



El maltrato infantil

Conceptos básicos de una patología médico social legal

*Arturo Loredó Abdalá^a, Daniella Alejandra Monroy Llaguno^b,
Abigail Casas Muñoz^c*

Resumen

En la actualidad, los pediatras, los médicos familiares y generales, así como los internos y los pasantes en Servicio Social de la Facultad de Medicina encuentran un cambio en la epidemiología de las enfermedades en pediatría y en la disponibilidad de exámenes de laboratorio y gabinete.

El maltrato infantil (MI) es un problema médico al que se enfrentarán cotidianamente. En este artículo se enfatiza la necesidad de entenderlo como un problema médico-social-legal. Se presenta la definición de MI empleada en el Instituto Nacional de Pediatría, la denominación actual de acuerdo al CIE-10, sus diversas modalidades, el diagnóstico diferencial, las características de los 3 elementos básicos para su desarrollo, así como las estrategias requeridas para su atención integral y conclusiones básicas.

^aCoordinador del Centro de Estudios Avanzados sobre Maltrato Infantil-Prevención (CEAMI-P). Instituto Nacional de Pediatría. Secretaría de Salud. México, DF.

^bMédico pasante de Servicio Social. Facultad de Medicina UNAM. México, DF.

^cMédico pediatra e investigador. Centro de Estudios Avanzados sobre Maltrato Infantil-Prevención. Instituto Nacional de Pediatría. Secretaría de Salud. México, DF.

Contacto: Instituto Nacional de Pediatría, Insurgentes sur 3700-C, Insurgentes Cuicuilco, Delegación Coyoacán, CP 04530, México, DF. Correo electrónico: cainm_inp@hotmail.com

Recibido: 27-agosto-13. Aceptado:30-septiembre-13.

Palabras clave: maltrato infantil, abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico, atención integral.

Child mistreatment: Basic concepts of a legal-social-medical pathology

Abstract

Currently, pediatricians, family and general practitioners as well as interns and physicians doing their social service in the Faculty of Medicine are facing a change in the epidemiology of pediatric diseases and the availability of laboratory and imaging tests.

A medical problem they will face daily, is child abuse (ChA). This article emphasizes the need to understand it as a medical social and legal problem. We present a definition used in the National Institute of Pediatrics, the current name of ChA according to ICD-10, the variants of this problem, the differential diagnosis, the characteristics of the three basic elements for its development as well as the strategies required to comprehensive care and basic conclusions.

Key words: Child abuse, physical abuse, sexual abuse, psychological abuse, comprehensive care.

Hoy en día, los futuros médicos del país se deben enfrentar a muchas situaciones nuevas relacionadas con la epidemiología de las enfermedades pediá-



Foto: Latitudes

Figura 1. Disponibilidad de agua potable.



Foto: Ayuntamiento de Alcaraz

Figura 2. Construcción de drenaje.



Foto: Vaccineresistance

Figura 3. Campaña de vacunación.

El maltrato infantil fue aceptado por la Organización Mundial de la Salud en 1999 como un problema global de salud pública, debido al daño físico y emocional que ocasiona en la víctima, al económico y emocional en la familia, y al social y económico en la comunidad. Asimismo, debe entenderse como un problema médico-social-legal.

tricas, debido al predominio creciente de unas, al control de otras, al empleo de las guías desarrolladas en los diferentes campos de la medicina, así como al avance alcanzado en la ciencia y la tecnología¹.

En pediatría, como en otras ramas de la Medicina, estos cambios se deben al éxito obtenido en diversas estrategias de sanidad y de medicina preventiva. Como ejemplo de las primeras, tenemos que la mayoría de la población mexicana cuenta con agua potable embotellada, drenaje, luz eléctrica y vías de comunicación (**figuras 1 y 2**). Respecto a la segunda, tenemos la realización de muchas campañas de vacunación, con lo que se han controlado enfermedades como la poliomielitis, el sarampión, la tos ferina, la parotiditis, enfermedades diarreicas causadas por rotavirus, las meningoencefalitis secundarias al *Haemophilus influenza*, entre otras² (**figura 3**).

Ello ha generado un gran descenso de la tasa de mortalidad infantil, pero ahora este grupo etario es actor principal de otras situaciones que ocupan los primeros lugares de morbilidad. Así, principalmente tenemos accidentes, cáncer, adicciones legales e ilegales, embarazos adolescentes, sobrepeso y obesidad infantil, adquisición de enfermedades de transmisión sexual y diferentes formas de violencia infantil en el hogar, la escuela, en la comunidad y en el país en general.

Para el abordaje de un paciente, el médico puede disponer de avances notables en los estudios de laboratorio y de gabinete; de los primeros, se cuenta con el tamiz metabólico ampliado, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real, los

medios de cultivo bacteriano y viral más sofisticados, y entre los segundos tenemos a la medicina genómica y proteómica, la tomografía, la resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones, entre otros.

Casi todas estas modificaciones obligan a un cambio de paradigma en la actuación del futuro médico. Es decir, tendrá que reenfocar sus objetivos en el servicio social, en el internado y en su quehacer como médico general. Deberá prepararse mejor en la prevención y el diagnóstico de las patologías arriba señaladas para canalizar a los pacientes de forma oportuna, siempre con la conciencia de que alrededor del 40% de la población en México es menor de 18 años^{3,4}.

En este sentido, destaca la reemergencia de la violencia contra los menores, situación que en el ámbito médico pediátrico se conoce como maltrato infantil (MI)⁵⁻¹⁰ (**figura 4**).

Esta patología fue aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999 como un problema global de salud pública, debido al daño físico y emocional que ocasiona en la víctima, así como al económico y emocional en la familia, y al social y económico en la comunidad¹¹. Asimismo, debe entenderse como un problema médico-social-legal. Esta última consideración es fundamental para todo médico, ya que durante su intervención debe conocer y aplicar los lineamientos legales que esta patología demanda.

En casi todos los países existe un subregistro de esta patología debido a que no se denuncia o no se diagnostica correctamente. Esto se debe a que los médicos, entre otros profesionales, no conocen las diferentes modalidades del MI, no utilizan los criterios internacionales para su registro o no cuentan con centros de atención integral, por señalar algunos obstáculos.

Para resolver esta problemática, en el Instituto Nacional de Pediatría se fundó la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM-INP) que a través de casi 16 años ha estudiado los aspectos clínicos, sociales, epidemiológicos y básicos del MI¹²⁻¹⁴.

De esta manera y considerando que seguramente los futuros médicos no han tenido la oportunidad



Foto: Archivo

Figura 4. Maltrato infantil.

de ver, atender o canalizar algún menor con esta patología, queremos hacer las siguientes consideraciones:

1. El término adecuado para la denominación y registro del maltrato infantil, de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), es el de "maltrato infantil"¹⁵ (**figuras 5**).

2. Existen 4 modalidades básicas que se deben registrar como:

- a) Abuso físico.
- b) Abuso sexual.
- c) Abuso psicológico.
- d) Negligencia.

3. Hay otras formas poco conocidas tales como:

- a) Síndrome de Munchausen por poder.
- b) Abuso fetal.
- c) Ritualismo satánico.
- d) Maltrato étnico.



Foto: cortesía del autor

Figura 5. Abuso físico.

4. Hay otras formas poco consideradas como:

- a) Niños trabajadores.
- b) Niños migrantes.
- c) *Bullying*.
- d) Síndrome de alienación parental.
- e) Niños en situación de guerra (**figura 6 y 7**).

5. De la información anterior se desprende que aproximadamente 10% de la población pediátrica puede ser víctima de alguna forma de maltrato. Que sólo uno de cada cien niños maltratados recibe atención médica y que del 55 al 85% de los adultos maltratadores fueron agredidos durante su niñez¹⁴.

6. Un grave problema es poder precisar, entender y aplicar una definición que sea clara y corta. En el CAINM-INP se ha desarrollado una que abarca 9 aspectos fundamentales del problema:

“Toda agresión u omisión *intencional* física, sexual, psicológica o negligente, dentro o fuera del

hogar contra una persona menor de edad, antes o después de nacer, que afecte su integridad biopsicosocial, realizada habitual u ocasionalmente por una persona, institución o sociedad, en función de su superioridad física, intelectual o económica”.¹⁶

El profesional o el grupo especializado en este tema, que atiende a un niño con sospecha de alguna forma de MI, deben descartar las siguientes condiciones, que en un momento dado, pueden ocasionar confusión en el diagnóstico:

- a) Accidentes.
- b) Estrategia disciplinaria.
- c) Estrategia educativa.
- d) Pobreza.
- e) Ignorancia.
- f) “Usos y costumbres”.
- g) Algunas enfermedades pediátricas.

7. Es requisito indispensable que un grupo de profesionales preparados y con experiencia en esta problemática establezca el diagnóstico de certeza.

Por ello hemos propuesto que dicho grupo sea coordinado por un médico pediatra versado en el tema. El trabajador social, el profesional en salud mental (psiquiatra o psicólogo), el abogado y otros especialistas del área paramédica como enfermeras, nutriólogos y odontopediatras pueden terminar de conformar el equipo. De esta manera, la intervención será *interdisciplinaria*.

Al mismo tiempo, se requiere desarrollar una acción *interinstitucional*; es decir, se debe interactuar con otros profesionales que representan instituciones gubernamentales como la Agencia del Ministerio Público, la Procuraduría de cada entidad Federativa, el DIF Nacional o estatal así como algunas ONG.

8. Para que exista MI se requiere la concatenación de 3 elementos básicos, a saber: un menor “especial”, “un adulto especial” y un factor “detonante”^{9,10,14}.

La existencia de uno o 2 de los elementos mencionados, colocan al menor en situación de riesgo o de alto riesgo para ser víctimas de MI. Para que se hable de esta patología es indispensable que los 3

elementos señalados estén presentes. Ello nos obliga a conocer las características básicas de cada uno de los 3 elementos.

a) Los aspectos básicos del menor son los siguientes:

- Edad. Cualquier menor puede ser víctima de alguna forma de MI. Sin embargo, entre más pequeño, la agresión podrá ser más frecuente y más grave. Un ejemplo es el síndrome del niño sacudido¹⁷.
- Género. En términos generales no existe un sexo predominantemente agredido: sin embargo, cuando se habla de abuso sexual, este se observa más frecuentemente en mujeres.
- Lugar en la prole. Se ha podido observar que si el agredido es el primer hijo, habitualmente es varón; si es el tercero, generalmente es mujer.
- La existencia de una malformación congénita, un padecimiento pediátrico crónico o daño neurológico de gravedad variable son condiciones que tienen un riesgo del 12-14% para que el niño sea víctima de alguna forma de maltrato. Este porcentaje se disminuye cuando se ha establecido un vínculo o apego adecuado entre el niño y su familia con el médico o la institución hospitalaria (figura 8).
- Se debe investigar si durante el embarazo o al nacimiento, el producto fue o no deseado, planeado o aceptado, por uno o ambos progenitores. Ello conlleva para el menor un riesgo no especificado, y por lo tanto variable, para ser maltratado.

b) Del agresor, se pueden establecer fehacientemente los siguientes hechos:

- Cualquier miembro de la familia puede ser el agresor. La madre habitualmente causa abuso físico.
- El padre, el abuelo, un hermano mayor, el padrastro o un primo, con mayor frecuencia pueden agredir sexualmente a la mujer.
- El padrastro habitualmente abusa sexualmente; la madrastra, físicamente.



Figura 6. Niña en situación de guerra.



Figura 7. Niños víctimas de la guerra.

c) El factor detonante es variable y puede ser:

- El agresor está o quedó desempleado súbita o crónicamente.
- Puede tener el antecedente de haber sufrido maltrato durante algún momento de su niñez.
- Tiene adicción de alguna sustancia legal (alcohol) o ilegal (cocaína, marihuana, anfetaminas, entre otras).

Como ya se mencionó, el médico o el equipo especializado para la atención integral del MI debe considerar el mayor número de elementos que le permitan precisar correctamente el diagnóstico. De no hacerlo, se corre el riesgo de pasar por alto esta patología que en un inicio pudo haber causado al-



Foto: archivo

Figura 8. Quemadura por escaldadura.

guna lesión física, discapacidad de grado y gravedad variable o alguna alteración emocional; pero al persistir el maltrato, puede llevar al menor a la muerte.

Por otra parte, se debe recordar que si se establece incorrectamente el diagnóstico de MI el niño, la familia y el posible adulto maltratador pueden ser víctimas de estigmatización, cuyas consecuencias emocionales, laborales y legales, pueden ser muy serias.

CONCLUSIONES

Hoy en día el médico se enfrenta a un sinnúmero de cambios en su quehacer profesional que giran alrededor de la modificación sustancial sobre las enfermedades y padecimientos que se presentan en la niñez y en el adolescente.

La sobrevida de este grupo etario; los avances en la ciencia, la tecnología y la economía, ha propiciado una modificación sustancial del paradigma profesional.

Estos cambios no sólo deben interesar a los pediatras, también a los médicos generales, familiares y a los futuros galenos que se encuentran en el servicio social o en el internado médico.

El MI es una patología que se está incrementando en todo el mundo. Se requiere un equipo interdisciplinario e interinstitucional para establecer un manejo adecuado e integral ante la sospecha diagnóstica de MI. El futuro médico debe saber cómo enfrentar y atender este problema¹⁸⁻²⁰.

Se debe recordar que un error diagnóstico puede generar un daño moral de grado variable en el niño y su familia. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lozano R. El peso de la enfermedad en México: avances y desafíos. En: Frenk J, editor. Observatorio de la Salud. Necesidades, servicios y políticas. México: Fundación Mexicana para la Salud; 1997.
2. Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México DF: SSA; 2006
3. U.S. Department of Health and Human Services. Administration on Children youth and families. Child Maltreatment 2006. Washington DC: US Government Printing Office; 2008.
4. Informe Anual Unicef, México 2010. México: UNICEF; 2010.
5. A league table of child maltreatment deaths in rich nations, Innocenti Report Card No.5. Florence: UNICEF, Innocenti Research Centre; 2003.
6. Concha-Eastman A, Benguigui Y. Bibliografía sobre abuso o maltrato infantil. 2da Ed. Washington, DC: OPS; 2007.
7. Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. El maltrato infantil: un problema mundial. Salud Pública Mex. 1998;40(1):58-65.
8. Kumate J. El ombusman de los niños. Bol Med Hosp Infant Mex. 2001;58:889-901.
9. Loredó-Abdalá A, Reynés- Manzur JN, Carbajal-Rodríguez L. El niño maltratado: una realidad actual en México. Acta Pediatr Mex. 1984;5:28-37.
10. Loredó-Abdalá A, Reynés-Manzur JN, Martínez SC. El maltrato al menor: una realidad creciente en México. Bol Med Hosp Infant Mex. 1986;43:425-34.
11. McMenemy MC. Who recognizes child abuse a major problem. Lancet 1999;353:1340.
12. Loredó Abdalá A, Trejo HJ, Bustos VV, Sánchez VA, Moreno FMI. Maltrato al menor: Ruta de abordaje en un centro hospitalario de la ciudad de México. Acta Pediatr Mex. 1998;19:205-10.
13. Loredó Abdalá A. Maltrato al menor: Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y privación emocional. Gac Med Méx. 1999;135:611-20.
14. Loredó Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. México; Editores de Textos Mexicanos; 2004.
15. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Washington DC: CIE-10; 2008. p. 2.
16. Perea-Martínez A, Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, et al. El maltrato al menor: propuesta de una definición integral. Bol Méd Hosp Infant Méx. 2001;58:251-8.
17. Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J, Melquiades Parra I. Síndrome del niño sacudido. Forma extrema del abuso físico infantil. Acta Pediatr Méx. 2011;32:177-9.
18. Dubowitz H, Bennet S. Physical abuse and neglect of children. Lancet. 2007;369:1891-9.
19. Gilbert R, Spatz WC, Browne K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet. 2009;373:68-80.
20. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, et al. Recognising and responding to child maltreatment. Lancet. 2009;373:167-80.