

MALTRATO INFANTIL

INTRODUCCIÓN: Definición y Concepto

La Convención de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas (1989) se refiere al maltrato infantil (Artículo 19) como toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que lo tenga a su cargo.

Definiremos el maltrato infantil (considerando dentro del concepto las situaciones de riesgo o aquellas en que el niño no esté siendo atendido según sus necesidades), como acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenace y/o interfiera en su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

El trato violento a los niños es tan antiguo como la propia humanidad. Estudios y obras literarias certifican su existencia en diferentes culturas y épocas. Así, por ejemplo, en la Revolución Industrial multitud de niños fueron utilizados como mano de obra barata; en la actualidad, esto aún sucede en países en desarrollo.

De forma progresiva la sociedad se va dotando, a lo largo de la historia, de modos diversos de protección del menor. Se crean incluso, hospicios y orfanatos con procedimientos educativos que hoy consideramos no adecuados. Entre los años 70 y 80 se desarrollan medidas de protección y promoción de la infancia y se inician otros procedimientos de intervención y tratamiento. Cada vez más, nuestra sociedad, a través de sus instituciones y sus profesionales, ONG's y en general los ciudadanos, muestran una mayor sensibilización ante la situación de maltrato a la infancia. Esto ha llevado al aumento de la notificación de casos en los que se produce este maltrato. Sin embargo y de forma asociada se puede observar la aparición de ciertas situaciones que dificultan un buen trato a la infancia maltratada, entre las que podemos mencionar:

- La situación de los menores que como víctimas-ofensores tienen que acudir a declarar a diferentes organismos (judiciales, clínicos, sociales, policiales), resultando de ello una grave victimización secundaria al no estar adaptados los sistemas a las características evolutivas de los mismos.

- Desconocimiento de los recursos.
- El elevado número de peticiones y solicitudes de distintos profesionales (jueces, abogados, maestros, trabajadores sociales) sobre valoración médica y psicológica de menores víctimas y/o ofensores, no existiendo equipos configurados para atender esta demanda en la mayoría de regiones españolas.
- El aumento de notificaciones sobre situaciones de maltrato así como de peritaciones médicas, psicológicas y sociales pone de manifiesto una nueva necesidad en los sistemas de atención: el tratamiento tanto para la víctima como para el ofensor.
- Es importante por lo tanto dar respuesta a posibles situaciones de maltrato generado por situaciones familiares de crisis familiares (separaciones, divorcios).

Tabla 1.- Tipos de maltrato		
	ACTIVO	PASIVO
FÍSICO	Maltrato físico Abuso sexual	Abandono físico
EMOCIONAL	Maltrato emocional	Abandono emocional

EPIDEMIOLOGÍA

El número de niños maltratados jamás podrá ser conocido. Así de contundente se manifestaba Kempe hace tres décadas, pero sigue reflejando la realidad actual. Sólo se cuenta con aproximaciones a la realidad del problema, que es mayor en países desarrollados que en los países en vías de desarrollo. Unos estudios estiman que se detectan entre un 10 a un 20 % de los casos que se producen, y otros que por cada caso detectado existen al menos otros siete que pasan desapercibidos. La mayoría de casos detectados y denunciados corresponden a los casos más graves de maltrato físico, pero otras formas de maltrato de gran prevalencia, como son el abandono y el abuso sexual, tienen más dificultades para su detección y registro.

POBLACIÓN / EDADES DE RIESGO

En los estudios realizados en España, los datos de características personales, familiares y situaciones sociales que rodean a los casos de maltrato son bastante concordantes entre sí, así como con los datos de las publicaciones internacionales:

- Es algo más frecuente en niños que en niñas.
- Muchos de los menores sufren más de un tipo de maltrato al mismo tiempo.
- El maltrato se da en niños de todas las edades, siendo el maltrato físico más frecuente en menores de 2 años y el abuso sexual más frecuente a partir de los 9 años, y sobre todo entre los 12 y los 15 años.
- En todos los casos hay una acumulación de factores de riesgo y escasos recursos de apoyo. En muchos casos se dan situaciones socio-familiares marcadas por el desempleo, desestructuración, alcoholismo y drogadicción, enfermedad mental, ambientes carentes de afecto, vivienda inadecuada, etc.

NECESIDAD DE UNIDAD DE CRITERIOS

El maltrato infantil tiene implicaciones en salud mental por:

- Sus efectos negativos sobre el desarrollo del niño, tanto a corto como a medio y largo plazo.
- Su influencia en la génesis y evolución de diversos trastornos mentales de la infancia (de adaptación, de conducta, afectivos, escolares, somatoformes, etc).
- Ser consecuencia de otros trastornos del contexto social, escolar, familiar y/o del propio niño maltratado.
- En muchos casos la intervención adecuada requiere tratamiento tanto psicológico como psiquiátrico.

Para el abordaje integral del maltrato infantil es imprescindible la coordinación interinstitucional de los recursos sanitarios (atención primaria, especializada, hospitalaria) y no sanitarios (servicios sociales, educativos, judiciales).

Los psiquiatras que trabajamos con niños y adolescentes, sobre todo aquellos que lo hacemos en servicios públicos, nos vemos con cierta frecuencia ante casos que podrían denominarse de maltrato. Cuando los casos son muy evidentes (p. ej. maltrato físico), nuestro trabajo está orientado a ayudar al niño y a su entorno para evitar, en la medida de lo posible, las secuelas de la agresión; es decir, sería un

paciente más a atender en nuestro centro de trabajo. Pero la realidad es que, en la mayoría de las ocasiones, las demandas no se corresponden con casos evidentes, sino que se nos presentan en circunstancias oscuras.

Se deben diferenciar situaciones que se pueden presentar en la clínica diaria en relación con el maltrato:

- a) Cuando la demanda está relacionada directamente con el posible maltrato.
- b) Cuando el maltrato aparece en el curso de un tratamiento.
- c) Cuando se es requerido como perito.

Los Servicios de Salud Mental valorarán:

- La existencia de trastornos emocionales y/o del comportamiento en el menor y su grado de severidad.
- El grado de comprensión y atención a las necesidades emocionales del menor por parte de los padres.
- Los factores implicados en la etiopatogenia de dichos trastornos.
- El grado de colaboración de los padres en el proceso terapéutico.
- La existencia de trastornos o problemas mentales importantes en los padres y su grado de severidad.
- Las posibilidades de tratamiento y recuperación de los mismos.
- El grado de colaboración de los padres para su propio tratamiento.

El trabajo desde el punto de vista terapéutico será similar al de cualquier otro paciente en función del cuadro que presente. El niño/a que ha sufrido un maltrato manifestará una patología psíquica variada, dependiente:

- Del tipo y la duración del maltrato
- De la relación existente con la persona maltratadora
- De los apoyos que haya tenido a lo largo del proceso
- De la personalidad previa
- De la edad o el momento evolutivo

Por tanto, vemos que las situaciones de maltrato en la práctica clínica diaria pueden ser más frecuentes de lo que en realidad pensamos, si bien hay que valorar de forma adecuada y exhaustiva tanto al niño como su entorno familiar cercano para poder determinar si existe una situación de maltrato. Lo que debe primar por encima de todo, es velar por el bienestar del menor.

Los profesionales de Salud Mental, para mejorar la atención al maltrato infantil, deben disponer de la adecuada formación sobre el tema para llevar a cabo el

programa de atención al maltrato infantil, tanto en los aspectos teóricos y conceptuales específicos para la salud mental como los que van a formar parte del abordaje integral del maltrato (pediátricos, sociales, legales, de policía y judiciales, de investigación y de prevención).

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DETECCIÓN Y/O DERIVACIÓN

Tabla 2.- Maltrato Físico por Acción	
Indicadores comportamentales	Conducta del cuidador
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cauteloso respecto al contacto físico con adultos ➤ Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran ➤ Muestra conductas extremas (agresividad, rechazos) ➤ Parece tener miedo a sus padres, a ir a casa, llora al terminar las clases y dejar la escuela ➤ Dice que sus padres le han causado alguna lesión 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utiliza disciplina severa ➤ No da explicaciones sobre lesiones del niño ➤ Parece no preocuparse por el niño ➤ Percibe al niño de forma negativa ➤ Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de esta

Tabla 3.- Maltrato Físico por Omisión	
Indicadores comportamentales	Conducta del cuidador
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comportamientos autogratificantes ➤ Somnolencia, apatía, depresión ➤ Hiperactividad, agresividad ➤ Tendencia a la fantasía ➤ Absentismo escolar, se queda dormido en clase ➤ Llega muy temprano a la escuela, se va muy tarde ➤ Dice que no hay quien le cuide ➤ Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto ➤ Comportamientos antisociales 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vida en el hogar caótica ➤ Muestra evidencias de apatía e inutilidad ➤ Mentalmente enfermo o bajo CI ➤ Tiene una enfermedad crónica ➤ Fue objeto de negligencia en su infancia

Tabla 4.- Maltrato Emocional	
Indicadores comportamentales	Conducta del cuidador
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 0-2 años: excesiva ansiedad o rechazo e relaciones psicoafectivas (tímidos, pasivos, asustadizos, ...) ➤ 2-6 años: retraso en el lenguaje, inmadurez socioemocional, pasividad, hiperactividad ➤ 6-16 años: problemas de aprendizaje y lectoescritura, ausencia de autoestima, inmadurez sociemocional, conductas compulsivas y/o autolesiones, problemas en control de esfínteres 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Culpa o desprecia al niño ➤ Es frío y rechazante ➤ Niega amor ➤ Trato desigual a hermanos ➤ Exige al niño por encima de sus capacidades ➤ Tolera los comportamientos del niño sin poner límites

Tabla 5.- Abuso Sexual	
Indicadores comportamentales	Conducta del cuidador
<p>Conductuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dice haber sido atacado sexualmente por un padre/cuidador ➤ Conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados <p>Psíquicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Trastornos del sueño y/o alimentación ➤ Dolor abdominal, cefaleas, trastornos neurológicos, respiratorios, esfinterianos, ... sin causas claras ➤ Depresiones crónicas, intentos de autolisis, mutilaciones ➤ Desvalorización corporal (obesidad, anorexia) ➤ Problemas de conducta ➤ Promiscuidad sexual ➤ Criminalidad, violencia 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Extremadamente protector o celoso ➤ Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador ➤ Sufrió abuso sexual en la infancia ➤ Experimenta dificultades en su relación de pareja ➤ Abuso de drogas ➤ Frecuentemente ausente del hogar

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO

Incluye tres tipos de actuaciones:

- 1) Confirmación de veracidad del maltrato
- 2) Evaluación del estado del niño
- 3) Evaluación diagnóstica. Como resultado de ésta, ha de establecerse una predicción acerca de si es posible modificar el comportamiento de los padres de manera que sean capaces de cuidar adecuadamente a sus hijos, cuales son las necesidades de tratamiento/ayuda de los distintos miembros de la familia, y cuales son los tipos específicos de intervención que se requieren para cubrir tales necesidades.

Evaluación Diagnóstica:

- 1) Información a recoger:
 - ✓ Estructura y composición familiar (genograma)
 - ✓ Contexto socio-económico-cultural
 - ✓ Características y funcionamiento individual de los padres
 - ✓ Características y funcionamiento individual de los niños
 - ✓ Relaciones familiares:
 - Relación de pareja
 - Relación padres-hijos
 - Relación entre hermanos
 - Relación con la familia extensa
 - ✓ Características de la conducta maltratante

- ✓ Relaciones sociales (padres, niños)
- ✓ Situaciones/condiciones estresantes para la familia
- ✓ Contacto de la familia con Servicios Sociales
- ✓ Conciencia del problema y motivación de cambio

2) Fuentes y métodos de recogida de información:

a) Fuentes de información:

- Miembros individuales de la familia, subsistemas familiares, familia nuclear
- Familia extensa
- Profesionales: Servicios de Protección a la Infancia, Salud Mental, Servicios Sanitarios, Escuela, Guardería, Policía, Servicios Judiciales...
- No profesionales: vecinos, conocidos de la familia u otros

b) Métodos utilizados de recogida de información:

- Entrevistas
- Observación: hay varios instrumentos utilizados, como pueden ser:
 - ✓ “Child Well-Being Scales” (CWBS) de S. Magura y B.S. Moses (1986): evalúa si necesidades físicas, psicológicas y sociales del niño están satisfechas.
 - ✓ “Childhood Level of living Scale” (CLLS) de N. Polansky, M.A. Chalmers, E. Bittenwieser y D. Williams (1978): evalúa el nivel de cuidado físico y emocional recibido por el niño.
 - ✓ “Family Assessment Form” (FAF) de McCroskey y Meezan, 1997): recoge información acerca del entorno de la familia, las figuras parentales, las interacciones familiares y el estado de los niños.
- Cuestionarios, inventarios o escalas autoaplicadas:
 - ✓ “Child Abuse Potential Inventory”, validado para su uso en España (De Paúl, Arruabarrena y Milner, 1998).
- Registros de conductas

3) Determinación del pronóstico del caso.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tabla 6.- Diagnóstico diferencial: abuso físico	
Pueden dar lugar a fracturas y alteraciones patológicas en los huesos que pueden imitar lesiones causadas por abuso físico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedades óseas ▪ Sífilis congénita ▪ Osteomielitis ▪ Hiperostosis cortical infantil ▪ Espina bífida
Alteraciones hemorrágicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemofilia
Lesiones realmente accidentales	

Tabla 7.- Diagnóstico diferencial: abuso sexual
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno Bipolar ▪ Trastornos del comportamiento ▪ TDAH ▪ Trastornos de ansiedad (fobias, ansiedad social, T. ansiedad generalizada, TPET) ▪ Trastornos disociativos ▪ Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia, bulimia

Tabla 8.- Diagnóstico diferencial: maltrato emocional
Aunque el abuso físico y el abuso sexual han sido objeto de numerosos estudios, posiblemente la forma más frecuente de abuso y negligencia en el niño es el maltrato emocional , que es el que presenta una relación más intensa con la actividad psicológica a largo plazo (Kaplan et al, 1999). Sin embargo, no se han publicado estudios relevantes sobre el maltrato emocional porque se considera que causa menos daños que el abuso físico y que el abuso sexual (Kaplan et al, 1999).

ALGORITMO TERAPÉUTICO

1) Población objeto de estudio

- Víctimas de maltrato físico
- Víctimas de maltrato sexual
- Casos graves que requieren hospitalización
- Niños con antecedentes psiquiátricos/psicológicos
- Episodios repetidos de maltrato
- A requerimiento de la institución
- Presencia de factores de riesgo en la familia
- Antecedentes psiquiátricos en los padres
- Antecedentes de abuso de tóxicos
- Situación social muy desfavorable

2) Contenidos del Informe Psiquiátrico/Psicológico

a) Generales:

- Motivo de consulta
- Anamnesis personal y familiar

- Exploración física y psicopatológica
 - Pruebas complementarias
 - Diagnóstico, indicación terapéutica y centro al que se deriva
- b) Específicos:
- Nivel evolutivo de áreas cognitivas y emocionales del niño, padres y familiares
 - Temperamento y responsabilidad de padres y hermanos
 - Habilidades generales, creencias, expectativas y prácticas educativas de los padres
 - Grado de colaboración durante la valoración
- c) Datos reconocidos por la familia:
- Existencia de antecedentes psicológicos o psiquiátricos
 - Uso o abuso de tóxicos
 - Situaciones de estrés familiar
 - Situación conyugal o de pareja
 - Conductas de maltrato previas
 - Antecedentes de tipo judicial-penal
- d) Valoración final:
- Consideración de la repercusión psicológica del maltrato
 - Consideración del riesgo de repetición de episodios de ese tipo
 - Consideración del posible riesgo-beneficio de medidas protectoras

BIBLIOGRAFÍA

- Paúl J, Arruabarrena MI: "Manual de Protección Infantil". Masson 1996.
- Díaz JA, Casado J, García E, Ruiz MA, Esteban J (dir). "Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la comunidad de Madrid". Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 1998.
- Gómez I. "Los profesionales de la Salud ante el maltrato infantil". Comares.1995.
- Wiener JM & Dulcan MK: "Tratado de Psiquiatría de la infancia y adolescencia". Masson 2006.
- Arruabarrena MI, Paúl J, Torres B. El maltrato infantil. Detección, notificación, investigación y evaluación. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.1995.
- Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González C (dir). "Niños maltratados". Madrid. Díaz de Santos. 1997.
- ICD-10. Geneva: World Health Organization; 1992.
- Child Health and Development, Division of Family Health, Injury Prevention Programme, Division of Emergency and Humanitarian Action and division of Mental Health. Protocol for the study of interpersonal physical abuse of children. WHO/FHE/CHD/94.1 Switzerland, World Health Organization. 1994.
- WHO. First Meeting on Strategies for Child Protection EUR/ICP/FMLY/01.03.01 Padua, Italia 1998.
- Consejo Interterritorial. "Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos". Ministerio de Sanidad y Consumo. 1999.
- Oñorbe M, García M, Díaz Huertas JA (dir). "Maltrato Infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario". Documento de Salud Pública 22. Madrid: Consejería de Salud. 1995.
- Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruíz Díaz MA, Esteban Gómez J (dir)."Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario". Madrid: consejería de Sanidad y Servicios Sociales.1998.
- Daro D, Downs B Keeton et al. World perspectives on child abuse: an international resource book. International Society for Prevention Child Abuse and neglect ISPCAN. 1992: 1-37, 65-112.
- Sariola H, Uutela A. The prevalence of child sexual abuse in Finland. Child Abuse Neglect, 1994; 18:827-835.
- Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics and risk factors. Child Abuse Negl, 1990; 14: 19-28.