

Maltrato infantil: elementos básicos para su desarrollo y el grupo interdisciplinario requerido para su atención integral

Arturo Loredó Abdalá,* Abigail Casas Muñoz,‡ Pablo Navarro Ampudia§

RESUMEN

El maltrato infantil (MI) es un problema médico-social-legal mundial. Para su desarrollo se requiere la existencia de un menor «especial», un adulto «agresor» y un «detonante». Las manifestaciones clínicas que puede tener una víctima se clasifican en «visibles» e «invisibles». La sospecha, el diagnóstico y la atención integral de cada caso deberán realizarse por un equipo interdisciplinario. Cada caso debe estar sujeto a un diagnóstico diferencial para evitar un error de terribles consecuencias. La función básica de este equipo debe ser interdisciplinaria, interinstitucional e internacional.

Palabras clave: Maltrato infantil, clínica de atención integral, acción interdisciplinaria, interinstitucional e internacional.

ABSTRACT

Child abuse is a worldwide medical-social-legal problem. For child abuse to develop, the existence of a «special» minor and an «aggressor» adult, combined with a «trigger» is needed. A victim can have different clinical manifestations classified in visible and invisible. Each case suspicion, diagnosis and comprehensive care, must be performed by an interdisciplinary team. Each case must pass through a differential diagnosis in order to avoid any errors that could cause terrible consequences. This team's basic function should be interdisciplinary, interinstitutional and international.

Key words: Child abuse, comprehensive care clinic, interdisciplinary action, inter-institutional and international.

Recibido para publicación: 17 agosto 2014. **Aceptado para publicación:** 19 septiembre 2014.

* Pediatra Internista. Especialista en el Estudio del Maltrato Infantil. Coordinador del Centro de Estudios Avanzados sobre Maltrato Infantil.

‡ Pediatra. Maestranda en Ciencias Médicas e Investigación Clínica. Investigador adscrito Centro de Estudios Avanzados sobre Maltrato Infantil

§ Médico Pasante en el Servicio Social. Facultad de Medicina UNAM. Adscrito al Centro de Estudios Avanzados sobre Maltrato Infantil.

Prevención. Instituto Nacional de Pediatría. (CEAMI-P-INP)

Correspondencia:

Dr. Arturo Loredó Abdalá
Instituto Nacional de Pediatría. (CEAMI-P-INP)
E-mail: cainm_inp@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el maltrato infantil (MI) debe ser entendido como un problema médico-social-legal que se ha convertido en un flagelo mundial de la humanidad y aceptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública.¹

La experiencia que se ha adquirido en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) a través del accionar de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM-INP) en 16 años de labor ininterrumpida, da la pauta para señalar algunos aspectos fundamentales de este problema.²

En este ensayo se desea presentar la información básica de este problema para que los médicos pediatras de diferentes subespecialidades, así como los médicos familiares y los médicos generales que atienden niñas, niños y adolescentes estén en posibilidad de sospechar o canalizar adecuadamente a un posible paciente víctima de cualquiera de las grandes modalidades del MI, como son: el abuso físico (AF), el abuso sexual (AS), el abuso psicológico (AP) y la negligencia.³

Así mismo, se plantea la necesidad de que cada paciente sea atendido de una manera integral y para ello este accionar debe ser realizado por un equipo interdisciplinario, el cual además realizará una acción interinstitucional.⁴

¿CUÁLES SON LOS ELEMENTOS BÁSICOS PARA QUE OCURRA MALTRATO INFANTIL?

La existencia y concatenación de tres elementos básicos permiten el desarrollo de este problema. Estos elementos son: un menor «especial», «un adulto especial» y un factor «detonante». La presencia de uno o dos de estos elementos coloca al menor en situación de riesgo o de alto riesgo respectivamente, para ser víctimas de MI. Como ya se mencionó, es indispensable que los tres elementos señalados estén presentes para que se desarrolle MI.⁵⁻⁷

Por otro lado, la existencia de cualquiera de los tres elementos ayudará a los profesionales médicos o paramédicos a plantear y desarrollar diversas estrategias para la prevención primaria del problema.

¿QUÉ CARACTERÍSTICAS DEBE TENER UNA NIÑA, UN NIÑO O UN ADOLESCENTE PARA SER VÍCTIMA?

Dentro de este enfoque se pueden constituir tres subgrupos:

Niños con un problema médico-quirúrgico o médico quirúrgico

Con este enfoque, es factible precisar qué padecimientos son los que en un momento pueden desencadenar alguna

modalidad del MI, aunque sin que se pueda especificar cuál de ellas es la predominante.

- La existencia de una malformación congénita, sin que importe la severidad de la misma.
- Una enfermedad pediátrica crónica como leucemia, otros tipos de cáncer, rinitis alérgica, asma, principalmente.
- La presencia de daño neurológico diverso y de severidad variable como retardo psicomotor severo, trastorno por déficit de la atención con o sin hiperactividad (TDAH), epilepsia, principalmente.

Ante la existencia de cualquiera de estas condiciones, el paciente se coloca con un riesgo del 12-14% para ser víctima de alguna forma de MI. Sin embargo, este riesgo disminuye o desaparece cuando se ha establecido un vínculo o apego adecuado entre el niño y su familia con el médico o la institución hospitalaria.

Niños aparentemente sanos

Ante un menor aparentemente sano, pero que presenta algunas manifestaciones clínicas que sugieran MI se deben considerar tres situaciones: la edad, el género y la interrelación que puede existir entre estos elementos con el tipo de MI.

- a) Edad. Cualquier niña, niño o adolescente puede ser víctima de alguna forma de MI. Sin embargo, la modalidad varía según la edad. Por ejemplo, entre más pequeño es el menor, mayor es la posibilidad de que exista abuso físico (AF) y que éste sea más grave. Un ejemplo de esta situación es el síndrome del niño sacudido, en sus dos modalidades (SNS). Sin embargo, también los lactantes y los preescolares pueden ser víctimas de cualquier modalidad del MI, aunque las probabilidades disminuyen con respecto al AF. De esta manera, cuando sucede abuso sexual infantil (ASI) habitualmente el problema ocurre más frecuentemente en niñas escolares o adolescentes.
- b) Género. En términos generales, el MI puede suceder en niñas o en niños. Sin embargo, las modalidades del mismo pueden variar. Si se trata de AF, por lo general es poco más frecuente en varones, destacando principalmente la modalidad del SNS. Si se habla de AS, esta modalidad se observa más frecuentemente en mujeres, aunque cada día es más evidente el abuso a varones.
- c) Lugar en la progenie. Considerando este enfoque, existen dos asociaciones relativamente características: si la víctima es el primer hijo, habitualmente es varón. Si es el tercero, generalmente es mujer.

Precisar la situación prenatal

Actualmente se ha estado insistiendo en la necesidad de prevenir el MI. De esta manera se insiste con los médicos que intervienen en el embarazo en la necesidad de conocer si la gestación no es deseada, no ha sido planeada o no es aceptada por uno o los dos progenitores: cuando uno de los padres no acepta al producto de la gestación, es muy probable que pueda existir riesgo para el desarrollo de alguna modalidad del MI, antes o después de que el niño nazca. Obviamente, es un factor de riesgo, aunque no se puede precisar qué forma de MI podría ocurrir.

¿CUÁLES SON LOS ELEMENTOS CARACTERÍSTICOS DEL AGRESOR?

Es muy importante tener siempre en consideración que cualquier miembro de la familia puede ser el agresor de una niña, niño o adolescente y que en determinado momento se puede correlacionar con la modalidad de MI.

Por ejemplo:

La madre habitualmente causa AF, abuso psicológico o negligencia.

El padre, el abuelo, un hermano mayor, el padrastro o un primo pueden agredir sexualmente a la niña con mayor frecuencia, aunque también pueden causar AF, AP o negligencia.

El padrastro generalmente puede abusar sexualmente de las niñas y también puede causar AF.

La madrastra puede causar AF, AP o negligencia en el menor, sin que importe el sexo de la víctima.

Un hermano mayor, un primo, el padrino o el abuelo, principalmente, pueden originar cualquier modalidad de MI.

¿CUÁLES SON LOS ELEMENTOS CARACTERÍSTICOS DEL DETONANTE?

Éstos se pueden clasificar en situaciones personales, familiares o ambientales y los más frecuentes son:

El victimario tiene el antecedente de haber sufrido cualquier modalidad de MI durante algún momento de su niñez.

Tiene adicción de alguna sustancia lícita (alcohol) o ilícita (cocaína, marihuana, anfetaminas, otras).

Súbitamente pierde el empleo o es un desempleado crónico.

Tiene un incidente o un accidente automovilístico inesperado.

Pertenece o ha pertenecido a alguna corporación policiaca. Ha estado recluso en algún penal.

Se desencadena una crisis de violencia familiar.

Súbitamente se descompone un aparato electrodoméstico, se rompe un adorno o un utensilio de la casa.

¿CUÁNDO SE DEBE SOSPECHAR EL DIAGNÓSTICO DE MALTRATO INFANTIL?

Las alteraciones físicas o emocionales que puede presentar un menor víctima de maltrato infantil (MI) pueden ser «visibles» e «invisibles».

Dentro del primer grupo destacan:

La existencia de diversas lesiones físicas como hematomas, equimosis, quemaduras, mordeduras o fracturas, principalmente sin una explicación lógica y convincente.

Ante una adolescente con un embarazo o un escolar con una enfermedad de transmisión sexual inesperada.

Dentro del segundo grupo tenemos:

El desarrollo súbito de una alteración emocional y conductual como enuresis, encopresis, un trastorno alimentario, del sueño, o un inesperado bajo rendimiento escolar, principalmente sin una explicación lógica y convincente. También un cuadro importante de desnutrición, un menor con talla baja o una adolescente con sobrepeso u obesidad.⁸

Ante toda esta información el médico, el profesor, un familiar o el equipo especializado para la atención integral del MI, puede y/o debe considerar el diagnóstico probable de MI. De no hacerlo, existen dos peligros:

1. La víctima corre el riesgo de que al pasarse por alto una patología, que en un inicio pudo ser alguna lesión física, una discapacidad de grado y severidad variable o alguna alteración emocional controlable, el maltrato pueda ocasionar una lesión más grave e inclusive la muerte del menor.
2. Si se establece incorrectamente el diagnóstico de MI, el niño, la familia y el posible adulto maltratador pueden ser víctimas de diversos tipos y grados de estigmatización cuyas consecuencias emocionales, laborales y legales pueden ser muy serias.

¿POR QUÉ DEBE EXISTIR UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA ATENDER ESTA PATOLOGÍA?

La respuesta a esta interrogante se expresa con base en la experiencia adquirida en CAINM-INP durante 16 años de trabajo ininterrumpido, frente a casos con todas las modalidades del MI. Para diagnosticar correctamente el

problema, atender integralmente a cada paciente y su familia y desarrollar estrategias de prevención secundaria es indispensable la intervención coordinada de diversos especialistas que estén enterados y preferentemente preparados en el tema.

¿QUÉ PERSONAL PROFESIONAL DEBE CONSTITUIR ESTE GRUPO?

Idealmente, el equipo debe estar coordinado por un médico pediatra y especialista en el estudio y atención integral del MI.

Los profesionales requeridos para tal fin, básicamente, son: un trabajador social, un médico psiquiatra o un psicólogo y un licenciado en Derecho. Este grupo puede ser enriquecido con la intervención y apoyo de una enfermera, un nutriólogo, un odontopediatra, y un sociólogo o un antropólogo, principalmente.

De esta manera, al analizar las diversas características del menor, de su familia, del posible agresor y de su entorno familiar y social, desde diferentes ópticas, es factible establecer un diagnóstico correcto.

En los casos en donde no se pueda contar con el equipo completo antes señalado se debe aprovechar al personal existente para establecer la sospecha diagnóstica y canalizar al menor a un grupo especializado.

¿EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE EXISTAN SITUACIONES PERSONALES, FAMILIARES O SOCIALES QUE OCASIONEN UN CUADRO CLÍNICO SUGESTIVO DE MALTRATO INFANTIL?

Es fundamental tener presente, ante un probable caso de maltrato infantil (MI), el diagnóstico diferencial. Éste se encuentra constituido por las siguientes situaciones: accidentes, estrategia educativa, estrategia disciplinaria, pobreza, ignorancia, «usos y costumbres» y algunas enfermedades pediátricas. Descartar todas estas posibilidades es básico para evitar un error diagnóstico y éste se evita mediante un accionar interdisciplinario.

¿Cuáles deben ser los objetivos básicos en la atención integral de cada caso de maltrato infantil?

Son tres las metas a cumplir. Una acción interdisciplinaria; una intervención interinstitucional y una interacción internacional.

Con la labor de este equipo profesional se cumple con el primer paso del accionar, una intervención **interdisciplinaria**.

La acción **interinstitucional**; es decir, el interactuar con otros profesionales que representan instituciones gubernamentales diversas, pero necesarias, considerando que el MI es una patología médico-social-legal. Estas

instituciones son: la Agencia del Ministerio Público, la Procuraduría General de Justicia de cada Entidad Federativa; el DIF nacional y/o estatal, el albergue temporal, así como algunas organizaciones no gubernamentales (ONGs).

De esta manera, es posible precisar la condición jurídica del menor, de la familia y la del posible agresor. Simultáneamente se estudia y se plantea una estrategia de prevención secundaria y de atención continua de los pacientes.

La interacción **internacional** permitirá aplicar en nuestro medio logros alcanzados en otras partes del mundo, considerando siempre nuestra idiosincrasia, nivel socioeconómico y la condición jurídica vigente.^{9,10}

CONCLUSIONES

Es necesario que el médico, otros profesionales y los familiares que interactúan o atienden niñas, niños y adolescentes conozcan los aspectos básicos de los tres actores fundamentales del problema como son la víctima, el victimario y el factor detonante.

También, es fundamental detectar y explicar adecuadamente la existencia de las manifestaciones clínicas «visibles» e «invisibles» consecuencia del MI.

Siempre se deben tener presente las condiciones personales, familiares, ambientales y algunas enfermedades pediátricas que puedan originar manifestaciones clínicas similares al MI.

Para establecer un diagnóstico adecuado de MI y desarrollar un accionar integral, es indispensable la existencia de un equipo de profesionales que puedan desarrollar una acción interdisciplinaria, interinstitucional e internacional. Estas acciones se logran a partir del funcionamiento de una clínica especializada.

Finalmente, es muy importante que los casos sean registrados de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).¹¹

BIBLIOGRAFÍA

1. McMenemy MC. WHO recognizes child abuse as a major problem. *Lancet*. 1999; 353: 1340.
2. Loredó-Abdalá A, Trejo HJ, García PC, López NGE, Perea MA, y cols. La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado: Implementación de una estrategia de aplicación nacional en investigación, docencia y asistencia. *Bol Med Hospi Infant Mex*. 2009; 66: 283-291.
3. Loredó Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. Editores de Textos Mexicanos. México. 2004.
4. Loredó-Abdalá A, Bustos VV, Trejo HJ, Sánchez VA. Maltrato al menor: una urgencia médica y social que requiere atención multidisciplinaria. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1999; 56: 129-134.

5. Loredo-Abdalá A, Trejo HJ, García PC, Portillo GA y cols. Maltrato Infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Comisión Nacional para el Estudio y la Atención Integral al Niño Maltratado. Primera parte. Salud Mental. 2010; 33: 281-284.
6. Espinosa ME, Cáceres DJ, Cortés VJ. Síndrome del niño maltratado: aspectos médicos, psicológicos y jurídicos. Rev Mex Pediatr. 1971; 40: 807-819.
7. Loredo-Abdalá A, Reynés-Manzur JN, Martínez SC. Maltrato al menor: una realidad creciente en México. 1986; 43: 425-434.
8. Martín MV, Loredo AA. Estado de nutrición en niños víctimas de abuso físico y de abuso sexual. Rev Invest Clin. 2010; 62: 524-531.
9. Loredo-Abdalá A, Cisneros ML, Rodríguez HR, Castilla SL. Multidisciplinary care for the battered child. An appraisal of three years of action in Mexican children. Bol Med Hosp Infant Mex. 1999; 56: 483-489.
10. Perea MA, Loredo-Abdalá A. Calidad en la atención integral a los niños y adolescentes maltratados. Una nueva cultura en salud. Rev Mex Pediatr. 2001; 68: 105-107.
11. Centro Colaborador para la Familia de Clasificación Internacional de la OMS en México. Noviembre 2009.