

Negligencia o pobreza. El sobrediagnóstico del maltrato al menor

Dr. Arturo Perea-Martínez,* Dr. Arturo Loredó-Abdalá,** Dra. Gloria Elena López-Navarrete,*** Dra. Nancy Jordán-González,**** Dr. Jorge Trejo-Hernández***

RESUMEN

La negligencia es la expresión más frecuente del maltrato infantil; sin embargo, no existe una definición universalmente aceptada para ella, lo que dificulta interpretar e identificar el problema. Se ha señalado que negligencia es la incapacidad que tiene un cuidador de procurar a un niño las condiciones sanitarias, educativas, de desarrollo psicológico, nutrimentales, de alojamiento y protección frente a cualquier peligro, que es capaz de proporcionar. Es importante no confundir pobreza con negligencia; en la segunda los cuidadores niegan al niño los recursos de los que disponen. Para diferenciar entre ambas, hay que considerar las condiciones sociales, económicas y culturales de los individuos y las comunidades, para lo cual el profesional encargado de la atención de un niño debe actuar con sensibilidad y profundizar en el estudio de los factores mismos del niño, del agresor, de la familia y del entorno social a fin de identificar la posibilidad de maltrato en su variedad de negligencia o cualquier otra de sus manifestaciones, evitando hacer juicios apresurados sobre este factor. Hay que tratar de identificar factores de protección y factores de riesgo en el menor y en la familia a fin de facilitar resiliencia. Se presenta un caso en el que se sospecha negligencia.

Palabras clave: Maltrato infantil, negligencia, pobreza, privación cultural

ABSTRACT

Negligence is the most common expression of child abuse for which there is no universally accepted definition; this circumstance makes it difficult to identify and to interpret the problem.

Neglectfulness has been defined as the inability of a caretaker to offer sanitary, educational, psychological development, nutrition, lodging and protection from any type of danger to children, which the caretaker is capable to provide.

It is important not to confuse poverty with negligence, that is, denying children the available facilities. A determining factor to differentiate these two conditions is to take into account the social, economic and cultural circumstances of the individuals, and their communities. For this purpose, professionals in charge of child care must act with sensibility and delve in the study of factors pertaining to the child, to those of the family and to their social environment, all of which might indicate possible child abuse in the form of negligence or any other form of its manifestations.

Hasty judgment on the presence of negligence should be avoided. Rather, protection and risk factors in the child and in the family have to be identified in order to enhance resiliency. A case with suspicious of negligence is presented.

Key words: Child abuse, negligence, poverty, cultural deprivation.

Resumen clínico. H. S. H. Adolescente de 14 años de edad, con síndrome de Fanconi, raquitismo hipofosfatémico, acidosis tubular renal y quistes en hígado, páncreas y bazo,

con diabetes mellitus tipo I desde hace un año. Fue tratado por diversos especialistas médicos. Asistió a sus consultas hasta los nueve años de edad. Posteriormente la familia tuvo dificultad para su traslado a las unidades hospitalarias y temor de que sufriera fracturas debido a la fragilidad de los huesos inherentes a su padecimiento renal. Recibió tratamiento en forma irregular por tres años. En los últimos dos años fue hospitalizado en cinco ocasiones, la primera debido a gastroenteritis, deshidratación y desequilibrio ácido-base; la segunda por fractura de fémur, la tercera por neumonía y las últimas dos por cetoacidosis diabética.

El contexto psicosocial en el que se ha desarrollado el paciente fue cambiante. Los primeros ocho años

* Adscrito a la Clínica para Adolescentes.

** Coordinador de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.

*** Adscrito a la CAINM.

**** Egresada del curso de Posgrado. Instituto Nacional de Pediatría.

Correspondencia: Dr. Arturo Loredó-Abdalá. Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado INP. Insurgentes sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco 04530, Coyoacán, México, D. F. Tel. y fax 10 84 09 00 ext.1411. E-mail: cainm_inp@hotmail.com

Recibido: abril, 2007. Aceptado: julio, 2007.

de vida la familia contó con los recursos económicos para solventar el costo de la atención médica privada en México y en los Estados Unidos de América, lo que ocasionó un desgaste económico, psicológico y social de la familia, que condujo a la insolvencia y a tener que acudir a la atención médica pública. Se le incorporó al servicio médico del INP con clasificación 4N, durante seis años fue atendido, lo que repercutió más en las finanzas de la familia, al grado de no contar con recursos para su traslado y en ocasiones tampoco para los medicamentos.

El Servicio de Salud Mental, lo consideró como un adolescente inteligente, con adaptación parcial a su realidad biológica que dio lugar a crisis emocionales y en ocasiones a tener ideas suicidas.

Su último internamiento se debió a una descompensación metabólica, con hiperglicemia, deshidratación y cetoacidosis, acompañadas de un proceso bronconeumónico, con evolución tórpida que lo llevó a la muerte, después de diez días de hospitalización.

Durante su estancia hospitalaria, debido a la irregularidad con que asistió en los últimos años a sus consultas, se solicitó valoración a la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, por la sospecha de maltrato infantil en su variedad de negligencia.

Para el profesional que asista y eduque a los niños se pueden plantear los siguientes cuestionamientos:

¿Puede considerarse negligente la familia de H.S.H.? A 14 años de edad, con un historial clínico extenso y con un desgaste familiar en todas las esferas de la vida, ¿porque debe considerarse que le ha faltado atención? ¿Tiene que vivir el profesional encargado de la salud algún reto que ponga a prueba su resiliencia, para poder entender lo que experimenta un enfermo crónico y su familia? ¿Acaso falta profundidad en la investigación del contexto en el que se mueve el enfermo? ¿Existe la capacitación profesional suficiente para conocer el fenómeno de la violencia contra los menores?

Probablemente el análisis de lo que es el maltrato al menor en su variedad de negligencia, permita a los profesionales de la salud y a otros que se encuentran involucrados en vigilar el bienestar y el desarrollo de los menores, dar un mayor fundamento a la sospecha de este fenómeno y precisar su causa.

A continuación se plantea una propuesta interesante y que permite iniciar este análisis, es la descrita por Runyan y Eckenrode, investigadores del Departamento de Medicina Social de la Universidad de Carolina del Norte en los Estados Unidos, quienes definen la negligencia como “la incapacidad que tiene un cuidador de procurar al niño las condiciones sanitarias, educativas, de desarrollo psicológico, nutrimentales, de alojamiento y protección frente a cualquier peligro, que debería ser capaz de proporcionar”. Estos autores recomiendan evitar confundir a la pobreza con negligencia ya que sólo puede hablarse de esta última, cuando la familia o quienes son responsables del niño, no le ofrecen los recursos de los que disponen.¹⁻³

Algunas condiciones como la privación de alimentos, la falta de crecimiento o ambos hechos, pueden ser manifestación de una conducta negligente de los padres hacia sus hijos. Lo mismo se aplica a la falta de respeto y apego a las prescripciones médicas o la falta de interés de los padres para consultar con el médico para que su hijo reciba los cuidados apropiados. La exposición de los niños a las drogas y la falta de protección a los peligros ambientales, el abandono, la falta de supervisión, la no escolarización y hasta una higiene deficiente, son ejemplos que estos autores señalan y que deben orientar al profesional a sospechar negligencia por parte de los cuidadores del menor.

Se justifica adoptar la propuesta anterior como una guía para el diagnóstico de negligencia en el presente caso. El primer punto que debe señalarse es la necesidad de evaluar el contexto de cada caso. Es probable que un factor fundamental sea la diferencia entre las condiciones socio-culturales de los individuos y las familias que viven en los países en desarrollo y las de países que no lo son. En estos últimos, existen patrones y modelos de crianza, cultura, educación, salud y otros determinantes del bienestar de la comunidad; entre los que destaca la política y situación económico-social de cada pueblo, que dificultan poder diferenciar las consecuencias y circunstancias favorecidas por la pobreza que pueden ser causa de una actitud negligente. En este casos, la carencia de alimentos, agua, luz, escuela, clínicas y hospitales, medios de comunicación y de transporte, propician un mayor índice de desnutrición, infecciones digestivas, respiratorias y de la piel,

falta de escolarización, higiene insuficiente y difícil acceso a cualquier información médica asistencial y preventiva, que podría confundir a los profesionales haciéndolos pensar en un diagnóstico de negligencia cuando la realidad es que la pobreza es la razón del problema.⁴

Hay que insistir en la propuesta de Runyan y Eckenrode: “no confundir negligencia con pobreza y sólo puede hablarse de negligencia cuando la familia, o quienes son responsables del niño, *no le ofrecen los recursos de los que disponen*”. Conviene hacer una interpretación amplia de las palabras recursos y disponibilidad, ya que ambas son la clave para lograr diferencias entre ambas condiciones. Los recursos, son el conjunto de elementos que permiten a los cuidadores del menor cumplir con su responsabilidad. Incluyen bienes y muestras de enriquecimiento afectivo, cultural, religioso, de crianza; no se limita al factor económico. Por otra parte, dentro del concepto de disponibilidad están la conciencia, la actitud y la

oportunidad de proveer los recursos mencionados. Así, *es negligente, aquel responsable o cuidador de un menor, que en posición de recursos y conciencia de tenerlos no los pone a disposición y uso del niño.*

Es precisamente aquí en donde el profesional habrá de tener la capacidad, la actitud y el deseo de profundizar e individualizar cada caso de sospecha de negligencia, precisando la existencia o no de los factores propios del menor, del agresor, de la familia y del entorno social que lo predisponen a ser maltratado (cuadro 1),⁵ mismos que son una guía de actuación, para evitar una evaluación superficial de cada indicador de negligencia o cualquier otra forma de violencia.

La negligencia es la variedad más frecuente de las expresiones del maltrato al menor. En 1997 la Academia Americana de Pediatría informa que en los Estados Unidos de Norteamérica se registran cada año hasta tres millones de denuncias de posibles casos de maltrato a menores y se confirma que así es en un

Cuadro 1. Factores de asociación relacionados con el maltrato infantil

Padres o cuidadores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trastornos emocionales y de la personalidad. 2. Hiperreactividad a las provocaciones del menor. 3. Autocontrol pobre. 4. Recursos y métodos inapropiados para la crianza, disciplina y estimulación. 5. Conceptos inflexibles y limitados sobre la educación. 6. Expectativas irreales sobre el desarrollo del menor. 7. Prostitución y consumo de drogas.
Menor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Producto de gestación no deseada ni aceptada. 2. Enfermedad crónica. 3. Malformaciones congénitas. 4. Deficiencia mental. 5. Trastorno por déficit de la atención. 6. Trastorno de conducta. 7. Deficiente rendimiento escolar. 8. Agresividad e impulsos no contenidos.
Contexto familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disfunción familiar. 2. Carencias económicas. 3. Violencia conyugal. 4. Interacciones coercitivas. 5. Aislamiento o incapacidad de solicitar ayuda social.
Ambiente social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insuficiente respuesta a las disposiciones de la Convención Internacional de los Derechos del Niño. 2. Subdesarrollo de los servicios de educación, salud y desarrollo social. (Carencia de recursos materiales) 3. Falta de información, registro y supervisión de los casos de violencia. 4. Incapacidad e indiferencia de los profesionales responsables de la salud, educación y desarrollo de los menores. (Carencia de actitud y aptitud profesional).

millón de ellos. La negligencia encabeza la lista, hasta con el 60% del total, lo que significa que aún en países de alto desarrollo y economía, muchos pequeños sufren carencia de protección y cuidados de parte de los responsables de su bienestar.⁶

En otros países, se estima que la negligencia también es la expresión más común de maltrato a menores;⁷ además en países con economía y desarrollo social lejos de alcanzar una nivel y estabilidad deseables, las expresiones múltiples de pobreza se convierten en factor de confusión que conduce a un diagnóstico erróneo de violencia.

En la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría de México (CAINM), es común recibir peticiones de evaluación a menores que presumiblemente son víctimas de negligencia por parte de sus familiares o cuidadores. La sospecha del profesional de primer contacto con estos menores y sus familias proviene de diferentes problemas: falta de apego terapéutico, extrema falta de higiene, grados severos de desnutrición, empleo de medicinas o curas alternativas diferentes a las propuestas por los médicos tratantes, supuesto retraso en la demanda de atención médica y otras situaciones. Para responder a esta demanda de consulta, CAINM cuenta con profesionales de diversas áreas que sigue un modelo interdisciplinario e interinstitucional de evaluación, diagnóstico y seguimiento de los posibles casos de violencia a menores. Esto permite definir con certeza la presencia de maltrato físico en niños que presentan lesiones físicas, que los padres o cuidadores afirman son accidentes.⁸⁻¹¹ También desarrolla un modelo de evaluación para casos de abuso sexual, para detectar factores asociados a esta forma de maltrato y la presencia de indicadores clínicos referentes al desarrollo, a las funciones y a la conducta de la víctima.^{12,13}

El trabajo de investigación desarrollado por CAINM, la docencia y la enseñanza durante dos décadas, ha mostrado que de cada tres casos de sospecha de maltrato, se confirma en uno y en dos se descarta, lo que coincide con los informes de países desarrollados.¹⁴

Debe destacarse que no obstante la experiencia de CAINM, existe cierta dificultad para distinguir entre los casos de negligencia y las expresiones propias de la cultura, el medio social y el nivel educativo de los cui-

dadores y las familias, a saber, los modelos de crianza, las creencias religiosas, las múltiples manifestaciones de pobreza, etc.^{15,16}

La acuciosidad profesional, la investigación detallada, intencional y profunda además de la experiencia del grupo CAINM, han permitido precisar que la mayoría de los casos de sospecha de negligencia, corresponde a una expresión socio-cultural en la que los factores económicos, los patrones de crianza, el tipo de apego y vínculo, así como la paternidad responsable son las razones de dichas expresiones.⁸

Por lo tanto, es importante ofrecer a los profesionales de las áreas de la salud, educación, desarrollo social y asistencia jurídica interesados en el tema, algunas propuestas para la evaluación inicial de los casos en que se considere la posibilidad de negligencia:

1. Evitar emitir un juicio apresurado sobre la presencia de negligencia.
2. Promover una investigación profunda del entorno en el que vive el menor y su familia.
3. Identificar los elementos de protección y de riesgo en el menor y en cada integrante de su familia, que puedan evitar ó propiciar negligencia.
4. Investigar simultáneamente cualquier otra expresión de violencia o indicadores de ésta.
5. Desarrollar un modelo de asistencia contextual, que permita determinar las características socioculturales de cada familia.
6. Extremar la búsqueda de razones por las cuales se hacen presentes las manifestaciones que hacen pensar en negligencia.
7. Asistir a cada familia con el objetivo de facilitar la adquisición de resiliencia a cada uno de sus integrantes y al grupo como núcleo social.

Es importante y deseable hablar de negligencia, *solo cuando en disponibilidad de recursos y de conciencia de parte del o los responsables del bienestar y cuidado del menor*, el equipo de profesionales logra a través de una investigación médico-social profunda, precisar alguna o varias de las siguientes circunstancias clínicas y sociales:

1. Apego desorganizado.
2. Nutrición deficiente.

3. Higiene inadecuada.
4. Accidentes frecuentes.
5. Retraso en la adquisición de habilidades y capacidades (desarrollo psicomotor).
6. Falta de registro de nacimiento.
7. Falta de escolarización.
8. Inmunizaciones incompletas.
9. Enfermedades recurrentes.
10. Tratamientos incumplidos.
11. Nula vigilancia médica.
12. Adicciones.
13. Trastornos psicoafectivos.

REFERENCIAS

1. Runyan D, Wattam C, Ikeda R y cols. Child abuse and neglect by parents and other caretakers. En: Drug EDL, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization 2002.
2. Runyan DK, Eckenrode J. Perspectivas internacionales sobre la epidemiología de la negligencia grave y la violencia en la infancia. *Annales Nestlé* 2004;62:1-14.
3. Runyan DK, Hunter WM, Socolar RR y cols. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics* 1998;101:12-8.
4. Perea MA, Loredo AA, Corchado ChS. Situación actual de la atención a los menores víctimas de violencia. En: *Caras de la violencia familiar*. Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Dirección General de Equidad y Desarrollo Social. Gobierno del Distrito Federal. México. 2005.
5. Loredo AA. Diversas formas de maltrato infanto-juvenil. En Loredo AA. *Maltrato en Niños y Adolescentes*. Edit. Editores de Textos Mexicanos. México 2004.
6. American Academy of Pediatrics. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children. Subject Review. *Pediatrics* 1999;3:186-90.
7. Díaz HJ, García BM. Maltrato y abandono infantil: concepto, tipología, clasificación y frecuencia. En Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. *Maltrato Infantil: Prevención y diagnóstico en el ámbito sanitario*. España: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. 1995;pp19-27.
8. Loredo AA, Oldak SD y cols. Algoritmo del niño maltratado a su ingreso a un centro hospitalario pediátrico de tercer nivel. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1990;47:91-5.
9. Comité de Expertos: Academia Mexicana de Pediatría. Papel del pediatra en el empleo de indicadores clínicos para el diagnóstico de maltrato físico. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1999;56:195-7.
10. Perea MA, Loredo AA. Calidad en la atención integral a los niños y adolescentes maltratados. Una nueva cultura en salud. *Rev Mex Ped* 2001;68:105-7.
11. Loredo AA, Trejo HJ. Diagnóstico del síndrome del niño maltratado: variedad maltrato físico. En: Loredo AA. *Maltrato en Niños y Adolescentes*. Editores de Texto Mexicanos. México 2004.
12. Perea MA, Loredo AA, Monroy VA, Güicho AE. Abuso fetal: del silencio ignominioso a una realidad estigmatizante. En Loredo AA. *Maltrato en Niños y Adolescentes*. Editores de Textos Mexicanos. México 2004.
13. Kini N, Lazowitz S. Evaluation for possible physical or sexual abuse. *Clin Ped North Am* 1998;45:205-19.
14. Corchado CS, Loredo AA, Perea MA, Villa RA. El niño maltratado: obstáculos médico legales en el diagnóstico y asistencia integral. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2004;61:412-22.
15. Loredo AA, Trejo HJ, Bustos VV. Maltrato al menor. Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y privación emocional. *Gac Med Méx* 1999;135:611-20.
16. Delgado RA. *Grandes Síndromes en Pediatría*. Imprenta Boan S.A. Bilbao, España 1996.