que considerar que existen diferencias entre los niños en términos de su resiliencia ante tratos hostiles, de manera que niños con pobre resiliencia –entendida como la resistencia relativa a las experiencias psicosociales de riesgo–¹⁶ son más dañados emocionalmente que otros con mayor resiliencia. A veces no es fácil distinguir entre una crianza con episodios de agresividad y un verdadero AP. Con el objeto de hacer más objetiva la distinción se ha propuesto que el umbral en la determinación del AP dependa del impacto que la agresividad en la crianza produzca en el menor. De esta manera, la disciplina es considerada no abusiva si el niño no es impactado significativamente en forma negativa¹².

Impacto es la forma en que: a) incidentes aislados de agresión emocional moderada, en el contexto de relaciones por lo demás sanas, se distinguen de b) esos mismos incidentes agresivos cuando ocurren con suficiente regularidad y generan detrimento psicosocial en el niño. El criterio de impacto distingue mejor la agresión abusiva de la no abusiva que cuando la distinción se hace solamente sobre la base de frecuencia y *timing* de las agresiones¹².

Hay tres tipos específicos de impacto: a) el niño es dañado significativamente (evidenciado esto por síntomas suficientes para integrar un trastorno psiquiátrico con todos o casi todos los requisitos nosológicos, o por síntomas somáticos significativos), b) el niño no reporta ni muestra síntomas significativos, pero los actos le han generado miedo (verbalizado o exhibido) de sufrir lesiones corporales o cuando muestra datos de ansiedad más que transitorios, o c) ninguno de los dos anteriores, pero observadores

externos estiman que la posibilidad de daño inherente al acto –en el contexto de factores de riesgo y protección existentes– crea un potencial razonable para la generación de trastornos psiquiátricos o para afectar negativamente el desarrollo psicosocial. En esta conceptualización, los actos parentales hostiles en ausencia de los criterios de impacto son considerados solamente agresiones emocionales por debajo del umbral del AP¹².

De manera que con este enfoque es posible considerar que puede haber agresiones psicológicas (actos) y abuso (actos e impacto). El AP genera consecuencias emocionales, sociales y conductuales significativas en los niños a través del desarrollo, incluso apego trastornado. Algunos estudios han encontrado que el AP es por lo menos tan impactante como otras clases de abuso o trauma. Trabajos más recientes han documentado el impacto del AP sobre el desarrollo neurológico¹⁷.

Dada la gran variabilidad de prácticas de crianza sancionadas socialmente, considerar solamente una lista de actos de AP es simplista y problemático. Por eso es preferible adoptar el marco de ‘acto más impacto’ para todas las formas de abuso. Generalmente hay un acuerdo al través de las culturas sobre los derechos de los niños a vivir en un ambiente seguro, libre de riesgos de daños físicos y psicológicos prevenibles¹⁴. De manera que parece razonable aceptar el criterio propuesto y utilizar el concepto del impacto sobre el niño (demostrado o potencial) como el umbral. También hay que diferenciar el AP de otra forma de maltrato, la negligencia en la crianza. Ésta se refiere a una ausencia de cuidados apropiados más que a actos positivamente inapropiados (los cuales sí ocurren en el AP). En la negligencia pueden existir: falta de cuidados físicos, falta de atención médica, falta de reglas y supervisión en el hogar, falta de calor emocional y disponibilidad, falta de estimulación cognitiva¹⁸.

EPIDEMIOLOGÍA DEL ABUSO PSICOLÓGICO

La verdadera incidencia del AP es desconocida y las estimaciones disponibles dependen de la fuente, la metodología y las definiciones utilizadas. El registro de casos de AP generalmente es deficiente o ausente, lo cual sucede en mayor medida que en lo que res-

pecta a los abusos físico, sexual o por negligencia. Esto es muy desafortunado porque el AP está muy extendido y porque en todas las formas de abuso suele haber un componente emocional coexistente cuyo impacto puede persistir mucho tiempo después de que las lesiones físicas han cicatrizado.

En una encuesta realizada en el Reino Unido con individuos de 18 a 24 años de edad se encontró que 6% de los que respondieron había experimentado AP, usando un criterio astringente¹⁹. Algunos estudios en población abierta de Estados Unidos y Reino Unido concluyeron que aproximadamente 8 a 9% de mujeres y 4% de hombres consideraban haber sufrido AP severo durante la niñez²⁰.

En México, se encontró una prevalencia de maltrato de 16 a 20% en adolescentes, y el maltrato emocional y el maltrato físico fueron los más comunes. La madre es quien más frecuentemente ejerce el maltrato. Hay mayor preponderancia del problema en los niveles socioeconómicos bajos y medio bajos, más sujetos a las tensiones derivadas de la carencia de medios para satisfacer las necesidades diarias. La violencia entre los padres condiciona el maltrato hacia los hijos²¹.

Un estudio realizado con adolescentes con psicopatología que asisten a un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México reportó que el maltrato emocional fue el más frecuente, en 77% de la muestra²². Hay reportes de estudios con adolescentes en población abierta, en particular el realizado en Cuba, donde 75% presentó maltrato psicológico²³.

En una encuesta realizada a progenitores de niños que asisten a dos hospitales pediátricos públicos de la Ciudad de México, se encontró que 56% de los padres acostumbraba gritarle al niño, 17% lo hacía más de una vez a la semana, 25% le dejaba de hablar una vez por semana y 19% lo insultaba una vez a la semana²⁴.

Ya que el AP frecuentemente ocurre de forma simultánea con otros tipos de maltrato, se ha recomendado que los estudios epidemiológicos no se enfoquen exclusivamente sobre maltrato físico, sexual o negligencia física. El AP y la negligencia física deben ser valorados como conceptos separados, ya que incluyen la exposición a diferentes tipos de eventos²⁵.

CAUSAS DEL ABUSO PSICOLÓGICO

Respecto a los determinantes del AP, como ocurre en el abuso físico, no hay un solo factor de riesgo que predisponga a un cuidador a maltratar al niño, sino un amplio rango de influencias que lo hacen más posible. Éstas pueden dividirse en: 1) Pobres habilidades para la crianza, 2) circunstancias estresantes, 3) características del niño, 4) apego parental débil al niño¹⁸. El AP puede ocurrir en muchas familias, pero con mayor frecuencia cuando hay múltiples problemas que generan estrés, como conflictos familiares, violencia doméstica, trastornos mentales en los padres y abuso de drogas. Los niños cuyos padres están envueltos en procesos de divorcio conflictivos, aquellos producto de embarazos no deseados, los hijos de padres inexpertos o con estilo autoritario en la crianza; los menores que abusan de sustancias, maltratan animales, participan en violencia doméstica, y los que están socialmente aislados o psicológicamente discapacitados, también están en mayor riesgo de ser maltratados²⁶.

Las agresiones o amenazas de un progenitor al otro, cuando ocurren en presencia del niño, suelen afectarlo, aunque no sea la víctima directa. Estas consecuencias nocivas son más factibles si el niño ya presenta otro trastorno psicológico que lo hace más vulnerable. En un estudio realizado en menores con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) que acuden a un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México donde se investigó la asociación de datos de violencia doméstica (agresiones del padre a la madre) con la presencia de síntomas agregados al TDAH, se encontró que a menor edad, más síntomas comórbidos presentaban. También que a menor edad de la madre, ésta era víctima de más violencia; a menor edad del padre, éste ejercía mayor violencia; los padres con menos estudios eran más violentos; si el padre estaba subempleada, también ejercía mayor violencia. Se concluyó que cuando el niño con TDAH es expuesto a la violencia en el hogar llega a presentar más síntomas psiquiátricos agregados²⁷.

CONSECUENCIAS DEL ABUSO PSICOLÓGICO

El AP se asocia con trastornos del apego, problemas en el desarrollo y educacionales, problemas de socialización, comportamiento disruptivo y psi-

copatología posterior⁹. Cuando el AP ocurre en forma exclusiva (sin acompañarse de otro tipo de abuso) puede producir impacto más nocivo sobre el niño y posteriormente sobre el funcionamiento psicológico del adulto que las consecuencias del abuso físico, especialmente en lo que se refiere a autoestima, depresión, delincuencia agresividad y problemas interpersonales²⁶. Los factores que influyen sobre los efectos del AP, incluyen experiencias en la crianza temprana; frecuencia, intensidad y duración del abuso; factores intrínsecos del niño (tales como estrategias de afrontamiento y autoestima); y la disponibilidad de relaciones interpersonales de apoyo⁹. Si el AP constituye un patrón crónico afecta destructivamente el sentido de identidad y seguridad personal, lo cual puede conducir a efectos negativos sobre las siguientes áreas²⁸:

1. Pensamientos sobre sí mismo: sentimientos de baja autoestima, visión negativa de la vida, síntomas de ansiedad, depresión, ideas suicidas.
2. Salud emocional: comportamiento suicida, inestabilidad emocional, personalidad limítrofe, problemas de control de impulsos, enojo, violencia física contra sí mismo, trastornos de la alimentación, abuso de sustancias.
3. Habilidades sociales: comportamientos antisociales, problemas en el apego, baja competencia social, baja empatía y simpatía por otros, aislamiento, comportamiento oposicionista, desajuste sexual, dependencia, agresividad, delincuencia.
4. Aprendizaje: pobres logros académicos, dificultades de aprendizaje, deficiente razonamiento moral.
5. Salud física: falla en el crecimiento, quejas somáticas, pobre salud en la edad adulta, mortalidad elevada.

Los resultados de estudios tanto longitudinales como retrospectivos sugieren una fuerte asociación del AP con morbilidad psiquiátrica. Uno de ellos reveló que AP y negligencia en la niñez se asocian con aumento de problemas sociales, delincuencia, agresión e intento suicida en adolescentes. También que la mayor parte de los niños maltratados psicológicamente recibían por lo menos un diagnóstico

de trastorno mental, y $\frac{3}{4}$ partes de ellos tenían dos o más diagnósticos²⁹.

En una investigación realizada con adolescentes se encontró que en los que cometen actos antisociales hay mayor disciplina negativa severa, que en el grupo de los que no los cometen. El ambiente familiar y el maltrato son factores asociados con la presencia de comportamiento antisocial. Cuando las relaciones entre padres e hijos son desfavorables, la conducta moral de los adolescentes se deteriora fácilmente³⁰.

En resumen, el AP puede afectar negativamente el desarrollo cognitivo, social, emocional y físico del niño.

No todos los niños y adolescentes que han experimentado AP y negligencia presentan todos los problemas arriba mencionados y, como en casos de abuso sexual, no hay un síndrome específico consecutivo al AP. De hecho, algunos niños muestran resiliencia ante los efectos potencialmente dañinos. Pero el haber sufrido AP o negligencia puede influir en el diagnóstico y respuesta al tratamiento de muchos trastornos mentales⁴.

EVALUACIÓN DEL ABUSO PSICOLÓGICO

En la evaluación clínica de la calidad de la crianza que recibe un niño en su familia cabe considerar cinco factores propuestos por Mrazek³¹.

1. Disponibilidad emocional del padre o cuidador (grado de calor o amor en la relación con el niño). Cabe recordar que lo que los niños necesitan más es amor incondicional y aceptación por parte de sus padres.
2. Formas de control del comportamiento del menor (grado de flexibilidad de la disciplina en el hogar y su facilitación).
3. Presencia de trastornos psiquiátricos en los progenitores/cuidadores (tipo y severidad).
4. Conocimientos básicos sobre desarrollo psicológico normal y cuidados básicos.
5. Compromiso (consideración adecuada de las responsabilidades en el cuidado del niño).

Se puede afirmar que algunos de estos factores se encuentran alterados en casos donde ocurre AP.

El abuso psicológico consiste en actos no accidentales realizados por un progenitor o un cuidador de un niño que provoquen una probabilidad razonable de causar un daño psicológico en el menor (en esta categoría no se incluye el maltrato físico, ni los abusos sexuales). Esta forma de abuso también puede ser definida como el conjunto de actos que obstaculizan el desarrollo de las necesidades emocionales básicas del menor, incluyendo la de ser aceptado y bien tratado, y que se le proporcionen oportunidades para explorar el ambiente y relacionarse con personas fuera de la familia.

El diagnóstico de AP se facilita si se documenta un evento o series de eventos con repercusiones adversas significativas sobre el funcionamiento psicosocial del niño²⁶. Es aconsejable que cuando un pequeño es llevado a consulta médica o psiquiátrica se le pregunte cómo lo castigan sus padres o cuidadores, si lo regañan o le pegan, y si los regaños incluyen insultos o amenazas de abandono. Si el niño siente que lo quieren. También conviene preguntarle, después de considerar su nivel de desarrollo, si sus padres se llevan bien entre ellos, si pelean, se gritan o se pegan. Estas preguntas es preferible hacerlas en privado al niño, sobre todo si hay la sospecha de que está siendo maltratado; en caso contrario, también se le puede interrogar delante de sus cuidadores. Si el entrevistador lo considera apropiado puede –adoptando una actitud no acusatoria– preguntar al padre qué le parece la forma como su esposa trata al niño, misma pregunta que luego debe hacerse a la madre. Si cuando hay desacuerdos entre ellos ocurren episodios de violencia verbal o física y si éstos son presenciados por el menor. En escolares y adolescentes vale preguntar qué cambios quisieran observar en su vida o en su ambiente familiar³¹.

Los datos físicos de la ocurrencia de AP son escasos y difíciles de documentar, si acaso puede haber ganancia anormal o pérdida de peso.



De las diversas formas de maltrato al menor, el AP es quizá el que menos atención ha recibido en investigaciones y registros oficiales. Se ha considerado que el AP es difícil de definir, reconocer y evidenciar. Sin embargo, hay pruebas de que su frecuencia está muy extendida, en forma aislada o en combinación con otros tipos de maltrato, y que sus consecuencias psicológicas y físicas pueden ser relevantes y de persistencia prolongada.

MEDICIÓN DE LA SEVERIDAD DEL ABUSO PSICOLÓGICO

La severidad de las consecuencias del AP depende de su intensidad, frecuencia y cronicidad y de factores propios de los cuidadores, del niño y del ambiente. Su evaluación debe incluir el efecto o impacto sobre el niño. Hay una relación entre la edad del menor y la severidad del efecto del maltrato, en lo cual también influye la duración del abuso y la etapa del desarrollo del chico. Al igual que la determinación de la existencia del AP, su cuantificación también suele ser controversial. Hamarman y Bernet⁶ han propuesto unos criterios clínicos relativamente sencillos que permiten evaluar la severidad del AP partiendo de dos parámetros prácticos: la intencionalidad y el daño o impacto producido.

Estos parámetros de alguna manera se han inspirado en criterios legales que califican un homicidio como intencional (doloso) o imprudencial o accidental (culposo). El AP se califica como severo cuando implica tanto la intención de dañar como

la alta probabilidad de causar daño. Y, siguiendo el mismo criterio, un acto hostil que no contiene la intención de dañar ni es probable que dañe, se califica de leve. Aquellos casos que quedan en medio, con intención o daño, pero no los dos factores, pueden ser calificados como moderados. Quizá la mayor parte de los casos de AP se cometen sin intención de dañar, por ignorancia o pobre juicio de parte de los cuidadores. Cualquier maltrato que conlleva la intención de causar daño debe ser considerado más seriamente. Por supuesto que la decisión de calificar un acto como intencional puede ser difícil, así como lo es en casos de otros tipos de maltrato. Aunque son los profesionales de la salud mental quienes más experiencia suelen tener en esta área, pediatras, médicos familiares y otros trabajadores de la salud con interés y experiencia pueden arribar a conclusiones válidas.

Respecto al tratamiento del AP, si su severidad es leve puede requerir sólo de orientación o educación a los padres. Cuando hay violencia doméstica conviene comentar a los progenitores lo dañino que es ventilar sus problemas y agresiones frente a los hijos. Y en los casos severos de AP, puede ser necesario denunciarlos ante las autoridades competentes, además de proporcionar tratamiento psicológico profesional.

Los siguientes ejemplos pueden orientar en la calificación de la severidad del AP:

Sin abuso psicológico

Los regaños y castigos no severos ni irrespetuosos no son suficientes para concluir que ha ocurrido verdadero AP. Ciertas acciones de parte de los padres pueden perturbar a un niño muy sensible, pero si son administradas adecuadamente pueden constituir límites adecuados y enseñar lecciones valiosas al niño o adolescente, sin generar impacto negativo en éstos. Negar un permiso para asistir a fiestas de amigos o para utilizar videojuegos pueden ser consecuencias útiles para favorecer la disciplina, sin que se les considere verdadero abuso.

Abuso psicológico leve

Aquí sí existe cierta dureza en la agresión, pero no mala intención ni el riesgo de producir daño emocional significativo. El tratamiento puede consistir

solamente de orientación o consejo psicológico a los padres. Ejemplo: Luisita, de 5 años de edad, es la segunda de dos hijas de una pareja joven bien avenida. Ambos padres son cariñosos, pero la madre tiende a ser estricta y poco tolerante e impaciente. El padre ha dejado que sea su esposa quien quede a cargo de la disciplina de las hijas, de manera que es ella quien desempeña el *trabajo sucio*. La hermana mayor es una chica dócil y buena estudiante. Luisita, de temperamento un tanto difícil, no presenta problemas en la escuela, pero en casa se resiste a comer lo que su madre cocina y a ir a la cama a la hora establecida. Es evidente que este comportamiento de la pequeña representa una forma negativa de llamar la atención de su madre. Debido a esto recibe regaños cada vez más frecuentes de parte de ésta, cuyos gritos cotidianos, prohibiciones de ver televisión y nalgadas ocasionales han sido incapaces de corregir la conducta de la pequeña. Se explicó a los padres las diferencias temperamentales normales entre sus dos hijas, se sugirió a la madre ignorar las conductas retardadoras de poca relevancia de Luisita y se le pidió que fuera exclusivamente el padre quien se hiciera cargo temporalmente de la disciplina de la niña, con el compromiso de que ella no criticara las intervenciones de su marido y se abstuviera de intervenir. Ellos aceptaron las sugerencias y en pocas sesiones los resultados fueron satisfactorios.

Abuso psicológico moderado

En este tipo de abuso ocurre cierto impacto nocivo o la intención de perjudicar al menor. Ejemplos:

En una consulta con el pediatra se encontró que Pablito, de 8 meses de edad, no había subido de peso en los últimos 3 meses, sin que hubiera presentado alguna enfermedad que lo explicara, por lo cual fue hospitalizado. Se trataba del único hijo de una madre adolescente soltera que no contaba con redes sociales de apoyo. Al observar su interacción con el bebé se detectó en ella una actitud poco paciente y perseverante, no insistía correctamente para que el bebé mamara lo suficiente, lo cual se complicaba porque el niño lo hacía muy lentamente. La enfermera pediátrica enseñó a la madre mejores técnicas de alimentación y estimulación, con lo cual el bebé logró subir de peso normalmente. En este caso pue-

de concluirse que hubo AP moderado con impacto negativo no intencionado.

Joaquín, de 9 años de edad, fue enviado junto con su madre a orientación psicológica después de la muerte de su hermano Juan, debido a una leucemia. El pediatra había observado algunas actitudes hostiles hacia el niño de parte de su madre, quien cayó en un cuadro depresivo reactivo debido a la muerte de quien había sido su hijo preferido. Esas actitudes de rechazo de la madre quedaron de manifiesto en una entrevista donde ella llegó a decirle a Joaquín que mejor hubiera fallecido él y no Juan. Sin embargo, el estado de ánimo y el comportamiento de Joaquín eran normales debido a su resiliencia basada en un temperamento fácil además de la buena relación con su padre. Se proporcionó apoyo a la madre en pocas sesiones y así disminuyeron sus actitudes inadecuadas en la crianza de Joaquín.

Abuso psicológico severo

Existe tanto la intención de lastimar como la generación de síntomas en la víctima. Ejemplo: Teresa, de 14 años de edad, presenta una capacidad intelectual limítrofe y obesidad. Ella y su hermano mayor, quien padece limitaciones motrices congénitas, fueron adoptados al nacimiento por una pareja que no pudo tener hijos propios. Los problemas derivados de la crianza y tratamiento de ambos niños discapacitados, así como las dificultades en la relación con las familias extendidas de ambos cónyuges, derivaron en un divorcio conflictivo. La niña ha desarrollado rasgos pasivo agresivos muy marcados, sobre todo en la relación con su madre, quien tiene la custodia de los dos menores.

La dinámica familiar es muy disfuncional, entre otras razones porque la madre muestra preferencia franca por su hijo varón. La relación entre ella y Teresa se caracterizaba por gritos frecuentes de parte de ambas, la niña se resistía a seguir la dieta prescrita y su temperamento explosivo se exacerbaba durante sus periodos menstruales, con la desesperación consiguiente de su madre, quien la insultaba y ocasionalmente le pegaba para desahogar su frustración y desquitarse. Luego asumía actitudes demasiado complacientes para contrarrestar sus sentimientos de culpa, en un ciclo vicioso. Se generaba así una

Los regaños y castigos no severos ni irrespetuosos no son suficientes para concluir que ha ocurrido verdadero AP. Ciertas acciones de parte de los padres pueden perturbar a un niño muy sensible, pero si son administradas adecuadamente pueden constituir límites adecuados y enseñar lecciones valiosas al niño o adolescente, sin generar impacto negativo en éstos. Negar un permiso para asistir a fiestas de amigos o para utilizar videojuegos pueden ser consecuencias útiles para favorecer la disciplina, sin que se les considere verdadero abuso.

disciplina inconsistente con agresiones verbales frecuentes a Teresa y reproches mutuos entre los exesposos por haber adoptado niños discapacitados. Para disminuir las tensiones se decidió, entre otras medidas, que la niña viviera con una de las abuelas y se le inscribió en una escuela con medio internado.

TRATAMIENTO DEL ABUSO PSICOLÓGICO

Al igual que otras formas de maltrato, en el AP las metas son reducirlo o suprimirlo, prevenir su recurrencia y disminuir sus efectos dañinos. Empero, las denuncias legales raramente son parte significativa del tratamiento. Las más de las veces son preferibles las intervenciones psicoterapéuticas solas. La protección inmediata, que sólo puede lograrse separando al cuidador del niño, pocas veces es recomendable, quizá solamente en casos de AP severo².

ASPECTOS DE PREVENCIÓN

Se sabe que el AP acarrea una carga pesada para la sociedad en términos de fracasos escolares, delincuencia y costos de servicios médicos como consecuencia de la pobre salud mental de las víctimas⁹. Por estas y otras razones se hace necesario que los médicos y demás profesionales de la salud exploren la existencia de técnicas de crianza o creencias inadecuadas de parte de los cuidadores del niño, proporcionen orientación psicoeducativa y, en su caso,

refieran a la familia al psiquiatra infantil, psicólogo o trabajador social psiquiátrico para su evaluación y tratamiento especializado³². Los pediatras y los médicos familiares están en una posición privilegiada para intervenir en la detección de creencias erróneas en los progenitores y de acciones generadoras de abusos en los niños que atienden.

CONCLUSIONES

Es necesario que haya mayor conciencia de las implicaciones del AP en la crianza de los niños y adolescentes. En sus formas discretas, sin otros tipos de abuso, el AP se relaciona poderosamente con una amplia variedad de consecuencias psicosociales negativas en el niño. Los efectos más comunes y duraderos de los abusos físico, sexual y la negligencia, también tienden a relacionarse con significados psicológicos. Saber identificar el AP y registrarlo adecuadamente es esencial para entender todas las formas de violencia y maltrato. En su tratamiento muchas veces se requiere el trabajo en equipo del clínico que lo identifica con el profesional de la salud mental (psiquiatra, psicólogo, trabajador social psiquiátrico) para obtener buenos resultados, tal como lo postula la psiquiatría de enlace^{34,35}. El AP posee un potencial destructivo, pues se opone y amenaza la satisfacción de las necesidades humanas. En su identificación y tratamiento puede ser útil la intervención no sólo de especialistas en salud mental, sino de clínicos y trabajadores de la salud de primer contacto. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: Oficina Regional de las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003.
2. Hart SN, Glaser D. Psychological maltreatment—Maltreatment of the mind: A catalyst for advancing child protection toward proactive primary prevention and promotion of personal well-being. *Child Abuse Negl.* 2011;35(10): 758-66.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revisión. Washington, USA: American Psychiatric Association; 2000.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, USA: American Psychiatric Association; 2013.
5. Organización Mundial de la Salud. CIE 10 Trastornos

- Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid, España: Organización Mundial de la Salud;1992.
6. Hamarman S, Bernet W. Evaluating and reporting emotional abuse in children: Parent based, action-focus aids in clinical-decision making. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(8):928-30.
 7. Glaser D. Emotional abuse and neglect: a conceptual framework. *Child Abuse Negl*. 2002;26(6-7):697-714.
 8. Barnett D, Manly J, Cicchetti D. Defining child maltreatment: The interface between policy and research. En: D. Cicchetti y S.L. Toth, ed. *Advances in applied developmental psychology: Child abuse, child development and social policy*. Norwood, USA: Abflex. 1993:7-73.
 9. Hibbard R, Barlow J, MacMillan H, and the Committee on Child Abuse and Neglect and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Pediatrics*. 2012;130(2): 372-8.
 10. Tommyr L, Draca Jasminka, Crain Jennifer, MacMillan HL. Measurement of emotional/psychological child maltreatment. A review. *Child Abuse Negl*. 2011;35(10):767-82.
 11. Loredó Abdalá A, Trejo Hernández J, García Piña C, Portillo González A, López Navarrete G, Alcántar E, et al. *Maltrato Infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Consenso de la Comisión para el Estudio y Atención Integral al Niño Maltratado. Segunda parte*. *Salud Mental*. 2011;34(1):67-73.
 12. Slep AMS, Heyman RE, Snarr JD. Child emotional aggression and abuse: Definitions and prevalence. *Child Abuse Negl*. 2011;35(10):783-96.
 13. American Professional Society on Abuse of Children. Guidelines for the psychological evaluation of suspected psychological maltreatment in children and adolescents. Chicago: American Professional Society on Abuse of Children; 1995.
 14. Organización de las Naciones Unidas. *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Niños*. Nueva York, EUA ONU; 1989.
 15. Garbarino J. Not all bad treatment is psychological maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2011;35(10):797-801.
 16. Rutter M. Resilience concept and findings: Implications for family therapy. *J Family Ther*. 1999;21:119-44.
 17. Yates TM. The developmental consequences of child emotional abuse: A neurodevelopmental perspective. *J Emotional Abuse*. 2007;7:9-34.
 18. Goodman R, Scott S. *Child psychiatry*, 2nd ed. Oxford UK: Blackwell; 2005.
 19. May-Chahal C, Cawson P. Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. 2005;29(9):969-84.
 20. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J. Recognizing and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009;373:167-80.
 21. Villatoro J, Quiroz N, Gutiérrez M, Díaz M, et al. ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados. México: Instituto Nacional de Mujeres (INMUJERES), Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2006.
 22. Ulloa Flores RE, Navarro Machuca IG. Estudio descriptivo de la prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes con psicopatología. *Salud Mental*. 2011;34(3):219-25.
 23. Fernández-Couce G, Alonso-Castillo A, Rodríguez-Iglesias Z. Maltrato oculto en adolescentes. *Rev Cubana Salud Pública (revista en internet)*; sep 2006;32. [Revisado el 3 de abril de 2010]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3466200600030000371nh=es.
 24. Comisión para el Estudio y Atención Integral al Niño Maltratado. *Abuso psicológico*. *Acta Pediatr México*. 2010; 31(Supl. 1): S12-S16.
 25. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby SL. The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreat*. 2005;10:5-25.
 26. Kairys SW, Johnson CF, Committee on Child Abuse and Neglect. *The psychological maltreatment of children*. Technical report. *Pediatrics*. 2002;109(4):1-3.
 27. Garbarino J, Vondra J. Psychological maltreatment issues and perspectives. En: Brassard MR, Germain R, Hart SN eds. *Psychological maltreatment of children and youth*. New York, EUA: Pergamon Press; 1987. p. 25-44.
 28. Reyes MJE. *Síntomas internalizados y externalizados en niños con TDAH testigos de violencia intrafamiliar dirigida a la madre (Tesis)*. México: UNAM. 2005.
 29. Hart SN, Bingelli NNI, Brassard BR. Evidence for the effects of psychological maltreatment. *J Emot Abuse*. 1998;1:27-58.
 30. Iwaniec D, Larkin E, Higgins S. Research review risks and resilience in cases of emotional abuse. *Child Fam Social Work*. 2006;11:73-82.
 31. Quiroz del Valle N, Villatoro VJA, Juárez García F, Gutiérrez LML, Amador BNG, Medina-Mora IME. La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial. *Salud Mental*. 2007;30(4):47-54.
 32. Mrazek D, Mrazek P, Klinnert M. The clinical assessment of parenting. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995; 34(3):272-82.
 33. Saucedá GJM, Maldonado DJM. La terapia familiar en la práctica. En: Saucedá GJM y Maldonado DJM *La familia. Su dinámica y tratamiento*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social; 2003. p. 24-38.
 34. Saucedá GJM, Olivos GNA, Gutiérrez J, Maldonado DJM. El castigo físico en la crianza de los hijos. Un estudio comparativo. *Bol Med Hosp Infant Méx*. 2006;63(2):382-8.
 35. Loredó Abdalá A, Trejo Hernández J, García Piña C, Portillo González A, López Navarrete G, Alcántar E, et al. *Maltrato infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Comisión Integral para el Estudio y la Atención Integral al Niño Maltratado. Primera parte*. *Salud Mental*. 2010;33(3):281-90.
 36. Saucedá GJM. La salud mental y la violencia familiar dirigida al menor. *Gac Med Méx*. 2002;138:164-8.