

7. El maltrato infantil

7.1. Concepto

El concepto de maltrato en la infancia y los distintos tipos del mismo se resumen en la **tabla 7.1**.

7.2. Situación actual del maltrato a la infancia

La Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 subraya en su artículo 19 que «los Estados partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo».

El maltrato infantil es un problema social que atenta contra los derechos de los segmentos más vulnerables de la sociedad, y su abordaje es un objetivo de salud pública.

Tabla 7.1. Concepto y tipos de maltrato infantil

Tabla 7.1. Concepto y tipos de maltrato infantil	
CONCEPTO	«Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras el niño se encuentra bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona o institución, que le tenga a su cargo.»
	Tipología
Maltrato físico	Cualquier acción no accidental por parte de padres, cuidadores y otras personas que provoque o pueda provocar daño, lesiones físicas o enfermedad en el menor.
Abuso sexual	Cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad. No es necesario que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamientos) para considerar que existe abuso, sino que puede utilizarse al niño como objeto de estimulación sexual, se incluye aquí el incesto, la violación, la vejación sexual (tocamiento/manoseo a un niño con o sin ropa, alentar, forzar o permitir a un niño que toque de manera inapropiada al adulto) y el abuso sexual sin contacto físico (seducción verbal, solicitud indecente, exposición de órganos sexuales a un niño para obtener gratificación sexual, realización del acto sexual en presencia de un menor, masturbación en presencia de un niño, pornografía...).
Maltrato emocional	Cualquier conducta psíquicamente destructiva de tipo intencional por parte de un adulto que cause o pueda causar deterioro en el desarrollo emocional, social e intelectual del niño.
Negligencia en el cuidado físico y/o psicoafectivo	Falta de cuidados básicos, supervisión o atención que afecte al desarrollo físico, emocional y/o intelectual del niño, por parte de padres o cuidadores. El máximo grado es el abandono, que tiene repercusiones psicológicas y características somáticas.
Síndrome de Münchhausen por poderes	Los padres/madres cuidadores someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto (por ejemplo, mediante la administración de sustancias al niño).

Pero al igual que ocurría con la violencia de género, si queremos comprender el problema del maltrato infantil en su totalidad, es preciso situarse en una perspectiva integradora, donde comprendamos que el maltrato es la expresión de un proceso de distorsiones en la interacción familiar y no el resultado de una conducta aislada de uno de sus miembros.

El informe sobre el maltrato infantil en la familia, primera parte del ambicioso Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar, y que presentó el Centro Reina Sofía, a partir de una exhaustiva investigación de campo que llevó a cabo a lo largo de tres años, donde analizó todos los expedientes incoados por los Servicios Sociales en todas y cada una de las provincias españolas durante 1997 y 1998, revela que 11.148 niños sufrieron maltrato en ese período, 7 de cada 10.000.

Considerando que las víctimas pueden sufrir varios tipos de maltrato a la vez, de cada 10 niños maltratados en España, 9 sufren negligencia, 4 maltrato emocional y 2 maltrato físico, mientras que el abuso sexual representa un 3,6% del maltrato. Por otra parte, en el año 1998 se registraron 3 muertes de menores, y sólo en 2001 la cifra ya superaba los 18. Es preciso subrayar que la mayoría de estas muertes no se debió a «maltrato físico directo», sino a la negligencia de los padres, un tercio de los cuales lo hacen bajo el efecto del alcohol o las drogas.

7.3. Niveles de prevención

La atención de salud al niño/a en Atención Primaria es el primer nivel de la atención de salud, con continuidad de los cuidados y con actividades preventivas y de promoción de salud. Dentro de este marco y como problema público de salud, la aproximación al maltrato infantil se debe considerar a partir de los niveles de prevención:

- **Prevención primaria:** el objetivo, como en todos los problemas de salud, es disminuir la incidencia, participando y conociendo la legislación de protección y participación de la infancia a través de actividades de promoción del niño y reparando en sus necesidades. De esta manera, la comunidad se mentaliza en relación a hábitos positivos y así evitar la aparición del problema.
- **Prevención secundaria:** interviene sobre los factores de riesgo, una vez que se conocen, para la detección ante un proceso aparentemente silente y asintomático. Es decir, se dirige a aquellos colectivos de riesgo o dificultad social para evitar que determinadas situaciones terminen en malos tratos.

- Prevención terciaria: como diagnóstico y actuación sobre la enfermedad establecida y sus secuelas, por medio del conocimiento de los síntomas y signos de las diferentes formas del maltrato infantil. También exige la intervención sobre el contexto, la familia, la comunidad, para evitar la reincidencia.

En cuanto a la prevención secundaria y terciaria es también objetivo primordial la ayuda a los padres a través del apoyo terapéutico adecuado, exigiéndose la coordinación entre los profesionales.

Cuanto antes se intervenga, más posibilidades existen de lograr cambios positivos en la familia.

7.4. Factores de riesgo del maltrato infantil

No son pocos los padres de familia que han desterrado de sí la responsabilidad inherente a su condición de cuidar, querer, proteger, orientar y ayudar a sus hijos en sus posibilidades de desarrollo, asumiendo un nuevo papel, el de verdugos.

La génesis del maltrato no se explica por la presencia de un solo factor de riesgo, se explica más bien por la existencia de una acumulación de factores de riesgo. Existe un amplio consenso en considerar que los malos tratos son fruto de la interacción y el refuerzo de múltiples fuerzas, el niño, la familia, el entorno...

Con ello nos referimos a los factores de riesgo. La presencia de éstos no conlleva necesariamente una situación de maltrato, pero la detección de los mismos puede ayudar al profesional en su intervención a prevenir conduc-

Tabla 7.2. Factores de riesgo del maltrato infantil

Ontogenético (Historia personal del individuo)	Microsistema (Relación de la familia)	Ecosistema (Entorno comunitario, laboral y social)	Macrosistema (Tipo de sociedad donde se desarrolla el menor y la familia)
<ul style="list-style-type: none"> • Historia, abuso y maltrato. • Historia, desatención. • Problemas psicológicos. • Estrés. • Imagen de sí mismo. • No atención en necesidades del niño. • Baja tolerancia a frustración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura familiar. • Escasa capacidad empática. • Ausencia de habilidades. • Niños difíciles, atípicos o incluso no deseados. • Problemas padre/madre. • Estabilidad de la pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clase social: <ul style="list-style-type: none"> – Pobres recursos económicos, falta de cultura, pobreza. • Trabajo: <ul style="list-style-type: none"> – Desempleo. – Escasa autoestima, frustración. • Vecindad: <ul style="list-style-type: none"> – Aislamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis económica. • Movilidad social. • Actitudes hacia: <ul style="list-style-type: none"> – Violencia. – Maternidad/ Paternidad – Educación. – Familia.

tas y situaciones que favorezcan la protección del menor, evitando el maltrato (**tabla 7.2**).

Entre este conjunto de factores, Wilson (1995) en un metaanálisis encuentra una buena evidencia entre maltrato infantil y bajo soporte social, recientes sucesos vitales estresantes, enfermedad psiquiátrica en la madre, embarazo no deseado e historia de abuso en la infancia de la madre o el padre. Dos factores, quizás, sean los que pueden concurrir de un mayor modo en el desarrollo de una personalidad violenta y consecuentemente en una situación de maltrato.

1. Factores socioeconómicos

Una situación de marginalidad y pobreza favorece en mayor medida el desarrollo de situaciones generadoras de tensión y estrés familiar. En estos contextos desfavorecidos, el maltrato y la negligencia es más fácil que aparezcan.

En las clases altas, la invisibilidad es más alta y es más frecuente que se dé el maltrato psicológico, ya que se registra, por lo general, en los espacios más íntimos de la convivencia familiar.

En lo que respecta al abuso sexual, no hay diferencia en la incidencia, entre razas, religión o clases sociales.

2. Factores socioculturales

Hay padres maltratadores que han sido niños maltratados, pero no siempre éstos se convierten en padres maltratadores. El maltrato es para muchos progenitores el resultado de sus tragedias históricas, aunque no sólo porque también ha existido un conjunto de creencias que justificaban la existencia de malos tratos por «razones educativas».

Esto nos lleva a afirmar que, en nuestra sociedad, la dependencia del niño de los adultos constituye en sí misma un factor de riesgo. No es el único y, quizás, por eso sea necesario prestar una especial atención a esta serie de indicadores que nos van a permitir detectar, quizás, de una manera más rápida y eficaz, las posibles situaciones de maltrato infantil desde la Atención Primaria.

7.5. Síntomas o indicadores del maltrato a los menores

A continuación, de forma resumida en forma de tablas, presentamos algunos indicadores que pueden resultar útiles para sospechar la existencia de maltrato en la infancia (**tablas 7.3, 7.4, 7.5 y 7.6**).

Tabla 7.3. Indicadores de maltrato físico		
Indicadores físicos en el niño/a	Indicadores comportamentales o emocionales	Indicadores de comportamiento y actitudes de los padres
<ul style="list-style-type: none"> • Magulladuras o hematomas en el rostro, labios o boca con diferentes fases de cicatrización en zonas extensas, como pecho, espalda... • Quemaduras en superficie de manos, pies, etc. • Fracturas de cráneo, nariz, mandíbula, huesos largos o fracturas múltiples. • Lesiones abdominales, oculares o viscerales. • Mordeduras, cortes, pinchazos. • Intoxicación por uso de medicamentos, drogas, alcohol, gas, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud temerosa, silenciosa y desconfianza hacia los adultos. • Escasa autoestima y deficitaria autoimagen (mirada baja, voz baja, huida ante la mirada del adulto). • Conductas extremas: agresividad o inhibición. • Deficiencias en el desarrollo madurativo. • El niño manifiesta ser agredido por sus padres u otros adultos. • Pesadillas y/o problemas de sueño. • Problemas en el control de esfínteres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dan explicaciones no convincentes de la lesión o ilógicas. • Parece no preocuparse por el niño/a o intenta ocultar la lesión. • Protege la identidad de la persona responsable. • Percibe al niño de forma negativa (malo, perverso, etc.). • Abuso de sustancias tóxicas y/o alteraciones del comportamiento. • Excesiva demora en acudir al médico tras la lesión.

Tabla 7.4. Indicadores de abuso sexual		
Indicadores físicos en el niño/a	Indicadores comportamentales o emocionales en el niño/a	Indicadores de comportamiento y actitudes de los padres
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para andar o sentarse, no relacionada con posturas inadecuadas o problemas psicomotores conocidos. • Ropa interior ensangrentada. • Se queja de dolor, picor en la zona genital. • Contusiones o sangrado en los genitales o zona anal. • Tiene la vulva o zona anal hinchados, semen en la boca, genitales o ropa. • Embarazo en la niña. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reservado. • Conductas agresivas. • Conductas delictivas o fugas. • Conductas regresivas. • No quiere cambiarse de ropa para hacer gimnasia. • Miedos, fobias o pesadillas. • Déficit de concentración e hiperactividad que aparecen de forma brusca. • Manifiesta conductas sexuales extrañas sofisticadas provocadoras e inusuales. • Trastornos de control de esfínteres. • Trastornos de alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Extremadamente protector o cauteloso con el menor. • Alienta para implicar en actos sexuales al niño/a. • Dificultades de pareja. • Ausencia frecuente del hogar. • Consumidor de sustancias tóxicas.

Tabla 7.5. Indicadores de maltrato emocional

Indicadores físicos en el niño/a	Indicadores comportamentales o emocionales en el niño/a	Indicadores de comportamiento y actitudes de los padres
<ul style="list-style-type: none"> Talla corta, retraso no orgánico del crecimiento, enfermedades de origen psicosomático, retraso en todas o en algunas áreas madurativas. 	<ul style="list-style-type: none"> Excesiva ansiedad o rechazo en relaciones psicoafectivas: tímidos, pasivos, asustadizos. Inmadurez socioemocional, agresividad, pasividad en las relaciones sociales, hiperactividad. Relaciones sociales escasas y/o conflictivas, conductas convulsivas y/o de autolesión, problemas en control de esfínteres. 	<ul style="list-style-type: none"> Culpan o desprecian al niño. Son fríos. Niegan amor. Trata de manera desigual a los hermanos. Parecen no preocuparse por los problemas del niño. Exigen al niño por encima de su capacidad física, intelectual y psíquica. Toleran todos los comportamientos del niño sin ponerle límite alguno.

Tabla 7.6. Indicadores de maltrato por negligencia

Indicadores físicos en el niño/a	Indicadores comportamentales o emocionales en el niño/a	Indicadores de comportamiento y actitudes de los padres
<ul style="list-style-type: none"> No comparece en las consultas ambulatorias. Inadecuación de las dietas no justificables. Inadecuado vestuario a la climatología. No sigue el calendario vacunal ni los tratamientos. Evidencia de una enfermedad no consultada a nivel médico. Repetición de accidentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Retrasos inexplicables del crecimiento, maduración. El niño/a no atiende a normas. El niño/a no obedece a las consignas dadas por el personal sanitario. El niño/a contesta de forma inapropiada al personal sanitario. 	<ul style="list-style-type: none"> Insistencia en ingresos hospitalarios. Muestran evidencia de apatía o inutilidad. Mentalmente enfermo o bajo nivel intelectual. Enfermedad crónica que impide una correcta atención al niño. Fue objeto de negligencia y vida en el hogar caótica.

7.6. ¿Cómo actuar desde nuestro Centro de Salud?

No resulta fácil diagnosticar una situación de maltrato en la infancia, ya que éste, en la mayoría de las ocasiones, acontece en el medio intrafamiliar, lo que hace que pase desapercibido para el profesional. Lograr detectarla haría posible la ayuda a la familia y al niño, minimizaría las consecuencias, trataría las secuelas y, en último caso, sería posible prevenir de una manera mucho más eficaz, si cabe, las posibles recurrencias.

Debemos tener en cuenta que en cualquier actuación prima el bienestar y protección del menor. Durante la entrevista con él es importante establecer un clima cálido, de seguridad y confianza, evitando que durante las preguntas se sienta presionado o coaccionado y pueda responder abiertamente.

El diagnóstico de maltrato infantil tiene consecuencias legales, por lo que, siempre que sea posible, solicitaremos al Juzgado la presencia del médico

forense. Si se presenta, la parte legal (obtención de pruebas, evidencias...) le corresponde a él, y al médico la parte asistencial. Si él no se presenta, ambas actuaciones, legal y asistencial, caerán en el médico asistente.

Es importante recalcar los criterios para que la asistencia se lleve a cabo en urgencias:

- Agresión reciente (menos de 72 horas).
- Posibilidad de pérdida de pruebas.
- Necesidad de tratamiento urgente (no olvidar el psicológico).
- Necesidad de proteger al menor.
- Presencia de signos o síntomas que hagan sospechar un maltrato.

Nos parece interesante el protocolo que ofrece Jordi Pou i Fernández (véase Anexo) sobre la actuación clínica ante el maltrato infantil una vez que el menor está encaminado a los servicios especializados. En este protocolo queremos llamar la atención a la justificación de los exámenes complementarios obligatorios en menores de dos años.

La serie esquelética debe comprender todo el esqueleto. Son sospechosas las fracturas de fémur, vertebrales y de cráneo, así como las múltiples de costillas.

La TAC nos visualizará la presencia de hematoma subdural.

El fondo de ojo es para evaluar la presencia de hemorragias retinianas, que en menores de 2 años y en ausencia de otras patologías, apoya fuertemente el diagnóstico, incluso a veces puede determinar el momento en que ocurrió.

Desde el ámbito de Atención Primaria, **la intervención** sobre la sospecha de maltrato infantil comprende:

- Mantener una actitud de sospecha activa para permitir la detección precoz de los casos de maltrato infantil.
- Tratamiento de las lesiones y sus secuelas físicas.
- El examen clínico ha de ser extremadamente meticuloso y cuidadoso, tratando de reducir, en lo posible, la experiencia traumática vivida por el menor y evitando, en lo posible, exploraciones innecesarias o repetidas, si se considera que debido a la gravedad o importancia de las lesiones ha de ser remitido al médico forense o centro hospitalario.
- Establecer medidas protectoras en caso de sospecha de riesgo de contagio (inmunización tétanos, hepatitis B, tratamiento profiláctico de enfer-

medades infectocontagiosas o lesiones físicas, controles serológicos de enfermedades de transmisión sexual).

- En los casos de agresión sexual a niñas en edad fértil, es preciso establecer medidas de prevención de embarazo secundario.
- Asegurar el tratamiento emocional y psicológico remitiendo al niño a centros de salud mental infantojuvenil. No debemos olvidar que un menor sufre más de un maltrato al mismo tiempo; así, menores que han sido víctimas de un abandono físico o un trato negligente, sufren también abuso emocional; del mismo modo, todo lo que atañe al abuso sexual tiene siempre una estrecha correlación con el abuso emocional.
- Coordinarse con el trabajador social del centro o los servicios sociales de la zona, respetando las respectivas áreas de trabajo, facilitando la comunicación, la toma de decisiones colegiadas y realizando informes periódicos del estado de salud física del niño. Debemos tener siempre presente que en los programas de atención al menor se determina que la evaluación del riesgo y la gravedad del maltrato le compete de forma directa a los servicios de Protección del Menor, pero esto no debía ser impedimento para que ante cualquier sospecha de abuso, el médico de Atención Primaria aproveche estos conocimientos (**tabla 7.7**), para proteger de una forma más eficaz al menor.
- La notificación del caso es una condición necesaria para posibilitar la intervención del Servicio de Protección al Menor. Es, además, una obligación legal y profesional (Ley de Enjuiciamiento Criminal, artículo 262. Ley de Protección Jurídica al Menor, artículo 13. Código Penal, artículos 407 y 450. Código de Deontología y Ética Médica, artículo 30.2). Cuando se encuentre gravedad de las lesiones o necesidad de recoger pruebas forenses, se remitirá a un centro hospitalario donde se procederá a la intervención policial y/o judicial. Cuando se sospeche alto riesgo de desamparo familiar, se

Tabla 7.7. Variables que determinan la gravedad y el riesgo del maltrato infantil

Factores que evalúan la gravedad	Factores que evalúan el riesgo
<ul style="list-style-type: none"> • Gravedad de las lesiones y/o frecuencia del maltrato. • Proximidad temporal del incidente con respecto a la fecha de investigación. • Localización de las lesiones. • Historia previa de informes de maltrato o abandono. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso del agresor al menor. • Comportamiento del niño. • Conducta antisocial del cuidador. • Capacidad del cuidador. • Habilidades del cuidador. • Relación de la pareja. • Fuentes de apoyo social. • Condiciones del hogar. • Respuesta ante la intervención protectora.

asegurará el ingreso en un centro hospitalario. No sólo los casos graves deben ser notificados, también los aparentemente leves y las situaciones de riesgo. En estos supuestos se comunicará a los servicios sociales del centro de salud o servicios sociales municipales de la zona.

- Tal y como vimos en la VG, las implicaciones legales y personales, la desconfianza en el sistema judicial, la falta de apoyo, el secreto profesional mal entendido, la falta de información sobre la responsabilidad adquirida, etc., influyen negativamente en el momento en que es preciso denunciarlo. Es muy importante que los médicos tomemos conciencia de que la denuncia forma parte de nuestro trabajo.
- Seguimiento de la familia y el niño para el tratamiento de las crisis (secuelas, repetición del maltrato, problemas de salud asociados).
- Procurar la atención al grupo familiar, adoptando medidas terapéuticas oportunas (frente al alcoholismo, toxicomanías, trastornos psiquiátricos, planificación familiar, etc.). Se valorará remitir a las familias a grupos de ayuda mutua y educadores familiares psicoterapeutas de familia.
- Favorecer la atención del menor en su propia familia, siempre que ello sea posible, procurando la participación de los padres y familiares próximos en el proceso de normalización de su vida social.