

Consecuencias del Maltrato Físico Infantil

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Trabajo Social

Universidad de La Laguna

Estudiante: María Santos González

Tutora: Míriam Álvarez Lorenzo

Mes y año de convocatoria: 06/2018

Resumen

Este Trabajo de Fin de Grado se centra en la revisión bibliográfica de publicaciones científicas que traten sobre las consecuencias del maltrato físico infantil. El objetivo al que se pretende llegar con este análisis es conocer las múltiples consecuencias y secuelas que trae consigo el ejercicio del maltrato físico en los/as menores. La metodología empleada para la realización de este trabajo se basa en la elección, revisión y análisis de artículos que traten sobre consecuencias físicas, psicológicas y sociales en los/as niños/as como fruto del maltrato físico infantil. Los resultados a los que se ha llegado son inquietantes dadas las numerosas consecuencias encontradas. Dichos resultados han sido agrupados en consecuencias físicas, psicológicas y sociales, las cuales incluyen desde moratones, baja autoestima, fracturas óseas, problemas cardiacos, obesidad y trastornos de conducta, hasta la transmisión intergeneracional del maltrato, quemaduras, dificultades del lenguaje y homicidio. En conclusión, los múltiples resultados encontrados son el reflejo de que esta problemática afecta y deteriora la integridad personal y la dignidad de miles de niños y niñas a nivel mundial, condicionando su existencia desde los inicios del maltrato hasta el fin de sus vidas. La elaboración de este trabajo pretende crear conciencia acerca de esta problemática con el fin de paliar su normalización y reducir los riesgos de sufrir esta experiencia en los niños y niñas.

Abstract

This Final Degree Project focuses on the bibliographic review of scientific literature published that deal with the consequences of child physical abuse. The aim of study is to investigate the multiple consequences and sequelae that the exercise of physical abuse in children brings. The methodology used to carry out this work is based on the choice, review and analysis of articles that deal with physical, psychological and social consequences of child physical abuse. The results that have been reached are disturbing given the numerous consequences found. These results have been grouped into physical, psychological and social consequences, which include bruises, low self-esteem, bone fractures, heart problems, obesity and behavioral disorders, to the intergenerational transmission of abuse, burns, language difficulties and homicide. In conclusion, the multiple results found are the reflection that this problem affects and deteriorates the personal integrity and dignity of thousands of children worldwide, conditioning their existence from the beginning of the abuse to the end of their lives. This study aims to raise awareness about the severity of physical abuse in order to alleviate its normalization and reduce the incidence and prevalence of the problem.

Palabras clave

- ❖ Español: Infancia, desprotección infantil, maltrato físico, familia.
- ❖ Inglés: Childhood, child abuse and neglect, physical abuse, family.

Índice

1. Introducción.....	1- 7
2. Método.....	7 - 11
3. Resultados.....	11 - 26
3.1 Consecuencias Físicas.....	14 - 19
3.2 Consecuencias Psicológicas.....	19 - 23
3.3 Consecuencias Sociales.....	23 - 25
3.4 El Suicidio.....	25 - 26
4. Discusión.....	26 - 31
5. Conclusión.....	31 - 32
6. Referencias Bibliográficas.....	33 - 38

1. Introducción

En el presente documento se plasma una revisión bibliográfica de las consecuencias del maltrato físico infantil contrastadas en la actualidad. Para ello, se comenzará por explicar los conceptos tratados y la problemática a estudiar.

El maltrato infantil es definido como la actividad de abusar y desatender ejercida hacia los menores de edad. Esta actividad, engloba todo tipo de maltrato: físico, sexual, psicológico, desatención, explotación comercial, negligencia o cualquier otro ejercicio que pueda poner en peligro la salud del niño/a, su dignidad o desarrollo, así como poner en peligro su vida en un entorno de dominio, responsabilidad y confianza (OMS, 2016).

Según la OMS (2016), existen varios factores de riesgo que promueven una mayor probabilidad de que se origine una situación de maltrato infantil, como por ejemplo: que el niño sea menor de cuatro años, que no sea un niño deseado, que tenga necesidades especiales, que los progenitores hayan sufrido maltrato en su infancia, que consuman sustancias psicoactivas, que sufran dificultades económicas, que carezcan de apoyo familiar, que tengan problemas mentales, entre otros.

En lo referido a los malos tratos dirigidos a la infancia, la OMS (2002) expone que existen cuatro tipos de maltrato. En primer lugar, el maltrato psicológico o emocional, el cual se manifiesta cuando el cuidador del menor lleva a cabo acciones que ponen en peligro la salud emocional del niño, tales como: la ridiculización, humillación, intimidación, denigración, rechazo, entre otras. En segundo lugar, el abuso sexual, cuyo ejercicio se da cuando una persona utiliza al menor sin su consentimiento para su propia satisfacción sexual. En tercer lugar, el descuido o negligencia, efectuado cuando los progenitores o tutores del menor no lleva a cabo medidas (estando en plenas

condiciones para ejercerlas) para fomentar el desarrollo del mismo en áreas como: nutrición, educación, salud, amparo, seguridad y desarrollo emocional. Por último, el maltrato físico, del cual se centrará el desarrollo de este trabajo y se profundizará a lo largo del mismo.

Sin embargo, existen algunas novedades en la problemática del maltrato infantil, las cuales tienen que ver con nuevas formas de malos tratos consideradas recientemente, estas son: el Síndrome de Munchausen, el cual se caracteriza por la invención por parte del cuidador de que el menor tiene síntomas de padecer algún tipo de enfermedad (Espinosa, Figueiras, Mendilahaxón y Espinosa, 2000), el Síndrome de Alienación Parental, sufrido por el menor cuando uno de los progenitores lo manipula para negativizar la figura del otro progenitor con el fin de que el niño lo rechace, este tipo de maltrato se suele dar cuando hay divorcios o separaciones por parte de los padres de la víctima (Segura y Sepúlveda, 2006) y el Síndrome del niño sacudido, el cual es una forma clara de maltrato físico puesto que en este caso el niño es zarandeado bruscamente, hecho que trae grandes consecuencias físicas para el menor que lo sufre, tales como: hematomas, sangrados e inflamaciones cerebrales, entre otras dolencias (Rufo, 2006). Por último, cabe nombrar al fenómeno de la violencia de género en relación con el maltrato infantil, ya que la exposición de estos tipos de maltrato en hogares donde conviven niños, traen graves consecuencias para su integridad tanto si sufren la violencia directa, como si son testigos de la misma (Sepúlveda, 2006).

Ahora bien, en cuanto al tipo de violencia del cual vamos a profundizar en este trabajo, se puede decir que el maltrato físico infantil hace referencia a cualquier lesión física dirigida a un menor (quemaduras, hematomas, fracturas, entre otras lesiones), que se propinan mediante mordeduras, golpes, puntapiés, quemaduras, pinchazos, tirones de

pelo, torceduras o cualquier otro ejercicio que dañe al menor. Todo ello, siempre de manera intencionada (Jiménez, Donoso y Sánchez, 2005).

Según la OMS (2016), el maltrato infantil es configurado como un problema mundial que conlleva grandes consecuencias que influyen en la vida de los/as menores que lo han sufrido durante todo su proceso vital. Además, la mayoría de los casos de maltrato infantil nunca llegan a ser conocidos por las autoridades y demás profesionales que trabajan a favor de la justicia (OMS, 2006).

También, cabe destacar que según Saldaña, Jiménez y Oliva (2014), la forma de maltrato que más se repite es la negligencia, representando un 79,1 % de los casos de malos tratos infantiles, en segundo lugar se encuentra el maltrato psicológico y emocional con un 42,5 % y en tercer lugar el maltrato físico con un 30,1 %, siendo los niños ligeramente más maltratados que las niñas, con un 52,3% y 47,7% respectivamente. Por su parte, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006), también apunta la negligencia, el maltrato emocional y el maltrato físico como las tres formas de maltrato más usuales en nuestro país, además añade al igual que Saldaña et al.(2014), que el maltrato se lleva a cabo más frecuentemente hacia los menores de sexo masculino.

Otro dato de interés aportado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006), es el hecho de que según los estudios realizados, los/as niños y niñas que han experimentado malos tratos suelen sufrir más de un tipo de maltrato. Además, destaca que el maltrato físico suele ser sufrido por niños/as de entre 0-2 años y el abuso sexual después de los 9 años.

Pues bien, centrandó la atención en la problemática del maltrato físico, Newell (2008), expone que más del 80% de los menores de todo el mundo, han sufrido en alguna

ocasión algún castigo de carácter físico en sus hogares e incluso, entre el 20% y el 65% de los menores en edad de escolarización, han experimentado alguna forma de violencia física o psicológica en el colegio. Este dato es reforzado por la OMS (2016), el cual indica que una cuarta parte de los adultos declaran haber sufrido malos tratos físicos en su niñez.

Como se ha observado, el maltrato físico infantil está a la orden del día, llegando al punto de estar totalmente normalizado en nuestra cultura y en la de muchos países. Sin embargo, la magnitud del problema es desorbitado, ya que cada año fallecen 41.000 menores de 15 años a causa de homicidio por parte de sus cuidadores (OMS, 2016).

Cuando se investiga a cerca de las consecuencias de este ejercicio en los menores, se concibe la peligrosidad del asunto y la urgencia de paliarlo, ya que como bien indican Jiménez et al. (2005), los niños y niñas que logran sobrevivir a este tipo de agresiones, manifiestan comportamientos de timidez, inseguridad, desconfianza y agresividad, además de ser asustadizos y de distraerse con facilidad. Estos son solos algunos de las muchas consecuencias que trae consigo el maltrato físico infantil.

Además, el impacto de haber sufrido abusos físicos dependerán de la austeridad del abuso, la edad en la que se produjeron las agresiones, su extensión en el tiempo, la asiduidad de los hechos y la fuerza y violencia ejercida en el maltrato (Trickett, 2001).

En lo referido al proceso de protección infantil ante estas situaciones, es importante que se conozca de primera mano el fenómeno del maltrato para poder realizar una buena intervención social en la que la principal prioridad sea preservar los derechos de los/as infantes.

Pues bien, teniendo en cuenta al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006), el protocolo a seguir para la protección del/la menor maltratado/a comienza por la

detección del maltrato y la realización del diagnóstico, más tarde se realiza la notificación del maltrato a los servicios sociales y por último se realiza el tratamiento y la intervención. Todo ello teniendo en cuenta La Convención sobre los Derechos del Niño (2006), la cual avala la protección y el desarrollo integral de los/as niños y niñas, así como la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, cuyo énfasis está situado en el interés superior del menor (aguardar el derecho a la vida, tener en cuenta sus sentimientos, opiniones y deseos, la protección de su identidad, religión, identidad sexual, entre otras características y la preocupación por el desarrollo de su vida en un entorno adecuado).

Para trabajar en la protección de los/las menores, es necesario la existencia de servicios de infancia y familia que se encarguen de realizar todo el protocolo nombrado con anterioridad. Es ahí donde nuestra profesión desempeña un papel clave ya que en los equipos especializados de infancia y familia localizados en Ayuntamientos o organizaciones sin ánimo de lucro se encargan de promover el cambio a partir de luchar por el cumplimiento de los derechos de los/las menores y creyendo en la mejora de las dinámicas familiares, fomentando la integración social de los/as infantes e intentando normalizar los factores de riesgo causantes de situaciones de maltrato, ya que se entiende desde el punto de vista social que la familia es una institución primordial para la protección de los/as niños y niñas. Todo esto se llevara a cabo desde el ámbito local para un mayor control y desde un punto de vista antropológico y desvinculado a prejuicios (IASS, 2017).

Atendiendo a Santana, Sánchez y Herrera (1998), las líneas de acción a tener en cuenta y llevar a cabo para mejorar y paliar una situación de maltrato tanto como profesionales del Trabajo Social, como por otro tipo de profesionales que se encarguen de estas problemáticas, se basan en no solo trabajar con la víctima si no con el agresor, con la

ayuda de un equipo multidisciplinar que se encargue de profundizar y abordar la problemática.

El desarrollo de esta intervención, se basará en primer lugar en lograr que se reconozca el problema por parte de los protagonistas del caso, así como propiciar una efectiva comunicación entre los mismos, con el fin de modificar los patrones de conducta, eliminando las técnicas de castigo y reprimenda y adoptando tácticas parentales positivas, tales como: la eliminación del castigo, la regulación de respuestas violentas y la promoción de la comunicación e interacción familiar positiva (Santana et al., 1998). En el caso, de ser una situación donde la dinámica familiar se encuentre sumamente dañada y alterada, como bien indica Foncerrada (1982), lo más recomendable es alejar al niño de su entorno familiar donde esté siendo agredido, no obstante, en un caso donde dicha dinámica se encuentre parcialmente desgastada en ese momento, se deberá optar por intentar preservar el vínculo, con el apoyo de profesionales que trabajen en el caso, a partir de visitas de seguimiento a la familia, la otorgación de pautas orientadas a los buenos tratos y la promoción del apego familiar. Además, la OMS (2016) añade que el seguimiento continuado a la familia y al menor otorga la posibilidad de reducir el maltrato, así como sus consecuencias.

En lo referido a la revisión que se va a llevar a cabo en este trabajo, se pretende revisar documentos científicos que aporten información sobre las consecuencias del maltrato físico infantil para posteriormente agruparlas en categorías generales según las edades de los participantes de las investigaciones recabadas.

En este análisis, se evidenciará la multitud de efectos que trae consigo el sufrimiento de la violencia física, desde los efectos más inmediatos y claros como moratones, contusiones y fracturas, hasta las secuelas más insospechadas como trastornos

disociativos, obesidad o consumo de sustancias psicoactivas. De esta manera, podremos ver en qué aspectos de la vida de los niños y niñas afectan los malos tratos, así como en qué momentos de su vida se están manifestando y a qué edad lo sufrieron. Con la elaboración de este trabajo se pretende profundizar en el conocimiento sobre el maltrato físico y aportar información sobre aspectos a tener en cuenta para la detección de los malos tratos físicos sufridos por los menores y crear conciencia de esta problemática social de manera que se vaya desnaturalizando dicha práctica, cuya acción denigra la integridad personal y condiciona la vida y el futuro de muchos niños a nivel mundial.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es analizar las consecuencias del maltrato físico infantil a través de una revisión bibliográfica de publicaciones científicas que se hayan centrado en el estudio de esta problemática.

2. Método

El método utilizado en esta revisión bibliográfica para seleccionar las referencias válidas con el objetivo de fundamentar este trabajo está basado en la llamada "Declaración Prisma" (Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman, 2009).

Según Moher et al. (2009), este método es utilizado con el fin de identificar, seleccionar, ordenar y evaluar de manera crítica la información que disponemos.

La información utilizada para contrastar esta revisión ha sido adquirida en diferentes portales, webs y buscadores de información:

- Dialnet: portal de difusión de información científica.
- Punto Q: portal web de búsqueda bibliográfica de la Universidad de la Laguna.

- Google Académico: buscador de la plataforma de Google centrado en documentos científicos y académicos.

Para esta exploración se han usado palabras clave con la intención de delimitar el rastreo: "Maltrato Físico Infantil", ya que insertando estas palabras se tendría más probabilidades de encontrar información sobre el tipo de maltrato que estamos trabajando, teniendo solo que centrar la labor únicamente en encontrar consecuencias del maltrato físico en los resultados bibliográficos encontrados .

Algunas de esas búsquedas han sido efectuadas en español, con la expresión nombrada anteriormente y otras en inglés, con el término "Child Physical Abuse", todo ello con el fin de encontrar diversidad de documentos, revistas y artículos de diferentes países que lograsen fundamentar lo máximo posible esta revisión.

Los criterios que se han llevado a cabo para elegir y seleccionar las referencias bibliográficas que se van a utilizar, se basan en los siguientes aspectos:

- ❖ Texto completo disponible y accesible
- ❖ Idioma español o inglés
- ❖ Centrados potencialmente en las consecuencias de maltrato físico en la infancia, discriminando de esta manera, todos aquellos artículos y revistas que indagaran sobre otros temas, ya sea refiriéndose a otros tipos de maltrato e eludiendo las consecuencias del mismo.
- ❖ Publicaciones posteriores al año 1996.
- ❖ Se ha tenido en cuenta el número de citas de cada uno de los documentos seleccionados (más de 20 citas).

En muchos casos, a pesar de haber introducido correctamente las palabras clave de la búsqueda, simplemente con la lectura del título y del resumen o abstract del documento se podía deducir con bastante certeza que el contenido del mismo no iba a ser útil para dicha revisión.

A continuación desarrollaremos una tabla (Tabla 1), exponiendo de manera sintetizada nuestros resultados, basándonos en la "Declaración Prisma" (Moher et al., 2009) :

Tabla 1

Resultados de la búsqueda

WEB	PALABRAS CLAVE UTILIZADAS	RESULTADOS ENCONTRADOS	DOCUMENTOS ELEGIDOS	DOCUMENTOS RECHAZADOS	CRÍTERIOS DE DESCARTE
PUNTO Q	"Maltrato Físico Infantil"	553	13	540	<ul style="list-style-type: none"> - No se centraban en las consecuencias del maltrato. - Se centraban en otros tipos de maltrato. - No pude acceder a ellos.
DIALNET	"Maltrato Físico Infantil"	119	3	116	<ul style="list-style-type: none"> - No se centraban en las consecuencias del maltrato. - Se centraban en otros tipos de maltrato. - No pude acceder a ellos. - Muchos artículos ya habían sido añadidos a mis referencias tras la búsqueda en el Punto Q.
GOOGLE ACADÉMICO	"Maltrato Físico Infantil"	130	8	122	<ul style="list-style-type: none"> - No se centraban en las consecuencias del

					<p>maltrato.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se centraban en otros tipos de maltrato. - No pude acceder a ellos. - No tenía suficientes citas. - Muchos artículos ya habían sido añadidos a mis referencias tras la búsqueda en el Punto Q y Dialnet.
GOOGLE ACADÉMICO	"Child Physical Abuse"	180	16	164	<ul style="list-style-type: none"> - No se centraban en las consecuencias del maltrato. - Se centraban en otros tipos de maltrato. - No pude acceder a ellos. - No tenía suficientes citas. - Muchos artículos ya habían sido añadidos a mis referencias tras la búsqueda en el Punto Q, Dialnet y Google Académico con la búsqueda en Español. - Ya tenía bastantes artículos sobre algunas consecuencias en concreto, por tanto, opte por evadir referencias bibliográficas que trataran temas que ya tenía contrastados por varias investigaciones.

Fuente: Elaboración propia inspirado en Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman (2009)

Una vez expuesto este esquema, cabe destacar que esta revisión se hará basada en 40 artículos, ya clasificados con anterioridad junto a las respectivas webs donde han sido extraídos: Dialnet, Punto Q y Google académico. Además, serán añadidas otras 5 referencias las cuales no han sido buscados con las palabras claves plasmadas en el recuadro, ya que dos de esos artículos han sido facilitados por la tutora de este TFG y los demás han sido centrados en la búsqueda del "Síndrome del niño sacudido" y el ejercicio del "bullying" como consecuencia del maltrato. Todos ellos hacen un total de 45 artículos a tener en cuenta para el desempeño de esta revisión.

A lo largo del desarrollo del estudio, se tratará de utilizar los documentos encontrados de forma contrastada, clara y precisa, con el fin de intentar dar respuesta a los objetivos de búsqueda y de la revisión bibliográfica.

3. Resultados

En cuanto a los resultados obtenidos sobre las secuelas del maltrato físico infantil, irán clasificadas en consecuencias físicas, psicológicas y sociales, ya que tras la revisión de la bibliografía de este trabajo y dados los resultados, es conveniente hacer esta distribución puesto que es la más adecuada para los tipos de consecuencias que hemos encontrado, así como su orden de presentación, el cual está organizado según la cantidad de consecuencias encontradas en cada una: en primer lugar las consecuencias físicas, en segundo lugar las psicológicas y en tercer lugar las sociales, no obstante, se encontraron grandes similitudes en cuanto a la cantidad de las consecuencias físicas y psicológicas encontradas. El desarrollo de los resultados encontrados se llevará a cabo haciendo alusión a las edades en las que los participantes de las investigaciones han experimentado dichas secuelas y en la medida de lo posible (dependiendo de la

información que aporten las investigaciones), las edades en las que han sufrido las agresiones. Todo ello con el fin de observar las relaciones entre estos factores y la temporalidad en la que se desarrollan las consecuencias de los malos tratos físicos.

A continuación, se presenta la Tabla 2 en la que se plasmarán los datos de los estudios analizados, por orden alfabético según el apellido de los/as autores/as. Algunos de estos estudios exponen consecuencias muy similares y otros secuelas más singulares, no obstante se presentaran por separado según el autor de la publicación, el año de publicación, el país, las edades de la muestra, el tipo de consecuencia que corresponda (física, psicológica, social) y la consecuencia concreta.

Tabla 2

Datos de los estudios analizados

AUTORES/AS	AÑO DE PUBLICACIÓN	PAÍS	EDADES MUESTRA	TIPO DE CONSECUENCIA	CONSECUENCIA CONCRETA
Afifi, Macmillan, Boyle, Tailleu, Cheung y Jitender	2014	Canadá	18 - 65 años	Consecuencia psicológica	Trastornos alimenticios e ideación suicida
Alarcón, Araújo, Godoy y Vera	2010	Colombia	Revisión bibliográfica	Consecuencia psicológica	Comportamiento antisocial y agresivo y baja autoestima
Álvarez	2015	España	13-19 años	Consecuencia social	Consumo de alcohol y policonsumo
Amores y Mateos	2017	España	Revisión bibliográfica	Consecuencia física y psicológica	Alteración en el cuerpo calloso y en el neurodesarrollo, así como en el lenguaje, entre otros
Ballona, Chacón, Zaldivar y Kikushima	2003	Perú	0-17 años	Consecuencia física	Mordeduras, heridas, hematomas, quemaduras...
Benítez y Justifcia	2006	España	Revisión bibliográfica	Consecuencia social	Ejercer el bullying como agresores
Carrasco, Rodríguez y Mass	2001	España	11-18 años	Consecuencia social	Retraimiento social
Cerezo y Vera	2004	España	14-17 años	Consecuencia social	Conducta delictiva y antisocial
Chu y Dill	1990	EEUU	18-60 años	Consecuencia psicológica	Trastornos disociativos
Cornellà y Juárez	2014	España	Revisión bibliográfica	Consecuencia psicológica	TDAH
Curcoy	2009	España	0-5 años	Consecuencia física	Hemorragias retinarias (Síndrome del/ la niño/a sacudido/a)

Dodge, Pettit y Bates	1997	EEUU	Revisión bibliográfica	Consecuencia psicológica	Problemas de conducta y agresividad
Doria, Navarro, Garzón, Herrera, Moreno, Furman y Ayala	2016	Colombia	6-16 años	Consecuencia física	Apretamiento dental nocivo
Eberhard, Pose, Mora y Vergara	2011	Chile	Revisión Bibliográfica	Consecuencia física	Lesiones cerebrales, heridas en el cuero cabelludo...
Elliot, Cunnigham, Colangelo y Gross	2005	EEUU	Revisión Bibliográfica	Consecuencia social	Aislamiento social y minimización de competencias sociales
Friorillo, Papa y Follete	2013	EEUU	Edad adulta no especificada	Consecuencia social	Revictimización de la violencia
Fresno y Spencer	2011	Chile	3-7 años	Consecuencia psicológica	Formas desorganizadas, inseguras, evitativas y ambivalentes de apego
Fuller, Brennenstuhl y Frank	2010	Canadá	18-65 años	Consecuencia física	Enfermedades cardíacas
Gamboa y Guerra	2013	Argentina	0-19 años	Consecuencia física	Fracturas orales
Gantiva, Bello, Vanegas y Sastoque	2009	Colombia	16-38 años	Consecuencia psicológica	Esquemas maladaptativos
Gershoff y Grogan	2016	EEUU	2-15 años	Consecuencia psicológica	Baja autoestima, discapacidades cognitivas...
Giménez, Pérez, Dujovny y Díaz	2007	España	Revisión bibliográfica	Consecuencia física y psicológica	Parálisis cerebral, alteraciones cognitivas...
Gómez y De Paul	2003	España	16-34 años	Consecuencia social	Transmisión intergeneracional del maltrato físico
Gómez	2012	Argentina	10-11 años	Consecuencia psicológica	Baja autoestima
Ibarra, Ortiz, Alvarado, Graciano y Jiménez	2010	México	18-65 años	Consecuencia psicológica	Trastornos distímicos y depresión
Junco	2014	Perú	Revisión bibliográfica	Consecuencia física	Moretones, quemaduras, fracturas, desgarros, lesiones torácicas...
Kang, Deren y Goldstein	2002	EEUU	Media de 39,8 años	Consecuencia social	Conducta de riesgo de VIH
Lansford, Dodge y Pettit	2002	EEUU	5-16 años	Consecuencia psicológica	Agresividad, ansiedad y depresión
López	2008	España	6-15 años	Consecuencia psicológica	Trauma complejo
López, Perea y Loredó	2008	México	20-27 años	Consecuencia física	Obesidad
Loredó, Casas, Trejo, Melquiades y Martín	2015	México	2-14 meses	Consecuencia física	Síndrome del niño sacudido
Maddio y Morelato	2009	Argentina	8-10 años	Consecuencia psicológica	Problemas emocionales y afectivos
Marty y Carvajal	2005	Chile	Revisión bibliográfica	Consecuencia psicológica	Trastorno por estrés postraumático

Molina y Umaña	2015	Costa Rica	2-3 meses	Consecuencia física	Síndrome del niño sacudido
Oral, Yagmur, Nashelsy, Turkmen y Kirby	2008	Inglaterra	2,5-6 meses	Consecuencia física	Fracturas óseas
Páramo y Chávez	2007	México	8-14 años	Consecuencia trascendental	Suicidio
Pérez, Rodríguez, Dussán y Ayala	2005	Colombia	11-18 años	Consecuencia trascendental	Intento de suicidio
Prino y Peyrot	1994	EEUU	5-8 años	Consecuencia psicológica	Agresividad
Read y Arglye	1999	Nueva Zelanda	8-35 años	Consecuencia psicológica	Ideas delirantes
Rufo	2006	España	3-11 meses	Consecuencia física	Síndrome del niño sacudido
Salzinger, Rosario y Feldman	2007	EEUU	10-16 años	Consecuencia social	Comportamientos delictivos
Silva y Oates	1993	Australia	0-2 años	Consecuencia física	Homicidio
Starling, Heller y Jenny	2002	EEUU	3 Meses	Consecuencia física	Fisuras y fracturas
Sugaya, Hasin, Olfson, Lin, Grant y Blanco	2012	EEUU	18-24 años	Consecuencia psicológica	TDH, hiperactividad y trastorno bipolar
Ystgaard, Hesteun, Loeb & Mehlum	2004	Noruega	Edad adulta no especificada	Consecuencia trascendental	Intentos de suicidio y automutilación

3.1. Consecuencias físicas

Es oportuno empezar por las consecuencias físicas del maltrato físico infantil, ya que además de haber encontrado bastante resultados bibliográficos al respecto, este tipo de consecuencias son normalmente las secuelas más obvias de este tipo de abuso y a menudo las más inmediatas.

En cuanto a las consecuencias físicas que trae consigo el maltrato físico infantil, Eberhard, Pose, Mora y Vergara (2011) exponen unas de las consecuencias físicas más claras del maltrato, esas son: las lesiones cerebrales o extracerebrales manifestadas en forma de hemorragias originados por sacudidas y latigazos, así como heridas en el cuero cabelludo originadas por tirones de pelo. Además, Oral, Yagmur, Nashelsy, Turkmen y Kirby (2008), añade a los traumas de tipo craneoencefálico; las fracturas de costado y las fracturas de tibia como consecuencia de fractura ósea a causa de agresiones físicas.

Por su parte, Starling, Heller y Jenny (2002) aportan que las lesiones más comunes en los casos de violencia física son las fisuras metafisarias y las fracturas de costillas, cráneo y huesos largos. Cabe destacar que las lesiones nombradas anteriormente han sido contrastadas a partir de investigaciones de niños maltratados de entre 0 y 3 años, lo que quiere decir que este tipo de consecuencias a nivel físico, son sufridas a corto plazo por los/las menores.

También, es importante señalar otras de las consecuencias físicas más comunes e inmediatas: lesiones oculares, torácicas, moretones, quemaduras, fracturas y desgarros (Junco, 2014).

Por otro lado, Ballona, Chacón, Zaldivar y Kikushima (2003), hacen referencia a las secuelas cutáneas del maltrato físico infantil, haciendo alusión a que las marcas de agresiones en la piel son polimorfas, con lo cual su forma dependerá del objeto que se haya utilizado para lesionar al menor (cinturones, punzones, cordones, latigos...). Esas secuelas cutáneas pueden manifestarse en edemas, hematomas, alopecias traumáticas, contusiones, cicatrices, marcas de mordeduras, heridas de punzadas o cortes, rojeces y quemaduras. En la investigación llevada a cabo por estos autores, se visualiza que este tipo de lesiones es sufrida por menores de todas las edades (de 0 a 17 años), no obstante, a medida que la edad va incrementando, el maltrato físico va en descenso, lo que quiere decir que los malos tratos físicos son más habituales en los primeros años de vida (de 0 a 5 años).

Otra de las consecuencias físicas del maltrato infantil reside en manifestaciones bucales, ya que como bien indica la investigación realizada por Doria et al. (2016), los niños/as institucionalizados/as con antecedentes de maltrato físico infantil que participaron en el estudio (los/as cuales tenían entre 6 y 16 años) presentaban signos de apretamiento

dental nocivo. Este hecho, está directamente relacionado con las consecuencias psicológicas del maltrato puesto que se ha demostrado en esta investigación que los/as niños/as que presentaban este hábito, tenían altos niveles de ansiedad a causa de los malos tratos sufridos. Sin embargo, no es solo el apretamiento dental la única consecuencia bucal del maltrato, ya que los/as niños/as maltratados presentan lesiones orales a causa de traumatismos ocasionados por parte de sus cuidadores, normalmente por la introducción de objetos (chupetes, cubiertos u otras herramientas) de manera forzada o por la acción de tapar el orificio bucal bruscamente. Esas manifestaciones suelen manifestarse por luxaciones, avulsiones, fracturas en el frenillo, abrasiones, heridas en el interior y exterior de los labios, fracturas y laceraciones bucales (Gamboa y Guerra, 2013).

Siguiendo con las consecuencias físicas de los malos tratos, es importante destacar el Síndrome del Niño/a Sacudido/a, ya que se trata de un tipo de maltrato físico infantil en el que el niño/a es zarandeado fuertemente provocando un mecanismo de lesión que trae numerosas consecuencias físicas al niño/a que lo padece (Molina y Umañana, 2015). Según Loredo, Casas, Trejo, Melquiades y Martín (2015), estas fracturas se manifiestan en afecciones al cerebro, la retina e incluso a los huesos, llegando a ocasionar convulsiones, dificultades cardiorrespiratorias o la muerte. Por su parte, Rufo (2006), recalca las grandes secuelas de este síndrome en el sistema nervioso central y defiende que ocasiona hematomas subdurales crónicos, así como serias lesiones cervicales en la médula espinal y en el encéfalo, provocando de esta manera encefalopatía severa en muchos casos. Además, atendiendo a Molina y Umañana (2015), cabe sumar consecuencias como vómitos, somnolencia, irritabilidad e incluso edemas cerebrales. Es importante destacar que todos los autores nombrados anteriormente, así como Curcoy (2009), hacen especial hincapié a la consecuencia relacionada con las hemorragias

retinarias, ya que esto ocasiona que el niño/a sacudido/a padezca trastornos de visión que pueden derivarse en ceguera. En cuanto al perfil de los niños/as que suelen padecer este síndrome, como se ha visto en estas investigaciones, suelen ser bebés y niños/as de entre 0 y 2 años. No obstante, Molina y Umañana (2015) registran datos de casos de niños/as de hasta 5 años, con lo cual podemos decir que esta práctica de maltrato físico infantil trae consecuencias en los primeros años de vida de los/as niños/as que lo sufren.

Siguiendo en relación con el Síndrome del Niño sacudido, cabe destacar las secuelas neurológicas del maltrato físico contrastadas en este proceso de revisión. Atiendo a Giménez, Pérez, Dujovny y Díaz (2007) y su investigación a menores maltratados/as de 0 a 18 años reflejan que el 10% de los/as menores que padecen discapacidad psíquica y parálisis cerebral vienen a consecuencia del maltrato físico sufrido.

Además, otra de las consecuencias neurológicas de esta práctica, son los daños medulares y espinales, así como desgarros en los ligamentos paraespinales y hemorragias subdurales y epidurales. Este tipo de secuelas se ven reflejadas generalmente en lactantes, es decir se manifiestan en los primeros meses/años de vida de los niños/as maltratados/as. Por su parte, Amores y Mateos (2017), recalca la gran capacidad que tiene el maltrato físico infantil para alterar la dinámica de neurodesarrollo y perturbar la madurez cerebral de los/las infantes, puesto que estas lesiones provocan neurogénesis, sinaptogénesis y daños en el cuerpo calloso, cerebelo, hipocampo, entre otras partes del cerebro. Los daños neurológicos, aparte de ser claras secuelas físicas en el cerebro a causa de los malos tratos físicos, también tienen consecuencias psicológicas de las que profundizaremos más tarde, tales como desajustes en el desarrollo del lenguaje.

Así mismo, podemos decir que otra consecuencia física del maltrato es la obesidad, sin embargo, este efecto final en el físico de las víctimas tiene un gran componente psicológico, ya que los sujetos recurren al consumo de alimentos como forma de obsequio con el fin de compensar la falta de afecto y el ambiente hostil vividos en su infancia, hecho que desencadena en un problema de salud física como es el exceso de peso, así como en posibles dificultades emocionales por padecer obesidad. Este hecho se demuestra con varios estudios expuestos por López, Perea y Loredó (2008), en el que se puede observar como adultos/as de diversas edades que sufrieron en su niñez maltrato físico, así como otros tipos de maltrato (psicológico y abuso sexual), hoy en día presentan obesidad en un 60% de los casos.

Otra de las consecuencias del maltrato físico infantil es el sufrimiento de enfermedades cardíacas en la edad adulta, ya que como indican Fuller, Brennenstuhl y Frank (2010), el experimentar factores estresantes en la infancia dan cabida a la depresión y a la presión alta en la adultez (lo que denota un componente psicológico en este tipo de consecuencia), por tanto el hecho de haber pasado por este tipo de experiencias psicológicas, pueden desencadenar en padecer una enfermedad del corazón en la vida adulta.

Por último, cabe nombrar la consecuencia física más extrema y fatal del maltrato físico infantil, el homicidio. Según la investigación de Silva y Oates (1993), todos los casos estudiados de niños y niñas víctimas de homicidio eran menores de 3 años, puesto que la edad más habitual en la que ocurre esto es en el primer año de vida. Las causas de muerte de estos/as menores fueron en su mayoría a consecuencia de lesiones en la cabeza, no obstante también habían otras causas como asfixia y estrangulación, así como también algunos casos presentaban lesiones en el tronco y las extremidades.

Además, se comprobó que un 35 % de las víctimas ya sufrían maltratos físicos previos al homicidio.

3.2. Consecuencias psicológicas

En lo referido a las consecuencias psicológicas, es conveniente tener en cuenta la gran importancia que tiene la infancia en el desarrollo evolutivo de los/as infantes, por esta razón cuando el/la menor ha sido expuesto a factores estresantes (como es el maltrato) en esta etapa de la vida, corre el riesgo de padecer alteraciones cerebrales tanto de tipo estructural como funcional que condicionen la vida de los/las mismos/as (Amores y Mateos, 2017).

Según Giménez et al.(2007), algunas de las alteraciones cognitivas que trae consigo el maltrato físico infantil, son las dificultades en el desarrollo del lenguaje y los problemas emocionales. Por su parte, Amores y Mateos (2017) añaden que además desarrollan problemas de atención, memoria y desarrollo intelectual, así como tienen mayor probabilidad de sufrir fracaso escolar y trastornos dada esta problemática.

Además, atendiendo a Gershoff y Grogan (2016), cuya investigación hace alusión al análisis de la negatividad de los azotes en los menores con el fin de desbancar la utilidad positiva de este ejercicio en la educación de los mismos, expresan resultados en su análisis sobre 160.927 niños y niñas de entre 2 y 15 años que tras haber recibido azotes o nalgadas en sus hogares presentan comportamientos antisociales, así como problemas en el comportamiento y la salud mental, ocasionando discapacidades cognitivas, baja autoestima, así como malas relaciones en el entorno familiar. Además, el estudio plasma que llegada la edad adulta estos/as niños /as se convierten en adultos/as con comportamientos antisociales, problemas de salud mental y actitudes positivas sobre los azotes y nalgadas.

Cabe añadir, por otro lado, la existencia del estudio realizado por Maddio y Morelato (2009) , en el que se visualiza grandes diferencias entre grupos de niños/as de entre 8 y 10 años que han sufrido maltrato físico infantil así como diferentes tipos de maltrato (psicológico y negligencia) con respecto a otro grupo de niños/as que no había sufrido ningún tipo de maltrato. En este análisis se certificó que los/as que habían sufrido malos tratos tenían problemas emocionales y afectivos, reflejado en una mayor tendencia a generar alterativas pasivas y anticiparse a las consecuencias positivas. Este estudio también está apoyado por la investigación realizada por Fresno y Spencer (2011), en la que también se encontraron efectos negativos del maltrato físico infantil en las representaciones de apego de 36 niños/as que habían sufrido maltrato físico y que tenían una edad media de 5,3 años. Estos/as niños/as representaban formas de apego de tipo desorganizado, inseguro evitativo y ambivalente.

Además, según Cornellà y Juárez (2014), otra consecuencia psicológica del maltrato físico infantil, así como otros tipos de maltrato (psicológico y sexual), es la prevalencia de que el/la menor sufra Trastorno por Déficit de Atención (TDAH), ya que el sufrimiento psicológico que trae consigo el experimentar alguno de estos tipos de maltrato pueden desembocar en sufrir este tipo de trastorno caracterizado por la hiperactividad, impulsividad y la inatención de la víctima del maltrato.

Siguiendo con las consecuencias psicológicas, una investigación colombiana llevada a cabo por Gantiva, Bello, Vanegas y Sastoque (2009), reflejó en el caso de 359 estudiantes jóvenes de entre 16 y 38 años que habían experimentado malos tratos físicos en la infancia, presentaban hoy en día esquemas maladaptativos en su vida, tales como: la desconfianza, la vulnerabilidad, el autocontrol insuficiente, inhibición emocional, entre otras.

Por su parte, Prino y Peyrot (1994), suma a estas consecuencias psicológicas otra secuela del maltrato físico, esta es el comportamiento agresivo, ya que en su estudio realizado por 69 niños/as de 5 a 8 años los/as cuales habían sufrido tanto maltrato físico como negligencia, destacó el comportamiento de agresividad en los/as niños/as que habían sufrido malos tratos físicos. Esta teoría también es apoyada por Dodge, Pettit y Bates (1997), la cual expresa que los maltratos físicos conllevan problemas de conducta crónica y desarrollo conductual agresivo en el futuro. Así como también es reforzada por Lansford, Dodge y Pettit (2002), los cuales realizaron un análisis sobre 585 menores del jardín de infancia, en el se demostró la presencia de conductas agresivas en los niños/as que habían sufrido maltrato físico.

Haciendo referencia a Gómez (2012), otra consecuencia del maltrato físico y psicológico es la baja autoestima, ya que como indica el estudio realizado por este autor, en el cual participaron 235 estudiantes de 5° y 6° grado del sistema educativo de América Latina, podemos ver como el maltrato físico afecta negativamente en la autoestima de los/las menores, ya que manifiestan insatisfacción y autocríticas exageradas sobre sí mismos, teniendo miedo a la equivocación, expresando deseabilidad social, culpabilidad, hostilidad y desprecio hacia su persona. Esta idea es también apoyada por Alárcon, Araújo, Godoy y Vera (2010), los cuales ven la autoestima como una consecuencia de los malos tratos físicos a largo plazo.

Aparte, otra secuela psicológica del maltrato es el sufrimiento de trastorno por estrés postraumático en la adultez por parte de la víctima, esta sintomatología se da lugar cuando el/la menor que ha sido maltratado/a físicamente, sexualmente o haya sufrido abandono o negligencia antes de los 16 años, experimenta estados de hiperalerta y constante evitación (Marty y Carvajal, 2005). Por su parte, López (2008), añade otro tipo de consecuencias psicológicas que están consideradas dentro del trastorno de estrés

postraumático extremo, el nombre que utiliza este autor para hacer referencia a este tipo de afecciones es "trauma complejo", ya que sus secuelas son numerosas: dificultades en la memoria, en la atención y en la regulación de impulsos, problemas en las relaciones interpersonales y en la auto percepción, manifestaciones de somatizaciones en general, así como sentimientos de desesperanza, infelicidad, entre otros. Este tipo de trastorno complejo es sufrido mayormente por menores en edad adolescente como consecuencia de haber sufrido maltrato físico, sexual o negligencia en edades tempranas.

También, Ibarra, Ortiz, Alvarado, Graciano y Jiménez (2010), expresan en su investigación que una de las consecuencias psicológicas de los malos tratos físicos y sexuales sufridos en la niñez era el padecimiento de trastornos distímicos y depresiones mayores. Esta investigación se realizó con la participación de 80 mujeres de entre 18-65 años con problemática depresiva, en ella se reflejó que las mujeres que habían experimentado malos tratos en la infancia tenían mayores problemas depresivos y distímicos que las que no los habían sufrido. Este dato es reforzado por el estudio realizado por Lansford, Dodge y Pettit (2002), el cual revela que los/as adolescentes que sufrieron maltrato físico en su infancia presentan mayores niveles de ansiedad y depresión que los que no lo padecieron.

Atiendo a Sugaya et al. (2012), podemos añadir que otro de los efectos a largo plazo del maltrato físico infantil es el padecimiento de otros tipos de trastornos psiquiátricos tales como el TDH, la hiperactividad, y el trastorno bipolar. A estas alteraciones psicológicas experimentadas a causa de los malos tratos cabe sumarles el trastorno antisocial y el comportamiento agresivo, apoyadas por Alárcon et al. (2010). Así como los trastornos alimenticios y la ideación suicida, como indica la investigación de Afifi et al. (2014), realizada a adultos canadienses mayores de 18 años que habían sufrido malos tratos físicos en su infancia. Por último, Read y Arglye (1999), suman a este tipo de

consecuencias psicológicas de los malos tratos la existencia de ideas delirantes en adultos con trastornos psiquiátricos que sufrieron maltrato físico infantil en su niñez.

Para terminar con las consecuencias psicológicas de los malos tratos físicos infantiles, cabe añadir la existencia de síntomas disociativos como escape por haber sufrido experiencias traumáticas de maltrato físico en la infancia, esta consecuencia psicológica disociativa puede darse de diversas maneras: rechazando la experiencia propia albergándola como una ajena (personalidad múltiple), sufriendo alteraciones de la realidad vivida (despersonalización y desrealización) y olvidando la experiencia sufrida (amnesia fitogenética). Estas disociaciones se demostraron en la investigación realizada por Chu y Dill (1990) a mayores de edad de entre 18 y 60 años que habían sufrido maltrato físico.

3.3. Consecuencias sociales

Por último, y no por ello menos importante, es destacable nombrar la multitud de consecuencias sociales que sufren las personas que han sido maltratadas físicamente en su infancia.

La primera de ellas es una consecuencia bastante trascendental, esa es la transmisión intergeneracional del maltrato (Gómez y de Paúl, 2005), este concepto se refiere a la capacidad que tiene el individuo que ha sido maltrato en la infancia de repetir las actitudes agresivas y de maltrato en la edad adulta. Así pues, en el estudio realizado por los autores nombrados anteriormente, se comprueba un mayor potencial para llevar a cabo el ejercicio del maltrato en estudiantes con 19 años de media y que habían sufrido algún tipo de maltrato físico en la niñez respecto a otro grupo de alumnos con la misma edad y que no recordaban haber sufrido malos tratos físicos.

Por otro lado, Fiorillo, Papa y Follete (2013), expresan en su investigación otra consecuencia social del maltrato físico en la infancia, ya que en este estudio se demuestra a partir de la participación de 314 con antecedentes de haber sufrido malos tratos físicos en su niñez, la existencia de la revictimización en las relaciones de pareja una vez llegada la edad adulta, siendo estas mujeres de nuevo víctimas de maltrato (en este caso, violencia de género) en la adultez.

Según Cerezo y Vera (2004), la conducta delictiva y antisociales configuran otra de las consecuencias de los malos tratos, ya que en su estudio a 28 menores que habían sido maltratados físicamente con edad media de 15,70 años reflejó una notable tendencia hacia comportamientos antisociales y realizar delitos. Por su parte, Salzinger, Rosario y Feldman (2007), recalcan en su investigación llevada a cabo en adolescentes de entre 10-16 años con antecedentes de haber sufrido malos tratos, la existencia de comportamientos delictivos y agresivos en la adolescencia, ya que los/las adolescentes que habían experimentado este tipo de abusos presentaban comportamientos violentos y delincuencia. Además de esto, Carrasco, Rodríguez y Mass (2001), añaden que además de la existencia de conductas delictivas como consecuencia del maltrato, también existen conductas de retraimiento social como secuelas del mismo, hecho demostrado en su investigación realizada a menores en situación de protección que habían sufrido maltrato.

Atendiendo a Álvarez (2015) y haciendo alusión a otro tipo de consecuencias sociales de los malos tratos infantiles, se ha plasmado en la investigación de esta autora realizada a una gran muestra de jóvenes de entre 13 y 19 años, el haber sufrido maltrato físico, sexual, psicológico o negligencia en la infancia puede conllevar un consumo precoz de alcohol e incluso al policonsumo. A este estudio, cabe sumarle la teoría evidenciada por un análisis realizado por Kang, Deren y Goldstein (2002) en el que se

analizaron 432 sujetos de edad media de 39,8 años los cuales poseían antecedentes de haber experimentado maltrato físico, psicológico, sexual y negligencia, en el se reflejo que las personas que habían sufrido maltrato físico infantil en la infancia presentaban conductas de riesgo de VIH, ya que poseían múltiples parejas sexuales y consumían droga por vía intravenosa sin tener en cuenta las consecuencias de hacerlo sin las medidas higiénicas y la protección necesaria. Además, tenían problemas legales y relacionales en su entorno.

Aparte, Elliott, Cunnighan, Colangelo y Gross (2005), localizan otra consecuencia social, esa es el aislamiento social por parte de las víctimas, puesto que su estudio realizado a 1.725 jóvenes pudo evidenciarse que los/as jóvenes que habían sufrido malos tratos físicos en su niñez se encontraban más aislados socialmente y tenían menos competencias sociales que los/as jóvenes que no habían sufrido maltrato.

Para finalizar, es de suma importancia mencionar la última consecuencia social contrastada en las referencias bibliográficas, esa es el ejercicio del bullying, puesto que según Benítez y Justicia (2006), los/as niños/as que han sido víctimas de maltrato infantil (físico o psicológico) tienen mayor tendencia a adoptar actos violentos en su adolescencia, con lo cual, están más predispuestos a adoptar conductas agresivas y de acoso hacia compañeros/as de clase y por tanto llevar a cabo el ejercicio del bullying.

3.4. El suicidio

Por último, y cerrando de esta manera los resultados obtenidos en esta revisión a cerca de las consecuencias del maltrato físico infantil, es oportuno añadir el fenómeno del suicidio en un apartado por separado, ya que esta consecuencia trascendental no es puramente física, puesto que para llegar a tomar la decisión de quitarse la vida, los menores maltratados deben pasar por el sufrimiento de grandes consecuencias

psicológicas para su salud mental. Es por ello, que el suicidio conforma una secuela que tiene componentes tanto físicos como es la pérdida de la vida, como psicológicos que son las razones que llevan a la persona a tomar esa decisión.

Así bien, según la investigación de Pérez, Rodríguez, Dussán y Ayala (2005), realizada con una muestra de 96 jóvenes de entre 11 y 18 años que habían tenido intentos suicidas, se reflejó que en muchos de los casos de intento de suicidio tenían detrás una causa de maltrato físico. A su vez, Páramo y Chávez (2007), en su estudio a partir de una muestra de 29 casos de suicidio cuyos sujetos en su mayoría eran menores de edad, se evidenció que la mitad de dichos suicidios tenían relación directa con algún tipo de maltrato (físico, psicológico, sexual o negligencia), destacando en su mayoría el maltrato físico.

Por su parte, Ystgaard, Hesteun, Loeb y Mehlum (2004), hace especial hincapié en que los casos de maltrato físico y sexual están directamente relacionados con los intentos repetidos de suicidio y la automutilación.

4. Discusión

Tras haber llevado a cabo este análisis, se puede decir que los objetivos propuestos en este trabajo, han sido bien argumentados dado que después de haber visto la gran cantidad de consecuencias del maltrato físico, ha quedado evidenciada la peligrosidad de esta práctica. Este análisis ha permitido mostrar la multitud de consecuencias que trae en los niños y niñas este brutal ejercicio.

Entre las principales consecuencias encontradas, puesto que muchos autores en algunos casos repetían el mismo tipo de secuelas en sus estudios, se puede decir que destacan: la

baja autoestima (Gershoff y Grogam, 2016), la agresividad (Landsford, Dodge y Petit, 2002), las fracturas (Junco, 2014), las hemorragias retinarias (Rufo, 2006), el consumo de droga (Álvarez, 2015), la transmisión intergeneracional del maltrato (Gómez y De Paul, 2003), entre otras. Todas y cada una de ellas desencadenan graves consecuencias en los diferentes ámbitos de la vida de los/as menores que han sufrido estas agresiones, estos ámbitos son el físico, el psicológico y el social. En muchas ocasiones, los tipos de consecuencias están entrelazadas, por ejemplo: la obesidad, ya que es claramente una consecuencia física, pero tiene gran componente psicológico.

En lo referido a los estudios analizados en esta revisión bibliográfica, es importante destacar que los resultados de consecuencias físicas, psicológicas y sociales del maltrato físico infantil han sido bastante amplios. Sin embargo, el número de consecuencias encontradas es mayor en consecuencias físicas y psicológicas las cuales están muy igualadas en cuanto a la cantidad, quedándose en tercer puesto las consecuencias sociales. No obstante, es curioso que se hayan encontrado muchos más resultados sobre consecuencias físicas y psicológicas que sobre consecuencias sociales, con lo cual, esto propone una oportunidad para indagar y aportar información sobre este tipo de secuelas a través de investigaciones e intervenciones como profesionales del Trabajo Social, ya que es sobre todo con este tipo de consecuencias con las que tratamos en nuestro ejercicio profesional día a día (adicciones, problemáticas familiares, violencia...).

También comentar, que tras este análisis se han observado que algunas consecuencias de tipo físico, psicológico y social eran más apoyadas que otras, ya que en algunos casos, multitud de autores hacían referencia al mismo tipo de secuela. Por ejemplo, unas de las consecuencias más repetidas fueron: las hemorragias retinarias como consecuencia física del "Síndrome del/la Niño/a Sacudido/a" (Molina y Umaña,

2015), baja autoestima y agresividad como consecuencia psicológica (Gómez, 2012) y consumo de alcohol y conductas delictivas como consecuencia social (Álvarez, 2015).

Es importante añadir que no se han encontrado grandes discrepancias entre los/as autores/as, ya que en su totalidad se centraban en visualizar a partir de evidencias la multitud de consecuencias que trae consigo el ejercicio del maltrato físico infantil a partir de sus aportaciones e investigaciones.

Además, todos los estudios revisados mostraban que el ejercicio del maltrato físico ocasionada claras consecuencias en el objeto de estudio (autoestima, agresividad, depresión, conducta delictiva, conducta antisocial...). Lo que quiere decir que todos los autores estaban de acuerdo con que el maltrato físico infantil causa gran impacto en la vida de los/as infantes, tanto a corto como a largo plazo.

También cabe nombrar, que aunque algunos rangos de edad de los estudios hayan sido diferentes a otros, todos y cada uno de ellos reflejaban en mayor o menor grado que efectivamente el maltrato físico conlleva secuelas en los/las menores.

Por otro lado, un dato curioso que se ha observado después de la recolección de todos los documentos pertinentes, es que los autores no hacen especial alusión ni profundizan sobre la normalización del maltrato físico infantil en nuestra sociedad, ya que se han encontrado muy pocos artículos que hagan especial alusión a los maltratos físicos más ordinarios. La repercusión que trae este hecho es que no exista el apoyo suficiente para desbancar la normalización de los malos tratos físicos más ordinarios, lo que ocasiona desinformación a cerca de la frecuencia de estos actos hacia los/as menores y por ende, una mayor dificultad para fomentar la sensibilización y el cambio social a cerca de dicha problemática.

Además, cabe destacar que una consecuencia social que se esperaba encontrar mientras se realizaba la búsqueda de los documentos bibliográficos es el absentismo escolar, ya que era concebida como una posible consecuencia social pero a la hora de la búsqueda bibliográfica con las palabras clave no se ha encontrado ningún archivo que tratase sobre esta secuela social. Así como tampoco se han localizado referencias que profundizaran en el fracaso escolar de las personas físicamente maltratadas en su niñez, hecho que ha resultado extraño dada la concepción personal previa a la realización de esta revisión. No obstante, dado el desconocimiento sobre si este tipo de consecuencias pueden darse a partir del sufrimiento del maltrato físico en la niñez, no es posible confirmar si realmente no se han hallado estos resultados porque no existen o porque este tipo de consecuencia no se da en esta problemática.

Otro dato que ha sido bastante sorprendente en cuanto a la mayoría de investigaciones analizadas es que los cuidadores de los menores (padres, madres y otros familiares directos) eran los que asumían el papel de agresores, es decir los/as niños y niñas eran agredidos por los cuidadores con los que convivían. Esto ocasiona un gran impacto para los/as menores puesto que la familia configura un agente de socialización primario y su función debe ser proporcionar educación, cariño, respeto y otros muchos valores que conforman la integridad y personalidad del/la menor, es por ello que cuando un niño/a es maltratado por sus cuidadores, todo ese sistema de valores e integridad se resquebraja ocasionando multitud de consecuencias psicológicas y sociales (baja autoestima, alcoholismo precoz, transmisión intergeneracional del maltrato, conducta delictiva, trastornos psiquiátricos...).

Las principales limitaciones que se han encontrado en el desarrollo de este trabajo de fin de grado, es la dificultad de elegir artículos que trataran sobre maltrato físico y a su vez nombraran algún tipo de consecuencia que desencadenara ese tipo específico de

maltrato. Además, otra de las dificultades encontradas fue agrupar esas consecuencias en físicas, psicológicas y sociales, puesto que en algunos casos era complicado elegir en qué tipo de secuelas agruparlo ya que por ejemplo, en el caso de la obesidad, se trataba de una consecuencia meramente física pero con un gran componente psicológico, así como el suicidio, cuya agrupación era bastante difícil dada su complejidad.

También, ha sido un tanto complejo localizar en las distintas investigaciones las edades en las que se había sufrido el maltrato, ya que en su gran mayoría no se especificaba.

No obstante, a pesar de las adversidades este estudio ha servido para tomar conciencia aún más de la problemática abordada y conocer muchas consecuencias del maltrato que no conocíamos, tales como los problemas cardíacos (Fuller et al., 2010), el ejercicio del bullying (Benítez y Justicia, 2006) o la revictimización de la violencia (Fiorillo et al., 2013). Así como para conocer en profundidad esta cruel práctica, lo que ha aportado una mayor conciencia a cerca de la importancia de la protección infantil y nuestro papel como trabajadores/as sociales en la intervención de estos casos, poniendo siempre el acento en los derechos del menor y su protección (Convención sobre los Derechos del Niño, 2006).

Tras la realización de esta revisión y una vez ampliada la perspectiva de mira, se puede expresar que la problemática del maltrato físico infantil es mucho más seria de lo que se concebía, ya que sus consecuencias a corto y largo plazo son numerosas y afectan seriamente en todas y cada una de las facetas del desarrollo de los niños y niñas que lo sufren, es por eso que desde el punto de vista del Trabajo Social, debemos tomar conciencia de este problema social y formarnos eficientemente con el fin de estar profesionalmente cualificados en la detección temprana de estos casos, así como preparados para intervenir con las víctimas minimizando en la medida de lo posible todas esas secuelas y daños para el/la menor, siempre teniendo en cuenta la importancia

de garantizar su protección y sus derechos, con el acompañamiento de una mayor implicación por parte del Trabajo Social.

Además, desde el punto de vista de nuestra profesión y como sociedad, debemos desempeñar una tarea muy importante y es luchar por la no normalización de esta práctica, ya que como se ha podido ver, las consecuencias en los menores que han sufrido maltrato son brutales y por desgracia, es un ejercicio bastante extendido en los hogares a nivel mundial ya que los azotes muchas veces son asumidas equivocadamente como formas educativas.

No obstante, nuestra tarea no solo termina aquí, ya que para prevenir y evitar este problema debemos empezar desde nuestra educación y socialización como humanidad, partiendo de buenos tratos y modelos de apego efectivos, de esa manera eludiremos la violencia, la agresividad, el maltrato y los abusos, creando así una sociedad con menos problemáticas sociales y socialmente más integra.

5. Conclusión

En conclusión, este Trabajo de Fin de Grado ha servido para visualizar y exponer la multitud de consecuencias tanto físicas, como psicológicas y sociales que trae consigo el maltrato físico infantil con el fin de crear una mayor conciencia social sobre esta práctica e intentar desmontar la normalización social de la misma.

Como se ha podido evidenciar a lo largo del desarrollo de este análisis, el maltrato físico a los/las menores esta a la orden del día, siendo uno de los tipos de maltrato más comunes en nuestra sociedad. Sin embargo, gracias a Ballona et al. (2003), se ha podido observar un dato concluyente al respecto, puesto que su estudio refleja que el maltrato

físico está más presente en los/as niños/as más pequeños/as y el maltrato psicológico en menores de más de edad.

Además, se ha visto como los azotes o nalgadas son las prácticas más corrientes que desempeñan los agresores (Gershoff & Grogan, 2016), pero no por esa razón este acto es el que menos consecuencias tiene en los/as menores, ya que como se ha contrastado a lo largo de la revisión, este ejercicio ordinario trae grandes secuelas psicológicas en los/as niños/as.

También, otra conclusión a la que se ha llegado tras la revisión de las investigaciones, es que el principal papel de agresor es desempeñado por los cuidadores de las víctimas (habitualmente los progenitores). Este dato es realmente alarmante, ya que el papel de la familia en nuestra sociedad siempre ha sido el de responsable de la socialización y educación de esos niños y niñas, así como el de principal pilar de estabilidad, apoyo y apego, con lo cual, el hecho de que un padre, madre o cuidador en general maltrate de una u otra manera a un/a menor resulta psicológicamente devastador para el/la infante.

Una vez repasadas a lo largo de este trabajo las graves consecuencias de los malos tratos físicos hacia los/as infantes, así como la frecuencia y reiteración de esta práctica, podemos expresar la gran normalización que existe en nuestra sociedad en cuanto a este ejercicio, así como la urgencia de paliarlo dadas sus devastadoras secuelas cuya acción condiciona el desarrollo y la vida de los niños y niñas que las sufren.

Para darse cuenta de la brutalidad de esta práctica desde el punto de vista de las víctimas, tan solo basta tener en cuenta una de las consecuencias expresadas en los resultados de este estudio: el suicidio (Páramo y Chávez, 2007), ya que tomar la decisión de quitarse la vida refleja la gran tortura psicológica a la que están sometidos los menores que experimentan maltrato.

6. Referencias Bibliográficas

- Afifi, T., Macmillan, H., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., y Jitender, S. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Cmaj*, 10.1503, pp. 1-9.
- Alarcón, L., Araújo, A., Godoy, A., y Vera, M. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *Med Unab*, 13(2), pp. 103-115.
- Álvarez, M. (2015). *Propuesta de un modelo predictivo del consumo temprano de alcohol en adolescentes*. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Amores, A., y Mateos, R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa*, 23, pp 81-88.
- Ballona, R., Chacón, O., Zaldivar., y Kikushima, I. (2003). Manifestaciones Cutáneas del Maltrato Infantil, *Revista Dermatológica Pediátrica*, 1(1), pp. 24-29.
- Benavides, M., y León, J. (2013). Una mirada a la violencia física contra los niños y niñas en los hogares peruanos: magnitudes, factores asociados y transmisión de la violencia de madres a hijos e hijas. *Grade Group for the Analysis of Development*.
- Benítez, J., y Justicia, F. (2006). El maltrato entre iguales: descripción y análisis del fenómeno. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 4(2), pp. 151-170.
- Carrasco, M., Rodríguez, J., y Mass, B. (2001). Problemas de conducta de una muestra de menores institucionalizados con antecedentes de maltrato. *Child Abuse & Neglect*, 25(6), pp. 819-838.
- Cerezo, M., y Vera, P. (2004). Antecedentes de maltrato infantil en la conducta antisocial y delictiva autoinformada. Un estudio con menores infractores. *Bienestar y Protección Infantil*, 3(2), pp. 41-59.
- Chu, J., y Dill, D. (1990). Dissociative Symptoms in Relation to Childhood Physical and Sexual Abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 147(7), pp.887-892.

- Cornellà, J., y Juárez, J. (2014). Sintomatología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y su relación con el maltrato infantil: predictor y consecuencia. *Anales de Pediatría*, 81(6), pp. 398.
- Curcoy, A. (2009). Prevalencia de hemorragias retinianas en convulsiones, episodios aparentemente letales y tos pertusoides. Su importancia en el diagnóstico diferencial del maltrato infantil. abril 25, 2018, de *Universitat de Barcelona* Sitio web: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/35812>
- Dodge, K., Pettit, S., y Bates, J. (1997). How the experience of early physical abuse leads children to become chronically aggressive. *Rochester Symposium on Developmental Psychology*, 8, pp.263-288.
- Doria, A., Navarro, M., Garzón, S., Herrera, M., Moreno, G., Furman, E., y Ayala, L. (2016). Apretamiento dental sugestivo de maltrato infantil en niños institucionalizados de 6 a 16 años. *Dossier Odontología Legal y Forense*, 35, pp. 1-10.
- Eberhard, M., Pose, G., Mora, X., y Vergara, M. (2011). Child abuse, traumatic brain injury and image diagnosis. *Revista chilena de pediatría*, 82(3), pp.231-237.
- Elliott, G., Cunningham, S., Colangelo, M., y Gross, M. (2005). Child Physical Abuse and Self-Perceived Social Isolation Among Adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(12), pp. 1663-1684.
- España. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado, 23 de julio de 2015, núm. 175, pp. 61.871-61.889
- Espinosa, Alfredo., Figueiras., Benigno., Mendilahaxón, J., y Espinosa, A. (2000). Síndrome de munchausen: Un reto para el clínico. *Revista Cubana de Medicina*, 39(4), pp. 228-237.
- Fiorillo, D., Papa, A., y Follete, V. (2013). The relationship between child physical abuse and victimization in dating relationships: The role of experiential avoidance. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 5(6), pp. 562-569.
- Foncerrada, M. (1982) El niño víctima de maltrato. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 20, pp.457-469.

- Fresno, A., y Spencer, R. (2011). Efecto del Maltrato Físico en la Calidad de las Representaciones de Apego Infantil en Chile: Resultados Preliminares. *Terapia Psicológica*, 29(2), pp.191-196.
- Fuller, E., Brennenstuhl, S., y Frank, J.(2010). The association between childhood physical abuse and heart disease in adulthood: Findings from a representative community sample. *Child abuse & Neglect*, 34(9), pp.689-698.
- Gamboa, M., y Guerra, M.(2013). Manifestaciones bucales del maltrato físico. Reporte de un caso. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 3(2), pp.101-110.
- Gantiva, C., Bello, J., Vanegas, E., y Sastoque, Y. (2009). Historia de Maltrato Físico en la Infancia y Esquemas Maladaptativos Tempranos en Estudiantes Universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), pp.127-134.
- Gaxiola, J., y Frías, M. (2005). Las consecuencias del maltrato infantil: Un estudio con madres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, p.363.
- Gershoff, E., y Grogan, A. (2016). Spanking and Child Outcomes: Old Controversies and New Meta-Analyses. *Journal of Family Psychology*. pp.1-17.
- Giménez, J., Pérez, E., Dujovny, M., y Díaz, F. (2007). Neurological sequels of child abuse: Literature review. *Neurocirugía*, 18(2), pp. 95-100.
- Gómez, E., y De Paul, J. (2003). La transmisión intergeneracional del maltrato físico infantil. *Psichothema*, 15(3), pp. 452-457.
- Gómez, J. (2012). Influencia del Maltrato Físico y Psicológico en el Desarrollo de la Autoestima en Niños de la Institución Educativa Primaria 40052 Buenos Aires de Cayma- Arequipa- Perú. *Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*, 3, pp.46-57.
- IASS. (2017). *Guía de Atención Municipal para la Protección Infantil*. mayo 27, 2018, de IASS Sitio Web: <https://www.iass.es/guia-de-atencion-municipal-para-la-proteccion-infantil/send/198-guia-de-infancia/3305-guia-de-atencion-municipal-para-la-proteccion-infantil-marco-normativo-y-conceptual>

- Ibarra, M., Ortiz, J., Alvarado, F., Graciano, H., y Jiménez, A. (2010). Correlatos del maltrato físico en la infancia en mujeres adultas con trastorno distímico o depresión mayor. *Salud mental*, 33(4), 317-324.
- Jiménez, L., Donoso, P., y Sánchez, I. (2005). Incidencia del maltrato físico y psicológico infantil en el rendimiento de los/as estudiantes/as. *Universitas, Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, pp. 43-61
- Junco, J. (2014). Análisis Psicosocial del Maltrato Infantil. *Av. Psicol.* 22(2). 179-191.
- Kang, S., Deren, S., y Goldstein, M. (2002). Relationships between childhood abuse and neglect experience and HIV risk behaviors among methadone treatment drops-outs. *Child Abuse & Neglect*, 26(12), pp. 1275-1289.
- Lansford, J., Dodge, K., y Pettit, G. (2002). A 12- Year Prospective Study of the Long- term Effects of Early Child Physical Maltreatment on Psychological, Behavioral, and Academic Problems in Adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156(8), pp. 824-830.
- López, C. (2008). Las Reacciones Postraumáticas en la Infancia y Adolescencia Maltratada: El Trauma Complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), pp. 159-174.
- López, G., Perea, A., y Loredó, A. (2008). Obesidad y maltrato infantil. Un fenómeno bidireccional. *Acta Pediátrica de México*, 29(6), pp. 342-346.
- Loredó, A., Casas, A., Trejo, J., Melquiades, I., y Martín, V. (2015). Síndrome del niño sacudido: cuadro clínico y evolución de 17 casos en el Instituto Nacional de Pediatría. *Acta pediátrica de México*, 36(2), pp.72-80.
- Maddio, S., y Morelato, G. (2009). Autoconcepto y Habilidades Cognitivas de Solución de Problemas Interpersonales en Escolares Argentinos: Estudio Comparativo. *Revista Interamericana de Psicología*, 43(2), pp. 213-221.
- Marty, C., y Carvajal, C. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 43(3), pp.180-187.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2006). *Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos*. mayo 27, 2018, de Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Sitio web:
<http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/HojasDeteccion.pdf>

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., y Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The Prisma Statement. *Research Methods & Reporting*, 2535, pp.1-8.
- Molina, V., y Umaña, B. (2015). Síndrome del niño sacudido. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), pp. 109-113.
- Newell, P. (2008). *Challenging violence against children*. London: Save the Children.
- OMS. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Capítulo 3: Maltrato y descuido en los menores por los padres y otras personas a cargo.
- OMS. (2006). *Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias*. mayo 25, 2018, de OMS Sitio web:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/es/
- OMS. (2016). *Maltrato Infantil*. abril 12, 2018, de OMS Sitio web:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- OMS. (2016). *Maltrato Infantil*. abril 24, 2018, de OMS Sitio web:
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Oral, R., Yagmur, F., Nashelsky, M., Turkmen, M., y Kirby, P. (2008). Fatal Abusive Head Trauma Cases: Consequence of Medical Staff Missing Milder Forms of Physical Abuse. *Pediatric Emergency Care*, 24, pp. 816-821.
- Páramo, D., y Chávez, A. (2007). Maltrato y suicidio infantil en el Estado de Guanajuato. *Salud Mental*, 30 (03), pp. 59-67.
- Pérez, I., Rodríguez, E., Dussán, M., y Ayala, J. (2005). Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil. *Revista de Salud Pública*, 9(2), pp. 230-240.
- Prino, C., y Peyrot, M. (1994). The effect of child physical abuse and neglect on aggressive, withdrawn, and prosocial behavior. *Child Abuse & Neglect*, 18(10), pp. 871-884.
- Read, J., y Arglye, N. (1999). Hallucinations, Delusions, and Thought Disorder Among Adult Psychiatric Patients with a History of Child Abuse. *Psychiatric Services*, 50 (11), pp. 1467-1472.

- Rufo, M. (2006). El síndrome del niño sacudido. *Cuadernos de Medicina Forense*, 43-44, pp. 39-45.
- Saldaña, D., Jiménez, J., y Oliva, A.(2014). Child abuse in Spain: A study of child protection services files. *Infancia y Aprendizaje*, 18:71, pp. 59-68.
- Salzinger, S., Rosario, M., y Feldman, R. (2007). Physical Child Abuse and Adolescent Violent Delinquency: The Mediating and Moderating Roles of Personal Relationships. *Child Maltreatment*, 12(3), pp. 208-219.
- Santana, R., Sánchez, R., y Herrera, E. (1998). El maltrato infantil: Un problema mundial. *Scielo Salud Pública*, 40, pp. 58-55.
- Segura, C., Gil, M., y Sepúlveda, M. (2006). The parental alienation syndrome: a way of mistreatment on children. *Cuadernos de Medicina Forense*, 43-40, pp. 117- 128.
- Sépulveda, A. (2006). La Violencia de Género como causa de maltrato infantil. *Cuadernos de Medicina Forense*, 43-44, pp. 149-164.
- Silva, S., y Oates, R. (1993). Child homicide- the extreme of child abuse. *The Medical Journal of Australia*, 158(5), pp.300-301.
- Starling, S., Heller., y Jenny. (2002). Pelvic fractures in infants as a sign of physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 26, pp. 475-480.
- Sugaya, L., Hasin, D., Olsson, M., Lin, K., Grant, B., y Blanco, C. (2012). Child physical abuse and adult mental health: A national study. *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), pp. 384-392.
- Trickett, P., Noll, J., Reiffman, A., y Putman, F. (2001). Variants of intrafamilial sexual abuse experience: implications for short and long-term development. *Dev Psychopathol*, 13, pp. 1001-1019.
- Unicef. (2006). *Convención sobre los Derechos del Niño*. mayo 27, 2018, de Unicef Sitio Web: <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Ystgaard, M., Hesteun, I., Loeb, M., y Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior?. *Child Abuse & Neglect*, 28(8), pp. 863-875.