

Estrategia educativa para el control y prevención del maltrato infantil dirigida a padres de niños con síndrome de Down

Educational strategy for control and prevention of infantile maltreatment aimed to parents of children presenting with Dow's syndrome

Eloy Pineda Pérez,^I Elsa Gutiérrez Baró,^{II} Ada María Díaz Franco ^{III}

^IMáster en Atención Integral al Niño. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Investigador Agregado. Policlínico Docente «Ana Betancourt». Municipio Playa. La Habana, Cuba.

^{II}Doctora en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Profesora de Mérito. Profesora Titular de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Facultad Docente «Comandante Manuel Fajardo». La Habana, Cuba.

^{III}Máster en Ciencias de la Educación. Licenciada en Educación Especial. Círculo Infantil Especial «Zunzún». Municipio Playa. La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. A pesar de que en Cuba existen políticas de protección al menor, aún persisten conductas de maltrato infantil. Al Círculo Infantil Especial «Zunzún» acuden niños con síndrome de Down y algunos de ellos han sufrido alguna forma de maltrato provocado por un familiar, por lo que se realizó esta investigación para conocer algunas características del medio familiar del niño, información sobre diferentes formas de maltrato que conoce la familia y tratar de eliminarlo después de aplicada la estrategia educativa diseñada.

MÉTODO. Se realizó una intervención educativa con diseño de estudio antes-después aplicada a los 28 padres (24 madres y 4 padres; un progenitor por niño) de los niños con síndrome de Down que asisten a esta institución. Constó de 3 fases y se aplicaron 3 talleres.

RESULTADOS. La mayoría de los padres reconocía haber recibido alguna información sobre el tema. Se detectaron varios factores de riesgo asociados. Antes de los talleres las formas de maltrato que generalmente conocían los padres eran el

abuso físico y sexual; las acciones que les incitaban al maltrato infantil eran el incumplimiento de órdenes y otras relacionadas con la sexualidad. Después de los talleres mejoró significativamente el conocimiento de los padres.

CONCLUSIONES. Los talleres constituyeron una estrategia educativa importante para un mayor conocimiento de padres y madres sobre el maltrato infantil y sus factores de riesgo asociados. Además, mejoró la posibilidad de las familias de controlar y prevenir el maltrato. Estas estrategias pueden utilizarse para la educación armónica de los padres de estos niños y se pueden extender a otras instituciones que atienden a niños con síndrome de Down o, con adaptaciones específicas, a centros que atienden a niños discapacitados.

Palabras clave: Síndrome de Down, maltrato infantil, educación a padres.

ABSTRACT

INTRODUCTION. In spite of the fact that in Cuba there are politics of underage protection, even so there are infantile maltreatment behaviors. In the "Zunzún" nursery school there are children with Dow's syndrome and some of them have suffered some way of maltreatment caused by a family's member, thus, we made present research to know some characteristics of the child family environment, information on different ways of maltreatment known by family and to try to eliminate it after application of the designed educational strategy.

METHOD. An educational intervention with a before-after design applied in 28 parents (24 mothers and 4 fathers; a progenitor by child) of children with Down's syndrome going to this institution. It had three phases and the application of three workshops.

RESULTS. Most of parents recognized to have some information on this subject. Some associated risk factors were detected. Before workshops the maltreatment ways generally know by parents were the physical and sexual maltreatment; the actions inciting to infantile maltreatment included the failure to fulfill orders and other related to sexuality. After workshops the parent's knowledge improved significantly.

CONCLUSIONS. The workshops were a significant educational strategy for a great knowledge of parents on the infantile maltreatment and its associated risk factors. Also, there was improvement in the possibility of families to control and to prevent the maltreatment. These strategies may be used for a harmonic education of parents of these children and they may be spread to other institutions where Down's children are treated or with specific adaptations to centers where handicapped children assist.

Key words: Down's syndrome, infantile maltreatment, education to parents.

INTRODUCCIÓN

La familia es la unidad social primaria más importante; es un lugar de refugio y comprensión pero en ocasiones puede ser espacio de conflictos y trastornos en la relación intrafamiliar. Una manifestación sensible de ello es la violencia, que con

diferentes formas y matices puede afectar a todos los miembros de la familia, en especial a los niños.

Las insatisfacciones de la vida diaria pueden entorpecer la dinámica familiar y, si la familia no está preparada y no conocen o utilizan mecanismos de compensación diversos, pueden ocurrir acciones relacionadas con el maltrato infantil.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) expresó su rechazo a todo tipo de violencia contra la infancia y exhortó a las autoridades gubernamentales y a la sociedad en conjunto a adoptar medidas contra este flagelo, y también al establecimiento de ambientes protectores y saludables que permitan a los niños y niñas vivir sin la amenaza del abuso, fomentando reformas legales que aborden y penalicen todo tipo de violencia contra los niños.¹

El maltrato infantil se encuentra presente en cualquier país del mundo. Un 10 % de los niños de los países ricos sufre algún tipo de maltrato y tan sólo uno de cada diez casos es investigado y probado. Los abusos psicológicos están en torno al 10 % y el abandono, es decir, la falta de cobertura de las necesidades físicas, emocionales, médicas y educacionales de un niño, afecta del 1 % al 15 % de la población infantil. Cada año mueren 155 000 niños menores de 15 años como consecuencia de abusos o negligencia perpetrados por los padres biológicos (cerca del 80 %) o los padrastros (15 %). A excepción de los abusos sexuales, que en la mayoría de los casos son perpetrados por familiares o conocidos, la mayoría de los malos tratos son cometidos por los propios padres.²

Nils Kastberg alertó que cada día en Latinoamérica mueren 220 niños víctimas de violencia doméstica y en América Latina y el Caribe cada año 6 millones de niños, niñas y adolescentes son víctimas de abusos graves.³

La mayor actividad del desarrollo cerebral se registra entre los 3 y 4 años de la vida. El abandono y la falta de estimulación de un medio ambiente deprimido y adverso provocan un déficit de la capacidad intelectual. Los estímulos medioambientales condicionan el desarrollo general del cerebro, orientando la construcción del proceso de interconexión cerebral. Un medio ambiente sensorial caótico (violencia, abusos, inseguridad, abandono, deficiencias nutritivas) deja huellas permanentes que se van a traducir más tarde en manifestaciones patológicas de la salud mental e incluso en conductas agresivas y delictivas.

En 1989, la Organización de Naciones Unidas convocó a la Convención sobre los Derechos del Niño, y el 20 de noviembre de ese año dicha convención entró a formar parte del Derecho Internacional. El 2 de septiembre de 1990 se celebró en Nueva York la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, que llevó el problema de la niñez a una connotación universal y creó un instrumento jurídico que estipula la obligatoriedad de los adultos de proteger al niño.⁴

En Cuba existe una política gubernamental de protección al menor. Se brinda una atención médica integral desde la etapa prenatal, que continúa después del nacimiento y durante toda la vida del individuo, se garantiza la educación y existen leyes y códigos que garantizan el pleno desarrollo biológico, psicológico y social de los niños. A pesar de enfrentar las diferentes formas de maltrato infantil, todavía se observan acciones relacionadas con el maltrato infantil, perpetrado por miembros de la familia fundamentalmente.

Los niños menores de 6 años y con discapacidad física o mental son más vulnerables a sufrir algunas formas de maltrato infantil, que provocan en ellos

trastornos del sueño, dificultades del aprendizaje, de la memoria y la concentración y conductas agresivas.^{5,6}

En el Círculo Infantil Especial «Zunzún», en el municipio Playa (La Habana), se encuentran matriculados 42 niños con discapacidad o retraso mental, 28 de los cuales padecen síndrome de Down. En la práctica diaria se ha detectado que algunos de ellos han sufrido alguna forma de maltrato, por lo que realizamos esta investigación con el objetivo de conocer algunos factores de riesgo o características del medio familiar del niño, la información sobre diferentes formas de maltrato que conoce la familia y tratar de eliminar ese sufrimiento aplicado a los infantes después de empleada la estrategia educativa diseñada.

MÉTODOS

Se elaboró y aplicó una intervención educativa con diseño «estudio antes-después» sobre el conocimiento de algunos aspectos relacionados con el maltrato infantil que tienen los padres o madres de los niños con síndrome de Down que se encuentran matriculados en el Círculo Infantil Especial «Zunzún», en el municipio Playa (La Habana), y conocer además algunas características de las familias de estos niños.

Esta investigación se realizó entre octubre y diciembre del 2009. El universo lo constituyeron todas las madres y padres de los niños con síndrome de Down que asistían a la institución (28 niños). Se utilizó una muestra de conveniencia como criterio de inclusión porque se incluyó a los 28 padres (24 madres y 4 padres; un progenitor por niño) de los niños con síndrome de Down que asisten al círculo y que se encuentran matriculados en el curso 2009-2010, a los cuales se les realizaron encuestas durante el mes de octubre del año 2009.

Fases de la investigación

1. Fase inicial: Se realizó la prueba de entrada, compuesta por una encuesta con diferentes ítems para conocer algunas características del medio familiar de cada niño y constatar el conocimiento sobre el maltrato infantil que poseían los padres o madres de los niños. Además se realizó una entrevista cuando existían datos que era necesario verificar o que los padres no señalaron en la encuesta.

2. Fase experimental: Se realizaron 3 talleres:

a) Características psicológicas del niño con síndrome de Down. Aspectos generales del proceso de aprendizaje en el niño sano y el discapacitado Aspectos generales del maltrato infantil: definiciones. Breve recuento histórico.

b) Clasificación del síndrome de maltrato infantil. Formas generales y particulares de expresión. Diferentes formas de maltrato infantil y su repercusión en el desarrollo físico y psicológico del niño.

c) Desarrollo armónico del niño con síndrome de Down en el seno familiar y social sin maltrato infantil. Dinámica familiar para la prevención del maltrato infantil.

3. Fase final: Se aplicó la prueba de salida para conocer el nivel de preparación que adquirió el padre o la madre y constatar la efectividad de los talleres impartidos.

Los talleres se realizaron con una frecuencia semanal, duración de 2 h, en la sesión de la tarde, en el mes de noviembre del 2009. Al terminar de impartir estos talleres

se volvió a encuestar a todos los padres y madres como inicialmente se realizó. Esta prueba de salida se realizó en diciembre de 2009 para constatar el impacto de los talleres en el conocimiento de los padres.

Principios éticos

Este estudio se realizó teniendo en cuenta los principios éticos de respeto a la autodeterminación, y con el consentimiento informado de los padres o madres de los pacientes. Además, la dirección de la institución a la que pertenecen los niños autorizó a realizar esta investigación. Siempre se pensó aumentar los beneficios y minimizar los daños, y se trató a todas las personas por igual, independientemente de su condición física y nivel cultural.

RESULTADOS

A todos los talleres asistieron 22 padres (78,6 %), 4 padres a solo 2 talleres (14,3 %) y solo 2 madres asistieron a un solo taller (7,1 %). El nivel educacional de los padres se documentó como sigue: universitario (8 padres; 28,6 %); preuniversitario (13 padres; 46,4 %), secundario (6 padres; 21,4 %) y solo una madre no había terminado la secundaria básica. Este dato se obtuvo en el interrogatorio realizado a todos los padres encuestados antes de realizar los talleres.

La mayoría de los padres reconocían haber recibido alguna información sobre el maltrato infantil; solo 4 padres (12,3 %) desconocían sobre el tema y un padre no precisó una respuesta determinativa ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Información sobre el maltrato infantil referida por los padres

Información recibida	n	%
Sí	23	82,1
No	4	12,3
No sé	1	3,6
Total	28	100,0

En las familias de los niños con síndrome de Down se detectaron varios factores de riesgo; los más frecuentes fueron el hábito de fumar, padres, madres u otro familiar conviviente con el niño que presentaban enfermedades crónicas, padres o madres con antecedentes de ser víctimas de alguna forma de maltrato y pérdida del vínculo laboral. Se detectó la presencia en menor proporción de otros factores de riesgo como el alcoholismo, el embarazo no deseado y la familia monoparental (5 madres que se mantenían solas, sin pareja, al cuidado del niño con síndrome de Down, otros niños, familiares ancianos y enfermos, y el padre no se ocupaba adecuadamente del niño y mantenía a otra familia) ([tabla 2](#)).

Tabla 2. Factores de riesgo

Factores de riesgo	n	%
Hacinamiento	8	28,6
Alcoholismo	6	21,5
Hábito de fumar	19	67,9
Familia monoparental	5	17,9
Ingreso económico bajo	10	35,7
Embarazo no deseado	5	17,9
Pérdida del vínculo laboral	12	42,9
Insatisfacción profesional	4	14,3
Antecedentes de maltrato en los padres	12	42,9
Convivencia con otros miembros de la familia con enfermedades crónicas	9	32,1
Trastornos mentales o afectivos en los padres	11	39,3
Otros	7	25,0

Antes de los talleres las formas de maltrato más frecuentes que conocían los padres eran abuso físico (75,0 %), maltrato sexual (71,4 %), maltrato emocional (25 %) y negligencia en los cuidados (21,4 %). Después de los talleres mejoró significativamente el conocimiento de las diferentes formas de maltrato ([tabla 3](#)).

Tabla 3. Formas de maltrato infantil más frecuente que conocían los padres

Forma de maltrato	Antes de los talleres		Después de los talleres	
	n	%	n	%
Abuso físico	21	75,0	28	100,0
Síndrome de abuso sexual	20	71,4	27	96,3
Maltrato emocional	7	25	24	85,7
Negligencia en los cuidados	5	17,9	24	85,7
Síndrome de intoxicación accidental	4	14,3	22	78,6

Antes de los talleres las acciones realizadas por los niños que incitan en los adultos a cometer maltrato infantil fueron el incumplimiento de órdenes (64,3 %) y acciones relativas a la manifestación de su sexualidad (28,6 %). Después de los talleres mejoró la comprensión de los padres y disminuyeron las acciones ([tabla 4](#)).

Tabla 4. Acciones realizadas por los niños que inducen a los padres a cometer maltrato infantil

Acciones realizadas	Antes de los talleres		Después de los talleres	
	n	%	n	%
Incumplimiento de órdenes	18	64,3	6	21,4
Referentes a la manifestación de su sexualidad	8	28,6	3	10,7
Dificultades en la socialización	2	7,1	--	--
Trastornos del área afectiva	4	14,3	2	7,1

Antes de los talleres el 64,3 % de los padres se consideraban capaces de prevenir el maltrato infantil; después de los talleres la cantidad aumentó al 92,9 % ([tabla 5](#)).

Tabla 5. Consideración sobre la capacidad de los padres para prevenir el maltrato infantil

Consideración	Antes de los talleres		Después de los talleres	
	n	%	n	%
Sí	18	64,3	26	92,9
No	4	14,3	---	---
No sé	6	21,4	2	7,1
Total	28	100,0	28	100,0

DISCUSIÓN

A pesar del conocimiento que puedan tener los padres sobre el maltrato infantil siempre es importante en todas las consultas médicas advertirles sobre este tema tan importante en el desarrollo de sus hijos.

Consideramos que en la atención primaria de salud el rol del equipo médico es valioso para la prevención y erradicación de este flagelo, por el contacto más directo con la familia en las consultas y en las visitas al hogar y la posibilidad de detectar las diferentes formas de maltrato y los potenciales factores de riesgo asociados. En las consultas de puericultura este debe ser un tema prioritario, para que los padres desde el nacimiento del niño puedan suprimir conductas negativas en el manejo de su hijo. El pediatra es un elemento importante en la información al respecto, por el rol que cumple en los controles durante los primeros años de la vida y puede ayudar al médico de familia en la detección de actos de violencia. También otros especialistas médicos pueden constituir un elemento importante en la detección y prevención del maltrato infantil.

Los medios masivos de comunicación constituyen un soporte esencial para toda estrategia educativa preventiva. Por eso los padres manifestaron conocer del tema

por medio de anuncios, radio y telenovelas y programas informativos. El conocimiento de la familia es importante porque conductas que se transmiten durante generaciones repercuten negativamente en la crianza de los niños,⁷ y es la labor del equipo médico detectar y eliminar estos riesgos.

Los factores de riesgo asociados al maltrato infantil citados por los padres fueron diversos. El hábito de fumar lo asociaron por la carencia del cigarrillo y en los procesos de deshabitación algunos padres se mostraron irritados y les molestaban las acciones de los niños. Los antecedentes de haber sido maltratado en la infancia y la adolescencia son frecuentes en las conductas de padres maltratadores.⁷ Las conductas referentes al maltrato se heredan de padres a hijos, aun cuando existe un alto nivel educacional en la población, y los padres pueden provocar en sus hijos comportamientos agresivos. En un estudio realizado por UNICEF se halló que el uso frecuente de medidas disciplinarias físicas, como pegar, aumentaban el riesgo infantil de agresividad o la potenciaban si el niño era inicialmente agresivo.⁸

La pérdida del vínculo laboral es frecuente en las madres de estos niños, dada por las enfermedades asociadas que presentan, principalmente cardiopatías congénitas e inmunodeficiencias con repetidas infecciones agudas que pueden provocar largas hospitalizaciones. Si bien en Cuba existe una política que ampara a estas madres, que se ha aplicado en los últimos años, antes no ocurría así y estas madres tenían que acogerse a la ayuda de la familia y depender económicamente del cónyuge u otro familiar. Esta situación les provocaba sentimientos de sumisión, frustración y en ocasiones trastornos mentales o afectivos, sobre todo en las mujeres, por su papel en la crianza y custodia de los niños.

El cuidado de estos niños conlleva un aumento de las necesidades económicas en comparación con otros niños normales, y junto a la pérdida del vínculo laboral, los bajos ingresos pueden generar conflictos en la familia y repercutir en la satisfacción plena de sus necesidades. Si además de criar a estos niños, la madre atiende a otros miembros de la familia, por ejemplo a ancianos con enfermedades demenciales o invalidantes desde el punto de vista físico, existe una carga sobreañadida al tener que realizar los quehaceres en el hogar.^{9,10} El hacinamiento disminuye la privacidad de los miembros de la familia, reduce el espacio individual y provoca en las familias numerosas disputas y altercados por tener que aceptar actitudes y acciones de otros miembros que no son del agrado y molestan la convivencia normal. Esta situación puede agravarse cuando existen otros factores de riesgo, y en ocasiones no se mantiene un diálogo franco y respetuoso entre todos los miembros de la familia, incluyendo a estos niños discapacitados que son los más vulnerables.

El alcoholismo repercute de forma muy negativa en el funcionamiento familiar. Al ingerir bebidas en exceso, el progenitor alcohólico grita, ofende de palabra y físicamente, arremete contra los miembros más débiles de la familia, sobre todo contra las mujeres y los niños, y este hecho repercute en el desarrollo armónico de la personalidad. Algunos autores demostraron de manera significativa la presencia de maltrato infantil en estudios realizados a familias alcohólicas.¹¹

En el presente estudio la conducta más frecuente fue el rechazo encubierto, porque se ignoraba al niño, sin importar sus logros y emociones. Las madres asumían los cuidados del niño, a pesar de que algunas de ellas eran víctimas de maltrato por el cónyuge.

Entre las formas de maltrato infantil el abuso físico es la que más conocen los padres, por ser la forma más evidente, se conoce en la población en general desde tiempos antiguos y se practica como un método de educación para el mejoramiento

del aprendizaje y la corrección de la conducta de los niños. Siempre es recomendable conocer e informar a los padres y al resto de la familia sobre alternativas a la violencia y recordar con el golpe se logra la conducta pero no la interiorización de la acción. En los niños con síndrome de Down es característico el retraso mental y las dificultades en el aprendizaje, por lo que consideramos importante insistir a los padres en ser pacientes, cariñosos y estimular en cada oportunidad al niño, para lograr el desarrollo de todas sus potencialidades, mejorando la dinámica familiar, sin llegar a la intimidación y la agresión física.

El abuso físico es la forma de maltrato más frecuente aplicado a los niños, en ocasiones recomendado por otros miembros de la familia para el mejoramiento de la conducta. Ante cualquier lesión traumática se debe realizar el diagnóstico diferencial con el maltrato infantil. La violencia sexual es conocida por los padres de estos niños en algunas de sus variantes; es la que provoca más sentimientos de rechazo y traumas psicológicos cuando se realiza por familiares cercanos o personas afines al medio familiar. Los padres reconocieron que mediante los talleres pudieron aprender algunas formas solapadas de este tipo de maltrato que pueden sufrir sus hijos, para estar alertas porque casi siempre está oculto. Además, como estos niños presentan trastornos del lenguaje o dificultades en la comunicación, la violencia sexual se detecta tardíamente, por lo que siempre recomendamos la vigilancia y protección de los menores. Algunos autores señalan este tipo de abuso en grupos de mayores ingresos económicos.¹²

El maltrato emocional o psicológico tiene diferentes manifestaciones, en ocasiones sutiles y de difícil detección, que fueron conociendo los padres durante los talleres. El desprecio y el aislamiento provocan mucho daño en la integración social y familiar de estos niños. Algunos de los padres encuestados tienen un nivel cultural e ingresos monetarios altos y procuran la satisfacción de las necesidades económicas de sus hijos, pero no aceptan plenamente al niño ni son cariñosos con ellos. El afecto es muy importante para todo niño desde su nacimiento y los niños con síndrome de Down manifiestan una capacidad especial para detectar el amor cuando se les brinda y pueden amar plenamente cuando se sienten amados.

La negligencia en los cuidados puede presentarse en familias numerosas, con varios niños pequeños en las que se prioriza la atención a los niños normales y no se cuida adecuadamente al niño con síndrome de Down. Ello ha provocado traumatismos como caídas, quemaduras o el desarrollo de enfermedades respiratorias, diarreicas o dermatológicas que pueden prevenirse, y también la inasistencia a consultas médicas o a remisiones indicadas por el personal médico de la institución ante situaciones que pueden hacer peligrar la salud. También es frecuente en las familias con personas ancianas o con enfermedades crónicas que requieren una atención permanente. Esta forma de maltrato se relaciona con la intoxicación accidental porque al no cuidar correctamente al niño, este puede ingerir sustancias químicas o de otra naturaleza de forma espontánea o las administra el familiar al no observar las normas correspondientes.

Los niños con síndrome de Down presentan un retraso mental que puede variar de ligero a grave que dificulta la comprensión de órdenes, por lo que pueden aparecer sentimientos de cólera y manifestaciones de maltrato en algún miembro de la familia. Los padres, si no poseen los conocimientos necesarios sobre la capacidad real de comprensión de sus hijos, pueden ser maltratadores inconscientes.

Estos niños pueden manifestar su sexualidad de diferentes formas, y la más frecuente es la manipulación de sus genitales pues sienten placer como los niños normales. La reacción de los padres u otros familiares fue impedir esta acción con regaño o golpes físicos, sin conocer que el niño con síndrome de Down puede

expresar y vivir su sexualidad como otro niño cualquiera y debe ser apoyado por la familia. En un estudio anterior de este autor se expresa esta preocupación en los padres en relación con la sexualidad de sus hijos.¹³

Las dificultades de la socialización se manifestaron por el mal comportamiento en eventos sociales; los padres se molestaban y no dejaban a los niños participar de forma activa en las actividades. En ocasiones, los padres no salían con sus hijos a las diferentes áreas de recreación, por lo que insistimos en la importancia de la socialización de sus hijos y la interrelación con otros niños.

Si antes de los talleres muchos padres reconocían que podían controlar el maltrato infantil, después de los talleres mejoró considerablemente esta posibilidad a pesar de las influencias culturales e idiosincrasia de la familia cubana, donde persisten la aceptación de conductas en la familia y el desconocimiento de aspectos esenciales en la prevención y control del abuso infantil. Al comprender mejor el comportamiento de los niños resultante del retraso mental, las dificultades para cumplir órdenes y la manifestación de la sexualidad, los padres se acercaron física y emocionalmente más a sus hijos. Cuando ocurrieron acciones de este tipo algunos padres o madres no maltrataron más a sus hijos, o sea después de los talleres cometieron menos maltrato antes estas acciones. Además el conocimiento mejoró también al saber más sobre las diferentes formas de maltrato, sobre todo la forma emocional y la negligencia en los cuidados, porque se corrigieron aspectos negativos en la conducta afectiva de los progenitores y se cuidó más la higiene personal y vestuario de los niños, entre otros aspectos de la vida diaria. Por lo anterior la gran mayoría de los padres y madres se consideraron, después de los talleres, capaces de prevenir el maltrato infantil, que en realidad fue el objetivo principal de nuestro trabajo.

Un niño que se desarrolle en un ambiente conflictivo y poco armonioso, en el seno de una familia sobria en diálogos interfamiliares, en la que los padres tienen escasa capacidad para la comunicación de los problemas, las necesidades y los sentimientos, ha de ser en el futuro una persona infeliz.^{14,15}

Los niños con síndrome de Down llaman la atención por sus características fenotípicas; en ocasiones son objeto de burlas, miradas de desprecio y agresiones de palabra, y los padres tienen que tenerlo en cuenta para evitar actitudes de sobreprotección que impidan desplegar las habilidades y capacidades que pueden desarrollar. Es muy importante que no tengan actitudes de discriminación en relación con otros hermanos o primos, para lo que los padres deben ser siempre afectivos y atender todas sus necesidades de alimentación, vestuario y recreación.

La interrelación de los profesores y el equipo de salud con la familia puede ser importante para conocer los diferentes aspectos relacionados con el maltrato y realizar un verdadero trabajo preventivo y correctivo de las actitudes asociadas a esta problemática. La prevención del maltrato incluye una visión integral de cada familia, el conocimiento de los factores de riesgo asociados y las posibilidades de establecer estrategias educativas con las familias de los grupos más vulnerables.

Podemos concluir que los talleres constituyeron una estrategia educativa importante para el aumento del conocimiento sobre maltrato infantil por parte de los padres y madres, y que se logró un impacto positivo en la comprensión de aspectos significativos al maltrato y el cuidado de los niños. Además, mejoró la posibilidad de la familia de controlar el maltrato infantil. Estas estrategias pueden utilizarse para la educación armónica de los padres de estos niños y se pueden extender a otras instituciones que atienden a niños con síndrome de Down o, con adaptaciones específicas, a centros que atienden a niños discapacitados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF. Expresa Unicef su rechazo a todo tipo de violencia contra la infancia. 2009. [en línea] Disponible en: http://portalinfomed.sld.cu/socbio/printpdf/infonews_render_full/27407 Consultada el 6 de febrero de 2010.
2. Musalem R. Desarrollo de personalidad en los niños y adolescentes víctimas de maltrato infantil. [en línea] Disponible en: <http://www.sochipe.cl/aporta.php/presentaciones/2005/Ricardo%20Musalem/desarrollo-de-personalidad-en-los-ninos-y-adolescentes-victimas-de-maltrato-y-abuso./desarrollo,-infancia,-adolescencia,-abuso-sexual,-maltrato-infantil> Consultada el 6 de febrero de 2010.
3. Kastberg N. Seis millones de niños sufren abusos severos en Latinoamérica. Aniversario 20 de la Convención de los Derechos Humanos de los Menores; UNICEF. San José, Costa Rica; 2009. Disponible en: <http://www.unicef.org> Consultada el 9 de noviembre 2009.
4. Declaración Mundial sobre los Derechos del Niño. Convención Mundial sobre los Derechos del Niño. Washington DC: ONU, 1989.
5. Calzada Reyes A. Algunos aspectos de interés sobre la violencia y el maltrato infantil. Rev Cubana Med Gen Integr. [seriada en Internet] 2004;20(5-6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500011&lng=es Consultada el 9 de noviembre 2009.
6. Alfonso Delis O, Fernández Couse G, Perea Corral J, García García FE. Algunas características del maltrato físico al niño en nuestro medio. [en línea] Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo_rev9/mfis.htm Consultada el 9 de noviembre 2009.
7. CEPAL y UNICEF. Protección infantil contra el abuso y la violencia. [en línea] 8 de marzo de 2011. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/estado_mundial_infancia_2011.pdf Consultada el 9 de noviembre 2009.
8. Meck R. Malos tratos infantiles. En: Manual Merck. Sección 19, Cap. 301. 11ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2007. Pp. 2767-73.
9. Llibre Guerra JC, Guerra Hernández MA, Perera Miniet E. Impacto psicosocial del síndrome demencial en cuidadores cruciales. Rev Cubana Med Gen Integr. [seriada en línea] 2008;24(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100005&lng=es&nrm=iso&tling=es Consultada el 9 de noviembre 2009.
10. Pérez Martínez VT, de la Vega Pazitkova T. Repercusión de la demencia en los cuidadores primordiales del policlínico "Ana Betancourt". Rev Cubana Med Gen Integr [seriada en Internet]. 2010;26(2) Consultado el 31 de marzo de 2011. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200003&lng=es&nrm=iso

11. Wikipedia. Violencia. [enciclopedia en línea] Junio de 2008. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Violencia> Consultado 2 de octubre de 2009.
12. Fernández Couse G, Perea Corral J. Síndrome del maltrato infantil. Rev Cubana Pediatr. [seriada en línea] 2004;76(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312004000300009&lng=es Consultada el 9 de noviembre 2009.
13. Pineda Pérez EJ, Gutiérrez Baró E. Estrategia de intervención educativa sobre la sexualidad en niños con el síndrome de Down. Rev Cubana Med Gen Int. [seriada en línea] 2009;25(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es Consultada el 9 de noviembre 2009.
14. Jiménez Macías I, de la Paz Carmona A, Portell Gutiérrez Y, Canino Méndez N. Morbilidad y maltrato infantil en niños entre 7-14 años en consulta de Psicología. Rev Hum Med. [seriada en línea]. 2006;6(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202006000100003&lng=es Consultada el 9 de noviembre 2009.
15. Duany Navarro A., Ravelo Pérez V. Violencia intrafamiliar en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;21(1-2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100004&lng=es Consultada el 9 de noviembre 2009.

Recibido: 1 de abril de 2010.

Aprobado: 26 de julio de 2010.

Eloy Pineda Pérez. Policlínico Docente «Ana Betancourt». Municipio Playa. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: eloypineda@infomed.sld.cu