

L. Martín Álvarez¹, J.L. Pedreira Massa²

An Esp Pediatr 1997;47:231-233.

El pediatra ante el maltrato en la infancia: De la denuncia al tratamiento

Introducción

Cuando hace 30 años Kempe y cols.^(1,2) publicaron el artículo sobre el niño apaleado se produjo una reacción en el mundo pediátrico que llevó a los pediatras a asumir como un problema de salud más de la infancia la existencia de este tipo de situaciones.

Esta respuesta de responsabilización ante este problema contrasta con lo ocurrido, casi un siglo antes, a Tardieu⁽³⁾ que le llevó al borde de ser expulsado del Colegio de Médicos de Francia cuando describió, en necropsias judiciales, que las lesiones causantes de la muerte de ciertos niños no eran accidentales, sino provocadas por sus cuidadores.

Sin embargo, a diferencia de lo ocurrido en los años sesenta en los que la Pediatría asumió un papel activo en la delimitación de las causas, consecuencias y tratamiento del maltrato en la infancia, en la actualidad este liderazgo se ha desdibujado por un excesivo protagonismo de otras agencias sociales que no tienen una tradición tan consolidada en el niño/a como centro de su ejercicio profesional.

En tal sentido, es preciso revisar la situación actual del problema de los malos tratos a la infancia y de las técnicas de intervención terapéutica para, de este modo, delimitar el papel de los pediatras en el próximo futuro.

Situación actual

1. Magnitud y consecuencias del problema

Aunque los datos disponibles, tanto a nivel del Estado español como a nivel internacional, sólo reflejan una parte del problema en sus diferentes tipologías, los datos de prevalencia estimada, indican que es un problema al cual el pediatra, independientemente del lugar de trabajo, se va a tener que enfrentar a lo largo de su vida profesional⁽⁴⁾.

Por otro lado, los malos tratos a la infancia tienen consecuencias para el propio niño/a maltratado que no se restringen a las lesiones inmediatas de índole física (incluidas las que pudieran provocar la muerte), sino que en todas las formas de presentación del maltrato concurren secuelas psicoafectivas que tendrán un impacto negativo, en mayor o menor medida, en el proceso de crecimiento y desarrollo durante la infancia y adoles-

encia y, asimismo, condicionarán la posterior adaptación social del sujeto adulto⁽⁵⁾.

2. Detección del problema

Se viene aceptando que por cada caso de malos tratos detectados en la infancia, existen al menos otros siete que pasan desapercibidos⁽⁶⁾. Esta situación puede estar relacionada con que en la actualidad las situaciones graves de maltrato físico no son las predominantes, sino que el abandono y el abuso sexual constituyen las formas clínicas más prevalentes de presentación por las que se sospecha el maltrato y por las que se inician las medidas de protección.

Los datos disponibles en España⁽⁷⁾ ponen de manifiesto que, entre los niños/as atendidos en los servicios de protección, la detección de este tipo de problemas estaba escasamente realizada por los servicios sanitarios y pediátricos, siendo la escuela la agencia social que más frecuentemente detectaba situaciones de maltrato en la infancia.

No obstante, la preocupación por el problema en algunos ámbitos de la Pediatría subsiste y se ha traducido en la búsqueda de instrumentos para la detección e intervención de este tipo de trastorno, como se evidencia en la aparición de artículos científicos, ponencias, publicaciones y guías, junto con la organización de simposios que tratan de sistematizar el conocimiento y las prácticas necesarias para afrontar las situaciones de maltrato⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Paralelamente, aunque fuera del ámbito de la Pediatría se ha venido legislando y desarrollando servicios asistenciales sobre aspectos concernientes al bienestar familiar y social de la infancia⁽¹¹⁻¹³⁾ tanto a nivel del Estado como de la mayoría de las CC.AA. (por ejemplo, leyes de servicios sociales, cambio de la Ley de adopción, reconocimiento del acogimiento familiar, adopciones de extranjeros, Convención internacional de los derechos de la infancia, Ley de protección jurídica del menor, Reforma de los Códigos Penal y Civil). Este nuevo marco social y legal está, de forma paradójica, no totalmente integrado en el quehacer de la práctica profesional del pediatra y sólo aparece en situaciones extremas de crisis.

Propuestas

1. Formación de pre y postgraduado

Formalmente estos temas psicosociales y del maltrato a la infancia aparecen en los programas de formación de pre y post-

¹Pediatra. Centro Salud «María Montessori». Leganés, Madrid. Presidente de la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato a la Infancia.

²Paidopsiquiatra. Unidad Salud Mental Infantil de Avilés (SESPA). Presidente de la Sección de Psiquiatría Infantil de la AEP.

graduado; no obstante, la aproximación conceptual suele ser descontextualizada (por ejemplo, se fragmentan las lesiones por aparatos y sistemas, sin integrarse sindrónicamente), parcial y sesgada (por ejemplo, la expresión meramente descriptiva del maltrato físico y, sólo en época reciente y excepcionalmente del abuso sexual) e incompleta (por ejemplo, se exponen formas clínicas aisladas y sin contemplar ni las secuelas ni el abordaje terapéutico desde una perspectiva evolutiva y longitudinal). Como consecuencia la especificidad en la detección es muy elevada, pero la sensibilidad (en la doble acepción epidemiológica y profesional) es muy reducida⁽¹⁴⁾. Ante este panorama parece pertinente desarrollar los contenidos formalmente expuestos en los programas formativos, de forma más unificada e integrada en los aspectos psicosociales, en particular de los malos tratos.

2. Formación continuada

Debe orientarse a la adquisición y consolidación de habilidades terapéuticas y actualización de los nuevos avances en estos temas^(8,15), comprendiendo tres bloques básicos:

2.1. Conocimiento del uso práctico en la detección y primera valoración del riesgo^(16,17), de los factores de riesgo y de las escalas de valoración clínica (por ejemplo, síntomas y signos físicos, funcionamiento familiar, características del niño/a y de la demanda).

2.2. Conocimiento del marco legal y de los agentes sociales con responsabilidades en las primeras medidas de protección y tutela de la infancia en dificultad (servicios sociales y organismo de tutela de cada Comunidad Autónoma). Hay que referirse al marco legal estatal y al propio de cada CC.AA.⁽¹¹⁾.

2.3. Conocimiento y manejo de instrumentos para una adecuada intervención terapéutica y una coordinación con las redes implicadas en la protección de la infancia y en la salud mental de la infancia y adolescencia (por ejemplo, formas de información a la familia, notificación a los servicios sociales y al sistema judicial, técnicas de seguimiento de las posibles secuelas en los niños/as maltratados)⁽¹⁸⁾.

3. Organización de los servicios

3.1. Delimitar el organismo de las diferentes redes asistenciales para la atención a la infancia (incluyendo los diferentes niveles asistenciales de cada uno de ellos y su forma de acceder a ellos), que existen en un territorio determinado y que pueden ser necesarias para la detección y tratamiento (por ejemplo, servicios especializados de salud mental infanto-juvenil de referencia, hospital de área, unidades específicas como las de adolescencia o abusos sexuales), junto con aquéllos más propiamente responsables de las medidas de protección (por ejemplo, servicios sociales, organismos de tutela de las Comunidades Autónomas, Fiscalía)⁽¹⁸⁾.

3.2. Disponer de protocolos diagnóstico-terapéuticos⁽¹⁹⁾, con la actuación específica de cada sistema de atención a la infancia, en los que se incluye la interconsulta entre los diferentes servicios como un instrumento operativo eficaz (por ejemplo, técnicas de análisis de caso conjunto entre los servicios sanita-

rios, los educativos y los servicios sociales de un territorio determinado, donde se aborden las características del caso problema y los pasos en el tratamiento y la corresponsabilización en el seguimiento).

4. Investigación

Las especiales características de estos procesos de dificultad psicosocial en la infancia, como es el maltrato, exigen que los procedimientos más adecuados sean los basados en las metodologías de investigación-acción para:

4.1. Desarrollo de instrumentos para mejorar la detección de los malos tratos⁽²⁰⁾, tanto en servicios de Atención Primaria como en los servicios de urgencia hospitalarios (por ejemplo, items a incluir en la historia clínica ante situaciones de probable maltrato en sus diferentes formas de presentación).

4.2. Establecimiento de protocolos de intervención terapéutica⁽¹⁸⁾, incluyendo parámetros que permitan la evaluación del tratamiento, sobre todo del impacto longitudinal de los malos tratos en la biografía del niño/a víctima de ellos⁽²¹⁾.

Bibliografía

- 1 Kempe CH, Silverman F, Steele B, Droegmueller W, Silver H. The battered child syndrome. *JAMA* 1962; **181**:17-24.
- 2 Kempe RS, Kempe CH. *Niños maltratados*. Madrid: Ed. Morata, 1989.
- 3 Tardieu A. Etude médico-legal sur les sévices et mauvais traitements. *Publ Med Leg* 1860; **13**:361.
- 4 Saldaña D, Jiménez J, Oliva A. El maltrato infantil en España: Un estudio a través de los expedientes de Menores. *Infancia y Aprendizaje* 1995; **71**:59-68.
- 5 Martín L, Paul J de, Pedrera JL. La infancia maltratada: contenidos psicopatológicos. En: J. Rodríguez-Sacristán (ed). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Ed. Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 1995; tomo II, pp. 1297-1322.
- 6 Delgado A. Síndrome del niño maltratado. *Pediatría Clínica* 1988; **3**:95-97.
- 7 Comisión Tutela del Menor. *Informes técnicos*. Madrid: Consejería de Asuntos Sociales, 1996.
- 8 Gómez de Terreros I (ed). *Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil*. Granada: Editorial Comares, 1995.
- 9 ADIMA. *Guía para la atención al maltrato infantil*. Sevilla: ADIMA, 1973.
- 10 Consejería de Integración Social. *Atención al maltrato infantil: Guía para la Atención del Maltrato a la Infancia por los profesionales de la Salud*. Madrid: Consejería de Integración Social, 1993.
- 11 Pedreira JL, Mato JC. Infancia, adolescencia y Ley. En: J. Rodríguez-Sacristán (ed). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Ed. Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 1995; tomo II, pp. 1323-1349.
- 12 Asamblea General de Naciones Unidas. *Convención Internacional sobre los Derechos de los niños y las niñas*. Gijón: Ayuntamiento de Gijón, 1996.
- 13 Congreso de los Diputados. *Ley de Protección Jurídica de los Derechos del Menor*. Madrid: Acta del Congreso de los Diputados 1995; **28**:12.
- 14 Paul J de, San Juan C. La representación social de los malos tratos y el abandono infantil. *Anuario de Psicología* 1992; **53**:149-157.
- 15 Meadow R (Dir). *ABC of Child Abuse*. London: Ed. Br Medical Journal,

- 1989.
- 16 Helper RE. Child abuse and Neglect: Assessment, Treatment and Prevention, October 21, 2007. *Child Abuse and Neglect* 1991;**15**(Suppl I):5-15.
- 17 Wolfe Th. Child Abuse. London: Ed. Sage, 1987.
- 18 Martín Alvarez L, Pedreira Massa JL. Infancia maltratada. En: M.T. Muñoz, M.I. Hidalgo, L. Rubio, J. Clemente. *Pediatría Extrahospitalaria*. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1994; pp. 353-362.
- 19 Pedreira JL. *Protocolos de salud mental infantil para atención primaria*. Madrid: ELA-Arán, S.A. 1995.
- 20 Arruabarrena MI, Paul J de, Torres B. *El maltrato infantil: Detección, notificación, investigación y evaluación*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.
- 21 Killen Heap K. A predictive and follow-up study of abusive and neglectful families by case analysis. *Child Abuse and Neglect* 1991; **15**:261-273.