



RETRASO MENTAL Y MALTRATO

Hace ahora 25 años, KEMPE advirtió a todos, y en primer lugar a los que cuidamos niños, que había casos en los que éstos eran golpeados, apaleados y objeto de malos tratos. Lo nuevo no era el fenómeno, sino el hecho de que se denunciara y se pidiera una colaboración activa para combatirlo. El aviso causó impacto y trascendió.

Pronto se llegó a una ampliación del concepto, de tal forma que hoy día, bajo "maltrato" o "maltrato y abandono" se comprende:

—El maltrato físico: "lesión física inflingida al niño de forma no accidental".

—El abandono: "situación en la que el responsable del cuidado de un niño bien deliberadamente, o bien por una negligencia fuera de lo común, permite que el niño experimente sufrimientos evitables, no le proporcione uno o varios elementos que se aceptan generalmente como esenciales para desarrollar adecuadamente las capacidades físicas, intelectuales o emocionales, o ambas cosas a la vez".

Como forma de maltrato con personalidad propia, se distingue el abuso sexual. Y como forma especial de abandono "la falta de desarrollo", debida a una combinación de privación afectiva y nutricional.

Relaciones entre retraso mental y maltrato

Tanto a nivel de publicaciones científicas, como a nivel de diarios y revistas, se ve que existe la opinión de que hay una relación, algo más que ocasional entre ambas situaciones. Por esta razón, y a través de la F.E.A.P.S. (*), me dirigí a las diferentes asociaciones protectoras españolas para hacerme una idea, no tanto de la magnitud del problema, puesto que para ello la fuente no parecía la más adecuada, sino para saber qué importancia se le daba.

El resultado no fue valorable debido, entre otras cosas, al escaso número de respuestas. Solamente nueve de un total de 160 asociaciones. En siete de ellas ni el maltrato de retrasados mentales (R.M.) se sentía como una inquietud destacable, ni se conocían casos de deficientes en esas situaciones. En las dos restantes la cosa fue diferente:

—La Asociación Guipuzcoana tenía en sus ficheros 14 casos procedentes de 10 familias.

—La Asociación Vizcaína conocía 26 casos pertenecientes a 15 familias.

De todo esto, lo único que saqué en limpio fue que el maltrato no ocupa uno de los primeros lugares en la lista de preocupaciones que tienen las asociaciones protectoras.

El maltrato como causa de retraso mental

La mayoría de los niños maltratados lo son en edades inferiores a los tres años y de ellos muchos son lactantes. Traumatismos en la cabeza y zarándeos pueden provocar lesiones cerebrales. Y estas R.M. ¿Con qué frecuencia ocurre esto? BUCHANAN y OLIVER (1) investigaron 140 niños procedentes de dos instituciones para R.M. y encuentran que el 3 % de ellos han llegado a su retraso por ese mecanismo. DIAMOND y JAUDES (2), estudian una población de 86 parálisis cerebrales y llegan a la conclusión de que ocho de ellos (9 %) tenían su lesión cerebral producida directamente por maltrato.

Estas son cifras que yo no he podido confirmar aquí. A través de consultas hechas en los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma donde ingresarían estos casos de producirse, he encontrado tres en los que la lesión cerebral provocadora de parálisis cerebral y R.M. entra dentro de la categoría que ahora nos ocupa. Tres casos para Álava, Guipúzcoa y Vizcaya en un período de cinco años, son pocos si se comparan con las cifras antes citadas.

Pero al R.M. se puede llegar a través de otro mecanismo: por una privación afectiva y cultural. La aportación inicial de ELMER y GREGG (1967) llamando la atención sobre los efectos a largo plazo del maltrato, se ha seguido de una larga serie de publicaciones en la que hay de todo menos unanimidad. Estos autores encontraron R.M. en la mitad de sus casos. Pero diez años más tarde dudan sobre la causa directa del retraso. Quizá no sea el maltrato en sí, sino todas las circunstancias ambientales que le rodean. Estas dudas siguen en las publicaciones más recientes (3), y creo que de todo ello se pueden sacar estas conclusiones:

— Es prácticamente imposible, y quizá sin interés práctico, averiguar la responsabilidad en la génesis del retraso, de todos

(*) F.E.A.P.S. Confederación Española de Federaciones y Asociaciones pro Personas Deficientes Mentales.

y cada uno de los factores desfavorables que, por lo general, enmarañan el problema en que está metido el niño maltratado.

- Estas situaciones ocasionan trastornos emocionales, dificultades de adaptación, trastornos escolares, etc.

-No es razonable atribuir un R.M. a una situación de maltrato si no se han excluido previamente otro tipo de posibles causas.

El retraso mental, como motivo de maltrato

Hay gente que piensa de la siguiente forma: el maltrato es, en definitiva, debido a un conjunto de factores que conciernen a un grupo de personas y las circunstancias que los rodean. Si conocemos esos factores, si logramos identificarlos de alguna forma, podremos ejercer una acción preventiva eficaz. Se trata de descubrir la "población de riesgo" y controlar esta población.

En lo referente al niño, estudios epidemiológicos han ido sugiriendo algunos de esos hipotéticos factores: prematuridad, defectos congénitos, retraso mental, comportamientos inconvenientes y agresivos (4) (5). Del análisis del R.M. como factor de riesgo se han ocupado diferentes autores. BIRREL y BIRREL lo encuentran en el 29 %. JOHNSON y MORSE en el 17%. MORSE y SAHLER en el 43 %. STARR (5) pone de manifiesto defectos metodológicos en los trabajos anteriores y señala como en los informes de la American Human Association, el 2,6 % de 1977 y el 2,3 % de 1978, no desentonan del 3 % que se asigna al R.M. en la población general.

MONTGOMERY (6) llama la atención sobre los peligros que encierra este afán de detectar a los chicos que pueden llegar a ser objeto de maltrato. Lo compara, y tiene toda la razón, a aquél que promovió las investigaciones que pretendían descubrir la criminalidad a través de determinados rasgos físicos.

En este apartado no puede dejar de mencionarse el tema de la denegación de cuidados médicos a los niños que nacen con defectos congénitos gravemente invalidantes, física o psíquicamente. La eutana-

sia pasiva. Conocemos las vivas reacciones que el tema suscita en otros países (7), pero desconocemos lo que pasa en el nuestro.

El retrasado mental como persona que maltrata

A partir de cierto nivel, los R.M. pueden fundar familias y tener hijos. Existe la preocupación lógica por saber lo que pasa con estos hijos. Entre 1974 y 1978, SCHILLING encuentra 14 trabajos publicados sobre el tema. En 13 de ellos se llega a la conclusión de que los R.M. no cumplen adecuadamente su papel de padres, o bien se encuentran en mayor proporción que la población no retrasada en los organismos que tienen que intervenir en casos de maltrato. El abandono es lo que más a menudo se encuentra. SEAGULL (8), entre 1.500 familias estudiadas en un período de 7 años, encuentra y estudia a 20 en las que por lo menos uno de los padres era R.M., con un C.I. de 72 o inferior. De 19 familias hay 63 niños. En la 20, la madre desconocía el número de hijos que tenía. Todos los niños son considerados como abandonados, en el sentido de la definición antes dada. Durante el período de estudio (de 1 a 7 años), en el 53 % fue retirada la patria potestad, en el 17 % vivían con sus padres, el 14 % de los niños estaban en hogares adoptivos, el 9 % habían sido cedidos voluntariamente por sus padres, el 3 % vivían con el padre no retrasado y el 3 % habían muerto.

Las cifras están ahí con toda su crudeza. Y hay que contraponerlas a la presentación del tema desde otros puntos de vista.

El maltrato y las instituciones para retrasados mentales

En los centros para deficientes, y me refiero muy especialmente a lo que yo conozco, que son los centros de profundos, puede ejercerse la violencia y el abandono a nivel de individuo o de forma colectiva. Al igual que en cualquier otro sitio. O quizá más, porque cabe teorizar sobre el hecho de que existen factores (niños inquietos, agresivos, poco gratificantes, con comportamientos inconvenientes) que faciliten los malos tratos y éstos se lleven a cabo con mayor impunidad.

Y también puede ejrcerse un maltrato y un abandono sobre los mismos centros. No tienen buena prensa. Se presentan como reliquias del pasado que hay que suprimir. Y se ha llegado a una curiosa situación en la que unos dicen que hay que cerrarlos, otros no dicen nada pero otorgan y todos, absolutamente todos, los utilizan cuando les conviene. Hace veinte años decíamos que era profundo el deficiente rechazado en otros centros. Ahora la situación en cierto sentido es bastante peor. Y es bastante peor porque con el aplauso de todos, se está cerrando instituciones cambiando hechos más o menos mejorables por, muchas veces, sólo promesas. Así ocurre que tras unos años de vida más o menos normalizada, se pretende que deficientes de toda clase de niveles pero con comportamientos que no encajan en los esquemas preestablecidos, ingresen en centros para profundos.

Otro factor distorsionante para los centros lo constituye el hecho de que la realidad de los profundos es mal conocida en los servicios hospitalarios generales. Se ignora que algunos de ellos se autolesionan o agreden a los demás, que son proclives a determinadas deficiencias nutritivas, que en ocasiones tienen que dormir atados. Y así no es sorprendente que se cometan equivocaciones especialmente dolorosas para quienes lo cuidan.

No se trata, claro está, de decir aquí nunca pasa nada. Todo lo contrario. Es pre-

ciso ejercer un control, pero hay que hacerlo bien. Y para ello:

—Todo centro debe tener claramente definidos sus objetivos, filosofía y principios. De ellos se deriva una estrategia conocida y aprobada por sus órganos rectores.

—Todo centro debe de ejercer un autocontrol mediante autoevaluaciones sistematizadas.

—Todos los centros deben de ser objeto de inspección. Esta inspección tiene que ser ejercida por un ente, llámese como se llame, que debe reunir como condiciones indispensables:

- * Independencia absoluta con respecto a los responsables del funcionamiento del centro.
- * Capacitación y preparación adecuadas.
- * Medios materiales suficientes para desempeñar bien su labor.

Mientras esto no se haga así, será muy difícil garantizar plenamente los derechos de los atendidos y un tratamiento justo de los que los cuidan.

P. Zubillaga

BIBLIOGRAFÍA

- | | |
|---|---|
| <p>(1) BUCHANAN, A., OLIVER, J. E.: <i>Abuse and Neglect as a cause of mental retardation</i>. Brit. J. Psy. 1977: 131, 458-467.</p> <p>(2) DIAMOND, L J., JAUDES, P. K.: <i>Child abuse in a cerebral palsied population</i>. Develop. Med. and Child. Neur. 1983.25, 169-174.</p> <p>(3) OATES, K. PEAKOCK, A., FORREST, D.: <i>Long-term affects of non organic failure to thrive</i>. Pediatrics. Vol. 75. Núm. 1. Jan. 1985, 36-40.</p> <p>(4) FRODI, A. M.: <i>Contribution of infant characteristics to child abuse</i>. Amrr. J. of Ment. Def. 1981.85.4, 341-349.</p> <p>(5) STARR, R., DIETRICH, K. M., BISCHOF, J., CERESNIE, S., ZWEIER, D.: <i>The contri-</i></p> | <p><i>bution of handicapping conditions to child abuse</i>. Topics in early childhood special education. 1984.4: 1.55-69.</p> <p>(6) MONTGOMERY, S.: <i>Problemas in the perinatal prediction of child abuse</i>. Brit. J. Social W. 1982; 12: 189-196.</p> <p>(7) ELLIS, J. W., LUCKASSON, R.: <i>In Law and Policy. Denying treatment to infants with handicaps: A coment on Bowen v. American Hospital Association</i>. Mental Retardation. August 1986. 237-240.</p> <p>(8) SEAGULL, E. A., SECHEURER, S. L.: <i>Neglected and abused children of mental/y retarded parents</i>. Child Abuse and Neglect. Vol. 10; 493-500, 1986.</p> |
|---|---|