

DetECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL: INDICADORES INESPECÍFICOS Y ESPECÍFICOS

MORALES FRANCO, B.*; DE LA MORENA FERNÁNDEZ, M.L.**

El maltrato infantil, en cualquiera de sus variantes, es una situación frecuente en la sociedad. Pero, a pesar de su frecuencia, es difícil detectarlo, por lo que los casos que se diagnostican son solamente una pequeña parte de los que existen realmente (Figura 1) (1).

Entre las razones que explican la dificultad de su detección se encuentra, en primer lugar, que este problema no se presenta públicamente ni los sujetos que lo padecen suelen acudir de manera voluntaria en busca de solución. Los niños en dificultades no suelen hablar de su situación, están sobrepasados por ella, creen que es normal o que la merecen, están confundidos y tienen miedo, se sienten amenazados y no confían en los adultos. Este es un síndrome que, a diferencia de otras enfermedades o alteraciones psicosociales en donde basta una actitud pasiva de los profesionales que se limitan a recibir el problema, requiere una postura activa por parte de los profesionales y la sociedad en general que permita sacar a la luz, fuera del ámbito privado, gran cantidad de malos tratos que tienden a quedar ocultos (2).

En segundo lugar, los profesionales que rodean a los niños no suelen pensar en la posibilidad de que estén sufriendo malos tratos cuando se encuentran ante un niño con lesiones físicas o trastornos emocionales diversos.

En consecuencia, es importante informar a los profesionales de lo frecuente y trascendente que es el problema social

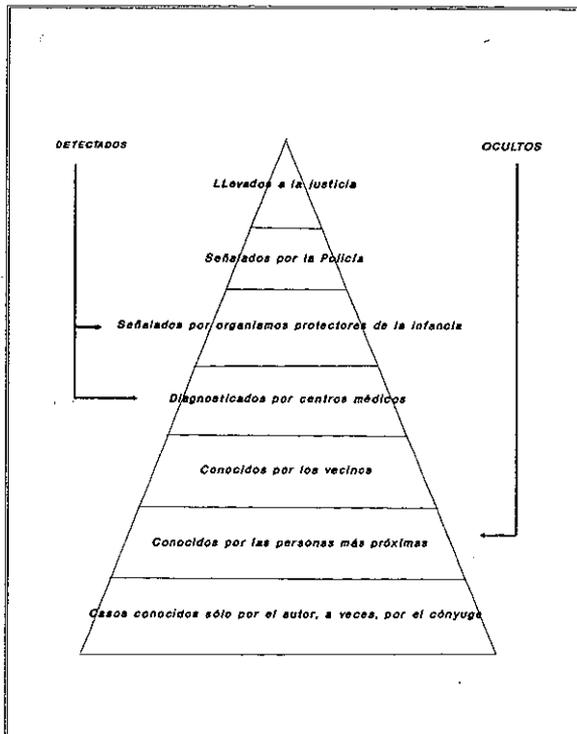


FIG. 1. Prevalencia del maltrato infantil

* Médico

** Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología y CC.BE. Universidad de Málaga.

del maltrato infantil y formarles sobre cómo detectarlo en su entorno. De esta forma, cuando se pretende detectar y diagnosticar el maltrato infantil se debe tener muy presente que no sólo hay que valorar las lesiones orgánicas que presente el cuerpo del niño sino que debe establecerse una relación del cuadro clínico con el estado madurativo, el desarrollo ponderoestatural y psicomotor, y la conducta del niño.

Todas estas manifestaciones de diferente índole que pueden mostrar los niños que han sido o son víctimas de malos tratos nos van a servir de indicadores de maltrato, de tal forma que cuando los distintos profesionales, ya sean médicos generales o pediatras, en consultas u hospitales, psicólogos en hospitales o colegios, maestros, asistentes sociales, etc, detecten varios de estos signos deben tener en cuenta la posibilidad de que ese niño esté siendo una de las muchas víctimas de maltrato infantil que existen en nuestro medio (3). Solamente detectando los casos de abusos se pueden iniciar la evaluación y la intervención, sin las cuales el problema de los malos tratos puede tener consecuencias terribles, incluida la muerte del niño.

Es importante entender que el hecho de detectar una o más de estas conductas o circunstancias en torno a un niño no significa que sea catalogado como maltratado, ya que pueden no tener relación con este síndrome. Ninguna de ellas tiene valor si no es en relación con el conjunto de la situación familiar, en una constelación de circunstancias (2).

Del mismo modo, en caso de que no estén presentes no se puede descartar el maltrato (4). En consecuencia, se establecerá un diagnóstico de sospecha cuando encontremos indicadores inespecíficos asociados a específicos según el tipo de maltrato, y se procederá a un minucioso estudio del caso.

INDICADORES INESPECÍFICOS

Los indicadores inespecíficos de maltrato infantil son todos aquellos aspectos del comportamiento social, relacional o conductual que se pueden apreciar en el niño y en los padres junto a los signos derivados de la falta de atención emocional, nutricional o sanitaria del niño. Es primordial que el pediatra obtenga estos datos a través de su propio interrogatorio, pero también mediante la interrelación con otros profesionales (5, 6).

En el niño pueden ser indicadores inespecíficos de malos tratos el miedo aparentemente injustificado hacia el adulto, rehuir la permanencia en el domicilio familiar, indiferencia hacia las promesas o actuaciones positivas del adulto, reacciones agresivas desmesuradas ante situaciones adversas, inquietud desmedida por el llanto de lactantes o preescolares, adaptación rápida a desconocidos, injustificadas y/o repetidas ausencias escolares, síndrome inverso de escolaridad de lunes y viernes, fácil adaptación al internamiento en centros sanitarios o escolares, bajo nivel de aprendizaje escolar, conductas o conocimientos inadecuados a la edad del niño, desinterés en llevar al domicilio los trabajos escolares, etc (7, 8, 9). Asimismo los niños maltratados suelen manifestar un bajo concepto de sí mismos y menos motivación que los no maltratados (10, 11).

En los padres y su condición socioeconómica también podemos encontrar indicadores inespecíficos de posibles malos tratos a sus hijos. Entre ellos se recogen multitud de circunstancias en la bibliografía, entre las que destacan el desempleo, la penuria económica (1, 9, 12), el hacinamiento (13), la existencia de maltrato entre los cónyuges (14), la ausencia de uno de ellos del hogar, su juventud (padres adolescentes), la adicción a drogas y/o alcohol (2, 9, 15), la delincuencia (16), la prostitución (17), individuos muy impulsivos o de carácter inmaduro (1),

depresivos o psicópatas, personas con retraso mental (12, 16), antecedentes de maltrato en su infancia (1, 12, 14, 17), despreocupación por el vestuario del niño en relación con el clima o la higiene, poca vigilancia de lactantes o preescolares ante actividades o situaciones de riesgo de accidente, exceso de vida social que imposibilita el establecimiento de una relación estimuladora positiva y de mutua confianza, transmisión de responsabilidad educadora y de vigilancia a cuidadores a sueldo sin preocuparse por cómo realizan su misión, sobreprotección de los niños, etc (7). En algunos casos, los padres no cuentan con suficiente apoyo social, sino que se mantienen aislados, al margen de los consejos o ayudas de personas ajenas a la familia, lo cual se puede asociar a maltrato infantil (1, 12, 18, 19).

Igualmente nos indican la posibilidad de un mayor riesgo determinadas conductas relacionadas con la estancia del niño en el hospital, como son: la insistencia familiar para ingresar al niño en un centro hospitalario sin existir, en ocasiones, una razón médica justificada; la dificultad para aportar datos clínicos previos (2, 7); el dar explicaciones ilógicas, poco convincentes y contradictorias de la lesión del niño e intentar proteger la identidad de la (o las) persona (s) responsable (s) (7); el abandono precoz del niño tras ingresar en un centro hospitalario, independientemente de la gravedad; visitas cortas en duración y dedicación mientras el niño está ingresado; repetida incomparecencia a las citas médicas; la no aparición al alta hospitalaria del niño, etc (2, 7).

No todos los indicadores tienen el mismo valor, pero la presencia de varios de ellos traduce una situación familiar no idónea para el niño, que puede haber conducido, lamentablemente, a maltrato (7).

INDICADORES ESPECÍFICOS DE CADA TIPO DE MALTRATO

Según el tipo de maltrato que sufra el niño, presentará distintos signos que nos servirán como indicadores para hacernos pensar en lo que está sucediendo.

1. *Malos tratos por abandono o negligencia*

Estos malos tratos suponen una actuación inadecuada o ausente ante las necesidades físicas, psicológicas y/o sociales del niño y no preveer sus futuras necesidades (2). Pueden darse solos o acompañar a otros tipos de maltrato infantil.

Entre las manifestaciones físicas específicas que presentan los niños que son víctimas de negligencia pueden citarse: retraso ponderoestatural que se recupera fácilmente si el entorno del niño se normaliza (2, 20), falta de higiene reflejada en eritema del pañal en dibujo geométrico, uñas y cabellos largos, sucios y ropa inadecuada al clima, lesiones por exposición a situaciones climáticas adversas, hipovitaminosis, caries importantes, astenia o apatía impropias de la edad del niño (7, 8), deshidratación, enfermedades crónicas descompensadas o no tratadas (16).

Estos niños también presentan, frecuentemente, manifestaciones conductuales específicas: trastornos del comportamiento, como movimientos autoestimulativos, agresividad, autoagresión, hiperactividad, desobediencia, etc, que se derivan en acciones delictivas con frecuencia; pide o roba comida (1); asiste rara vez a la escuela (7), o bien, llega muy temprano y se va muy tarde, y se suele quedar dormido en clase (2).

2. *Malos tratos físicos*

Los indicadores más específicos de malos tratos físicos son las lesiones cor-

porales que presenta el niño que los sufre, entre las que se pueden encontrar: Lesiones cutáneas (equimosis, quemaduras), óseas (fracturas de cráneo, cara, miembros) (1), viscerales (21), oculares, neurológicas, etc., que se caracterizan por su multiplicidad, no sistematización, su simultaneidad, y el diferente estado evolutivo en que se encuentran (22). También son manifestaciones de maltrato físico las intoxicaciones de toda índole de que puede ser víctima el niño (7). En conclusión, el médico debe sospechar el diagnóstico de este síndrome ante toda lesión o patología no explicada (16).

Además de los signos físicos que presenta el niño, concurren circunstancias que nos deben hacer sospechar maltrato: múltiples visitas al hospital por diferentes traumatismos o intoxicaciones, discordancia entre la historia relatada por los padres y los hallazgos encontrados en la exploración física, disputa familiar previa a la admisión del paciente o durante la misma, intervalo excesivo entre la producción de la lesión y la consulta, referir el motivo de consulta a un proceso banal en un paciente grave, etc (16).

3. *Abusos sexuales*

Los abusos sexuales son los que presentan menos signos específicos que sirvan para la detección de su existencia, ya que el examen físico es generalmente normal, a no ser que vayan acompañados de violencia o penetración de orificios o de enfermedades de transmisión sexual (23, 24, 25). En la mayor parte de los casos será preciso llevar a cabo una valoración integral de las manifestaciones físicas generales, la exploración del área genito-anal, la conducta del niño, etc (7).

En consecuencia, se consideran indicadores específicos de abusos sexuales los dolores, equimosis, quemaduras, heridas en la zona genital o anal (26), la dificultad inexplicable para caminar y/o sen-

tarse (1), la ropa interior rota o manchada de sangre o semen, no querer participar en actividades deportivas ni usar la ropa adecuada para ellas (27), padecer enfermedades venéreas en ojos, boca, ano o genitales (1, 26, 28), fugas, cambios de conducta, conocimiento o interés exagerado por los comportamientos sexuales de los adultos (29), terrores nocturnos, insomnio (30), enuresis, encopresis, dolor abdominal recidivante, embarazo inesperado del que no se aclara la paternidad, etc (19, 27, 31).

También se han descrito indicadores de abuso sexual a nivel hormonal. Éstos consisten en una disregulación neuroendocrina con elevaciones de los niveles de GH al estimular con clonidina y descensos al estimular con L-Dopa (32).

4. *Malos tratos psicológicos*

Este tipo de maltrato puede presentarse solo o acompañando otros abusos (33). En ambos casos abarca una serie de conductas paternas en relación a los niños, como son: verbalización que rechaza al menor, falta de comunicación, no ofrecer estímulos, educación intimidatoria, exigencias desproporcionadas a la edad o las características individuales del hijo, etc (7).

Todo esto conlleva una serie de consecuencias en el niño: trastornos del lenguaje, retrasos del desarrollo físico, retrasos del desarrollo mental y afectivo, signos de tipo neurótico (trastornos del sueño, inhibiciones en el juego), reacciones de tipo psico-neuróticas (histeria, obsesión, compulsión, fobias, hipocondría), trastornos de conducta (antisociales, destructores, etc.), y conductas extremas (muy pasivo o muy agresivo y exigente) (1, 7, 34).

En este grupo de malos tratos también existe una gran dificultad diagnóstica. En general, es la actitud de los padres lo que más ayuda al diagnóstico, ya que mien-

tras los padres de niños con problemas emocionales por otro motivo suelen reconocer la existencia de un problema latente, los padres de niños maltratados no solamente no suelen reconocerlo sino que rechazan las ayudas que se les ofrecen (7).

5. *Malos tratos prenatales*

Es un tipo especial de malos tratos infantiles, en que las agresiones se inician antes del nacimiento como es el caso de los hijos de madres drogadictas y alcohólicas que, desde la vida intraembrionaria, están sometidos a las influencias negativas de las drogas o el alcohol, tanto a nivel médico, como social (7, 30).

Cada año cientos de niños son maltratados en nuestro país, aunque la

mayoría no son detectados y permanecen ignorados. La investigación de los factores epidemiológicos y clínicos de este síndrome es fundamental para establecer unos indicadores claros que ayuden a establecer un diagnóstico de sospecha, que permita realizar una evaluación exhaustiva y una intervención lo más precoz posible, con el fin de evitar que estos niños sigan sufriendo abusos que repercuten en todas las facetas de su vida presente y futura, causando incluso defunciones. La aparición de publicaciones sobre este tema tiene la finalidad de sensibilizar a médicos generales, pediatras, psicólogos y otros profesionales en contacto con niños de la importancia de esta problemática y de la necesidad de que no pasen inadvertidos estos niños que la sufren.

BIBLIOGRAFÍA

1. LLAVERO, J.: "El síndrome del niño maltratado". *Rev. San. Hig. Púb.* 1987; 61: 531-544.
2. SÁNCHEZ, E.M. (dir): *Guía de atención al maltrato infantil*. Madrid, ADIMA (Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato), 1993.
3. DOMINGO, F. Y MARTÍNEZ, A.: "El pediatra extra-hospitalario ante los malos tratos a los niños: Signos de sospecha y conducta a seguir". *An. Esp. Pediatr.* 1987; 27 Supl. 27: 68.
4. FINKELHOR, D.: "Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse". *Child Abuse & Neglect* 1993; 17: 67-70.
5. CHOW, M.P.; DURAND, B.A.; FELDMAN, M.N. Y MILLS, M.A.: *Manual de la enfermera pediátrica*. vol 4. México, Ediciones Ciencia y Técnica, 1987.
6. REID, D.H.S.: "Pitfalls in determining child abuse". *Lancet* 1985; 8: 1316-1317.
7. MARTÍNEZ, A.: "La detección parte de la intervención". *An. Esp. Pediatr.* 1992; 36 (S 49): 241-244.
8. FONTANA, V.J.: "Malos tratos a niños y síndrome del niño golpeado". En: Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (dirs): *Tratado de psiquiatría*. vol II. 2ª ed. Barcelona, Salvat, 1989. pp. 858-863.
9. AJURIAGUERRA, J.: *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona, Masson, 1983.
10. HELFER, R.E.: "Child abuse and neglect: Assessment, treatment, and prevention". *Child Abuse & Neglect* 1991; 15 Supl. 1: 5-15.
11. DEAN, A.L.; MALIK, M.M.; RICHARDS, W. Y STRINGER, S.A.: "Effects of parental maltreatment on children's conceptions of interpersonal relationships". *Developmental Psychology* 1986; 22: 617-626.
12. ALZATE, R.: "El maltrato y abandono infantil. Definición, encuadre y planteamiento general". En: De Paúl, J. (dir): *Los malos tratos y el abandono infantil*. San Sebastián, Servicio editorial Universidad del País Vasco, 1990. pp. 9-27.
13. FRONTERA, P. Y CABEZUELO, G.: "Prevención de los malos tratos infantiles". *An. Esp. Pediatr.* 1990; 33: 140-143.
14. ZALBA, S.: *El niño maltratado*. Buenos Aires, Humanitas, 1986.
15. CAVE, G.: "The drug addict as parent". *Lancet* 1984; 21: 910.
16. CASADO, J.: "Síndrome del niño maltratado". *An. Esp. Pediatr.* 1987; 27: 5-6.
17. MALO, J.M.; SÁNCHEZ, M.; JIMÉNEZ, A.V. Y COLS.: "Niños de riesgo. Nuestra experiencia". *An. Esp. Pediatr.* 1992; 37: 219-222.
18. MILNER, J.S.: "Social information processing and physical child abuse". *Clinical Psychology Review*, 1993; 13: 275-294.

19. WALKER, C.E.; BONNER, B.L. Y KAFFMAN, K.L.: *The physically and sexually abused child. Evaluation and treatment*. New York, Pergamon press, 1988.
20. COBO, C.: "Malos tratos en la infancia". En: Hernández, M. (dir) *Pediatría*. Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1987. pp. 1049-1052.
21. FENELLÓS, V.; GARCÍA, C.; SANZ, J.; MONSALVE, J. Y DAPENA, F.: "Pseudoquiste pancreático en un niño maltratado". *Rev. Esp. Pediatr.* 1986; 42: 545-548.
22. GARCÍA, J.A.; GRAÑERAS, A.; ARROYO, G.: "Mortalidad en la infancia". *Revista Española de Medicina Legal* 1987; 14 (52-53): 77-104.
23. MARTINON, F.; MARTINON, M.L.; FARIÑA, P. Y COLS.: "Condiloma acuminado en niños". *An. Esp. Pediatr.* 1988; 28 (1): 15-18.
24. BAYS, J. Y CHADWICK, D.: "Medical diagnosis of the sexually abused child". *Child Abuse & Neglect* 1993; 17: 91-110.
25. KRUGMAN, R.D. Y COLS.: "Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children". *Pediatrics* 1991; 87: 254-60.
26. COHEN, B.A.; HONIG, P. Y ANDROPHY, E.: "Anogenital warts in children: Clinical and virologic evaluation for sexual abuse". *Arch. Dermatol.* 1990; 126: 1575-1580.
27. MARINA, C.: "Protocolo de actuación del pediatra extrahospitalario ante el 'maltrato infantil'". *An. Esp. Pediatr.* 1991; 35: 113-119.
28. GARCÍA, M.T.; CERPEZO, J.M.; ALONSO, A. Y SÁNCHEZ, J.L.: "Gonococia en niñas prepúberes". *Rev. Esp. Pediatr.* 1986; 42: 543-544.
29. DENNIS, L.B. Y HASSOL, J.: *Psicología evolutiva*. México, Interamericana, 1985.
30. QUEROL, X.: "El niño maltratado". En: Cruz, M. (dir): *Tratado de pediatría*. vol. II. Barcelona, Espaxs, 1989. pp. 1887-1893.
31. LUSK, R. Y WATERMAN, J.: "Effects of sexual abuse on children". En: Macfarlane, K. y Waterman, J. (dirs.): *Sexual abuse of young children*. New York, The Guilford Press, 1986. pp. 101-118.
32. JENSEN, J.B.; PEASE, J.J.; BENDEL, R. Y GARFINKEL, B.D.: "Growth hormone response patterns in sexually or physically abused boys". *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1991; 30: 784-790.
33. CLAUSSEN, A.H. Y CRITTENDEN, P.M.: "Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment". *Child Abuse & Neglect* 1991; 15: 5-18.
34. KLOSINSKI, G.: "Psychological maltreatment in the context of separation and divorce". *Child Abuse & Neglect* 1993; 17: 557-563

Petición de separatas:

Dra. BELÉN MORALES FRANCO
C/ Salitre nº 40, 5º A
29002 MÁLAGA