

ACTUALIZACIONES

Maltrato Infantil

María Paz Rodríguez Ramírez*, Tomás Serón Díaz*, Dra. Carmen Rostion**

*Licenciada/o en Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

*Interna/o de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

** Cirujano infantil. Dpto Pediatría y Cirugía Infantil. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Resumen

Introducción: La prevalencia y la incidencia es variable según la definición del maltrato y el lugar donde es detectado. En Chile hay cifras de niños maltratados tan extremas como el 5% (Ministerio de Salud) y el 75% (UNICEF).

Objetivo: Identificar, describir y sintetizar la evidencia disponible de los distintos aspectos del maltrato infantil.

Método: Se realizó una revisión bibliográfica del material disponible en bases de datos especializadas y fueron seleccionados un total de 43 artículos.

Resultados: El maltrato infantil puede clasificarse en términos generales según el modo de agresión en: maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual y negligencia. Tiene efectos físicos, neuropsicológicos, psiquiátricos y conductuales. Existen diversos factores de riesgo, pero también existen factores protectores. El diagnóstico no debe sospecharse sólo cuando el paciente llega con evidencias claras de maltrato, sino que es necesario tener cierto grado de sospecha. La prevención es un punto crucial al enfrentarnos a este fenómeno. Para llevarla a cabo es necesario que toda la sociedad tome conciencia del fenómeno. Discusión: Deben existir condiciones mínimas de bienestar para los menores de modo que se respete su dignidad como personas. Se debe realizar más investigación acerca de los factores protectores de maltrato, ya que juegan un importante rol en mitigar los factores de riesgo.

Abstract

Introduction: The prevalence and incidence varies according to the definition of abuse and where it is detected. In Chile there are numbers of abused children as extreme as 5% (Ministry of Health) and 75% (UNICEF). Objective: Identify, describe and synthesize available for different aspects of child abuse evidence.

Methods: A literature review was conducted of the material available in specialized databases and were selected from a total of 43 items.

Results: Child abuse can be broadly categorized by mode of aggression: physical abuse, emotional abuse, sexual abuse and neglect. Has physical, neuropsychological, psychiatric and behavioral effects. There are several risk factors, but there are protective factors. The diagnosis should be suspected not only when the patient arrives with clear evidence of abuse, but it is necessary to have a certain degree of suspicion. Prevention is a crucial point to face this phenomenon. To carry it out it is necessary that all the society aware of the phenomenon. Discussion: There should be minimum standards of welfare for children so that their personal dignity is respected. It should do more research on protective factors of abuse, as they play an important role in mitigating risk factors.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud declara a la violencia como un importante problema de salud pública a nivel mundial (1). El maltrato infantil es un fenómeno tan antiguo como la humanidad, además de ser un problema de carácter universal (2).

La prevalencia y la incidencia es variable según la definición del maltrato y el lugar donde es detectado. En Chile hay cifras de niños maltratados tan extremas como el 5% (3) y el 75% (4). Datos del Reino Unido y de Estados Unidos muestran que 1 de cada 1.000 niños menores de 15 años, recibe maltrato físico o abandono severo. La violencia psicológica, constituida por el uso de groserías, burlas y amenazas de rechazo o de castigo físico, ha aumentado en Chile entre un 14,5% en 1994 y un 21,4% en el año 2006. En el caso de la violencia física leve, las cifras permanecen

en los últimos años alrededor del 28% (3). Los niños que son maltratados severamente tienen mayor grado de aceptación frente al uso de la violencia y agresión como parte del proceso de formación. Estudios realizados por UNICEF dan cuenta que uno de cada dos niños víctimas de violencia grave considera que el castigo físico sirve para el aprendizaje. De los niños que no reciben ningún tipo de violencia, uno de cada cuatro considera útil el castigo físico (4).

El maltrato infantil es un fenómeno de origen multicausal, donde se involucran desde factores ligados a la salud física y mental de los padres (5-7) hasta aspectos socioeconómicos (5).

Toda forma de violencia vulnera los derechos fundamentales establecidos tanto en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) como en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989). La familia es el lugar donde se suscitan con mayor frecuencia las distintas manifestaciones de violencia física, psicológica y sexual. Asimismo, la violencia es ejercida principalmente por los progenitores (8).

Objetivo

Identificar, describir y sintetizar la evidencia disponible de los distintos aspectos del maltrato infantil.

Método

Se realizó una revisión bibliográfica del material disponible en bases de datos especializadas como PubMed, Scielo y Google Académico, revistas científicas, libros de texto y listas de referencias, específicamente la búsqueda utilizando las palabras claves maltrato y abuso infantil tanto en español como en inglés. Fueron seleccionados un total de 43 artículos concordantes a los intereses de esta revisión. Se excluyeron los artículos en los que el título o su contenido no se corresponden con el objetivo establecido.

Resultados

Definiciones

El maltrato infantil puede clasificarse en términos generales según el modo de agresión en: maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual, negligencia y síndrome de Münchausen por poder (9).

Sin embargo, existen formas de abuso características en ciertos países, como por ejemplo la prostitución infantil, la mendicidad, niños de la guerra o terrorismo, los trabajos forzados, la mutilación (sobretudo sexual en el caso de las niñas) y patología paterna de tipo psiquiátrico o drogadicción que afecta a los niños (10).

La Convención sobre los Derechos del Niño, (CDN) adoptada por la Naciones Unidas el año 1989, en su artículo 19 exige a los Estados adoptar "todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas 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 custodia de sus padres, de un tutor o cualquier otra persona que lo tenga a su cargo" (11).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 2006, expresa que "Los menores víctimas de maltrato y abandono son aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial". Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala en 2006 que: "El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño (a), su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder" (11)

Toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, que afecte el normal desarrollo de niños, niñas y adolescentes y que ocurra en un contexto familiar o de vínculo significativo (12,13). *Efectos Neuropsicológicos del Maltrato Infantil*
El daño psicológico causado por el maltrato incluye fracaso escolar, deterioro de la

autoestima, embarazo adolescente hasta abuso de drogas, conductas suicidas y severos estados disociativos (14-17).

Incluso se han encontrado algunas alteraciones neurobiológicas sobre el desarrollo del cerebro (18). Estos cambios neurobiológicos ocurren tanto a corto como a largo plazo, afectando estructuralmente al hipocampo, la amígdala, las estructuras cerebelares, el cuerpo calloso y el córtex cerebral. Estas regiones comparten algunas características en común, pues se desarrollan durante los primeros años de la vida, poseen un alto nivel de receptores de glucocorticoides y presentan cierto grado de neurogénesis posnatal (19).

Un estudio realizado en EEUU mostró que el maltrato y la negligencia durante la infancia influyen en el funcionamiento neuropsicológico a largo plazo, determinando peor función ejecutiva y menor capacidad de razonamiento no verbal (20).

Además, el niño sometido a maltrato puede resultar con diversas secuelas a nivel del sistema nervioso, afectando las áreas motoras, visuales, del aprendizaje, del lenguaje, retraso mental y alteraciones de la memoria (10).

Síndrome del Niño Sacudido

El síndrome del niño sacudido es la causa más frecuente de mortalidad y daño neurológico severo en los niños maltratados. El síndrome ocurre generalmente en niños menores de 1 año, cuando un padre o un cuidador intenta detener el llanto del bebé mediante agitación manual vigorosa. Las oscilaciones repetitivas con aceleración rotacional de la cabeza pueden resultar en lesiones tanto de las estructuras vasculares y neuronales (21). Se caracteriza por encefalopatía aguda con hemorragias subdurales y retinianas, ocurridas en un contexto inconsistente (22). De estos niños, aproximadamente entre el 15 % y el 38 % mueren y el 30% están en riesgo de secuelas neurológicas a largo plazo, incluyendo trastornos cognitivos y conductuales, motores y déficits visuales, déficits de aprendizaje y epilepsia (21).

Efectos Psiquiátricos y Conductuales

Las repercusiones del maltrato infantil afectan en el niño en su carácter y conducta, haciendo que la exploración de su entorno sea frustrante (23). Este aprendizaje es transmitido a la siguiente generación (24).

Un estudio examinó sistemáticamente los tipos de negligencia que desencadenaron las muertes de niños durante 22 años de datos (n = 372) de las muertes infantiles atribuidas únicamente a la negligencia tomada de una muestra más grande (N = 754) entre los años 1987-2008. Se identificaron y analizaron tres categorías de negligencia fatal: abandono de la supervisión, privación de las necesidades, y falta de atención médica (25).

Los resultados de otro estudio mostraron que el efecto directo de historia de maltrato físico en la infancia de los padres tiene un mayor riesgo de maltrato infantil actual, debido a un aumento de la sintomatología psicosomática relacionada con el estrés y la regulación emocional (continuidad intergeneracional del maltrato físico infantil (26).

También, según diversos estudios, el TEPT ocurre más frecuentemente en aquellas poblaciones que han experimentado previamente un maltrato infantil, lo que sugiere que el maltrato infantil puede tener un rol en la evolución o en la mayor vulnerabilidad al TEPT. Esto podría deberse a la formación de vínculos inseguros, alexitimia o a cambios a largo plazo de los sistemas neurobiológicos involucrados en la respuesta al estrés (27).

Factores de Riesgo

Existen diversos factores de riesgo involucrados en la dinámica del maltrato infantil. Los relacionados con el niño tienen que ver con retraso mental, discapacidades físicas, hijos ilegítimos, niños enfermizos, prematuros e hijos no deseados. En cuanto a los factores familiares se pueden mencionar el alcoholismo, la drogadicción, situación de desempleo, divorcio, antecedentes de maltrato en la infancia y padres muy jóvenes. También, los factores sociales juegan un rol muy importante: aislamiento social y familiar, tensiones conyugales, frustraciones laborales, estrés y mala situación económica (28). También,

se describe la importancia del riesgo que genera la familia monoparental (especialmente cuando la cabeza es la mujer), el bajo nivel de instrucción y el número de hijos (29). Por último, se observa una fuerte asociación entre el maltrato y una elevada sintomatología depresiva y síntomas de ansiedad en los padres (30).

Factores Protectores

La importancia de los factores protectoras radica en que pueden mitigar los factores de riesgo (31-35) se sabe relativamente poco sobre los factores que protegen a los niños en riesgo de ser abusado o sufrir cuidados negligentes. En uno de los estudios más citados Egeland y sus colegas (36) mencionaron que las madres maltratadas

que no repitieron el ciclo de abuso, recibieron el apoyo emocional de un adulto no abusivo durante su infancia, recibieron también terapia psicológica y tuvieron relaciones emocionalmente estables con sus parejas, de las cuales recibieron apoyo. Más recientemente, Kotch y sus colegas (37,38) encontraron que el apoyo social modificó el impacto negativo que provocaron los eventos estresantes en las familias en riesgo de abuso de menores y negligencia.

Diagnóstico

El diagnóstico no debe sospecharse sólo cuando el paciente llega con evidencias claras de maltrato, sino que es necesario tener cierto grado de sospecha frente a un niño en malas condiciones generales de higiene y nutrición, con pobre estimulación sensorial, que ha consultado previamente por afecciones de origen funcional, cuando la historia clínica no es concordante con el daño físico encontrado, o cuando los padres o cuidadores se muestran reticentes a dar información o reaccionan en forma inadecuada frente a la gravedad de los daños del niño (39).

Desde una perspectiva social, lo que se busca es el reajuste a nivel familiar y la creación de medidas que vayan orientadas a la disminución del maltrato en la infancia, con lo que también podría lograrse la prevención de futuros casos, pues tanto la práctica clínica como la bibliografía especializada, señalan que estos niños serán potencialmente futuros agresores

(40). Los menores que han sufrido maltrato infantil muestran un mayor riesgo de presentar conductas antisociales y violentas durante la adultez -ciclo de la violencia- (41).

Prevención

La prevención es un punto crucial al enfrentarnos a este fenómeno. Para llevarla a cabo es necesario que toda la sociedad tome conciencia del fenómeno, de tal forma que actúen en la modificación de los factores de riesgo, evitando los elementos que desencadenan la violencia. También, es importante que se realicen modificaciones en instancias como la educacional y la legislativa que protejan la integridad del niño, disminuyendo las posibilidades de marginación y promocionando estilos de vida saludables (42).

Se han intentado diversos programas de prevención dirigidos a familias en riesgo, los cuales en su gran mayoría no han mostrado evidencia de efectividad. Sin embargo, existen dos excepciones a esta tendencia. La primera corresponde al programa Family Partnership Nurse (NFP), realizado por enfermeras para las madres primerizas socialmente desfavorecidos, el cual se inicia antes del nacimiento. Ha demostrado efectos consistentes en la reducción de reportes de maltrato, así como beneficios adicionales en la salud materno-infantil en las familias de alto riesgo. Una segunda excepción es el programa Early Start realizado desde el ámbito de la enfermería y de los trabajadores sociales, orientados a familias en riesgo, pero cuya implementación tiene lugar después del nacimiento. En un ensayo controlado aleatorio demostró reducción en las tasas de reportes de los padres de maltrato grave y de asistencia a hospitales por lesiones y envenenamientos. De todos modos, el establecimiento de modelos preventivos aún es un camino con mucho por recorrer, por lo que se requiere de mayor investigación y evidencia (43).

Discusión

La diferencia entre las cifras que publican diferentes instituciones se debe en parte a que en muchas familias es un tema que se oculta por temor, también al subdiagnóstico por parte del personal de salud, y por qué no decirlo q la indiferencia del entorno que muchas veces con su silencio se hace

cómplice de estos delitos. Sin embargo en el último tiempo se ha creado mayor conciencia de este flagelo y así lo han hecho notar los medios de comunicación que cada vez dan mayor cobertura a este tipo de noticias.

Resulta complejo definir las formas de abuso porque pueden ser características en ciertos países y culturas, pero las instituciones internacionales que velan por los derechos de los niños establecen condiciones mínimas de bienestar para los menores resguardando que se respete su dignidad como personas.

Se trata de un fenómeno multicausal y por lo tanto las intervenciones deben realizarse también desde muchos frentes que involucren a la familia, las redes de apoyo, los colegios, las Policías, el Poder Judicial, las instituciones que velan por el bienestar de los menores y de toda la sociedad.

Se podría pensar que el maltrato es un hecho ineludible en el destino de un niño que está inserto en un ambiente lleno de factores de riesgo, sin embargo los factores protectores juegan un rol fundamental en mitigar estos factores de riesgo, es por esto que los autores de la presente revisión proponen que se investigue con mayor profundidad este tema.

Referencias

1. Zelaya L. Maltrato Infantil: Experiencia Multidisciplinaria Unidad de Salud Mental Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñú". *Pediatr. (Asunción)*, Vol. 36; Nº 3; 2009.
2. Santana R., Sánchez R., Herrera E. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud pública de México* / vol.40, no.1, enero-febrero de 1998.
3. Comité de Maltrato Infantil Sociedad Chilena de Pediatría. El Maltrato Infantil desde la bioética: El sistema de salud y su labor asistencial ante el maltrato infantil, ¿qué hacer?. *Rev Chil Pediatr* 2007; 78 (Supl 1): 85-95.
4. UNICEF. 2000. Maltrato Infantil en Chile. Disponible en: http://www.unicef.cl/archivos_documento/18/Cartilla%20Maltrato%20Infantil.pdf.
5. Smith JAS, Adler RG. Children hospitalized with child abuse and neglect: A case-control study. *Child Abuse Negl* 1991; 15:437-445.
6. Connelly CD, Strauss MA. Mother's age and risk for physical abuse. *Child Abuse Negl* 1992; 16:709-718.
7. Drotar D, Eckerle D, Satola J, Pallotta J, Wyatt B. Maternal interactional behavior with nonorganic failure-to-thrive infants: a case comparison study. *Child Abuse Negl* 1990; 14:41-51.
8. Pinto B, Losantos M. Percepción de Factores Familiares de Riesgo de Maltrato Infantil en Niños y Adolescentes en Riesgo Social de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz. *Ajayu*. 2011; 9(2): 308-323,
9. Crespo A, Fernández G, Perea J. Niño maltratado. *Rev Cubana Pediatr*. 1996; 68(3).
10. Gimenez J, Pérez E, Dujovny M, Díaz F. Secuelas neurológicas del maltrato infantil. Revisión bibliográfica. *Neurocirugía*. 2007; 18:95-100.
11. Carpenter, Georgia L., Stacks, Ann M. Developmental effects of exposure to Intimate Partner Violence in early childhood: A review of the literature *Children and Youth Services Review*. 2009;31 831–839.
12. Child Welfare information gateway (2008). Differential Response to Reports of Child Abuse and Neglect.
13. GUÍA CLÍNICA: DETECCIÓN Y PRIMERA RESPUESTA A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE MALTRATO. <http://www.minsal.cl/portal/url/item/d6df20faf15a416ee0400101650101ad.pdf>
14. Socolar RRS, Runyan DK, Amaya-Jackson L. Methodological and Ethical Issues related to studying child maltreatment. *J Family Issues* 1995; 16: 565-86.
15. Finkelhor D. A source book on Child Sexual abuse. London: Sage, 1986.

16. Garbarino J. The human ecology of Child Maltreatment: A conceptual Model for Research. *J Marriage Family* 1977; 39: 721-35.
17. De Bellis MD, Woolley DP, Hooper SR. Neuropsychological Findings in Pediatric Maltreatment: Relationship of PTSD, Dissociative Symptoms, and Abuse/Neglect Indices to Neurocognitive Outcomes. *Child Maltreat.* 2013;18(3):171-83.
18. Painter K, Scannapieco M. Child maltreatment: the neurobiological aspects of posttraumatic stress disorder. *J Evid Based Soc Work.* 2013 Jul;10(4):276-84
19. Mesa P, Moya L. Neurobiología del maltrato infantil: el 'ciclo de la violencia'. *Rev Neurol* 2011; 52 (8): 489-503.
20. Nikulina V, Widom CS. Child maltreatment and executive functioning in middle adulthood: A prospective examination. *Neuropsychology.* 2013 Jul;27(4):417-27.
21. [Vitale A](#), [Vicedomini D](#), [Vega GR](#), [Greco N](#), [Messi G](#). Shaken baby syndrome: pathogenetic mechanism, clinical features and preventive aspects. *Minerva Pediatr.* 2012;64(6):641-7.
22. López F, Troncoso M, Parra P, Guerra P, Carrera J, Darrigrandi O, Camelio S, Nilo K, Gajardo C. Síndrome del niño sacudido en Chile: Una forma más de maltrato infantil. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2009; 47(4): 279-285.
23. Herrenkohl TI, Sousa C, Tajima EA, Herrenkohl RC, Moylan CA. Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma Violence Abuse.* 2008; 9(2):84-99.
24. Escalante L, Huamaní Ch, Serpa H, Urbano C, Farfán G, Ferrer C, Granados G. Maltrato infantil y del adolescente registrado en un hospital de referencia nacional, 2006 – 2011. *Rev. perú. med. exp. salud pública.* 2012; 29(1):28-34 .
25. Welch GL, Bonner BL. Fatal child neglect: Characteristics, causation, and strategies for prevention. *Child Abuse Negl.* 2013;37(10):745-52.
26. Lamela D, Figueiredo B.. Parents' physical victimization in childhood and current risk of child maltreatment: The mediator role of psychosomatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research.* 2013; 75(2):178-183.
27. Marty C, Carvajal C. Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2005; 43(3): 180-187.
28. Veloso B, Rodríguez V, Medina C. Factores de riesgo asociados al maltrato infantil intrafamiliar en alumnos del Seminternado "Roberto Rodríguez Sarmiento". *MEDISAN* 2009;13(5).
29. Gelles RJ. Child abuse and violence in single-parent families: parent absence and economic deprivation. *Amer J Orthopsychiat* 1989; 59:492-501.
30. Egeland B, Erickson MF, Butcher JN, Ben-Porath YS. MMPI-2 profiles of women at risk for child abuse. *J Personality Assessment* 1991;57:254-263.
31. Committee on Child Maltreatment Research, Policy, and Practice for the Next Decade: Phase II; Board on Children, Youth, and Families; Committee on Law and Justice; Institute of Medicine; National Research Council; Petersen AC, Joseph J, Feit M, editors. *New Directions in Child Abuse and Neglect Research.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2014 Mar 25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK195985/>
32. Garmezy, N. 1991. Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals* 20(9):459-460, 463-466.
33. Masten, A. S. 2001. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist* 56(3):227-238.
34. Masten, A. S. 2011. Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology* 23(2):141-154.

35. Masten, A. S., K. M. Best, and N. Garmezy. 1990. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology* 2(4):425-444.
36. Egeland, B., D. Jacobvitz, and L. A. Sroufe. 1988. Breaking the cycle of abuse. *Child Development* 59(4):1080-1088.
37. Kotch, J. B., D. C. Browne, C. L. Ringwalt, P. W. Stewart, E. Ruina, K. Holt, B. Lowman, and J. W. Jung. 1995. Risk of child abuse or neglect in a cohort of low-income children. *Child Abuse & Neglect* 19(9):1115-1130.
38. Kotch, J. B., D. C. Browne, C. L. Ringwalt, V. Dufort, E. Ruina, P. W. Stewart, and J. W. Jung. 1997. Stress, social and substantiated maltreatment in the second and third years of life. *Child Abuse & Neglect* 21(11):1025-1037.
39. Rosti6n C, Lillo M, Giugliano C, Correia G, Aldunate G. S6ndrome del Ni6o Maltratado (SNM). *Rev Pediatr6a (Santiago)*. 1992; 35: 34-37.
40. M6endez G, Gonz6lez R, Vizcaino M, Ortega L. S6ndrome del ni6o maltratado. *Rev Cubana Pediatr*. 1995; 67(1).
41. Craig IW. The importance of stress and genetic variation in human aggression. *Bioessays* 2007; 29: 227-36.
42. Robaina G. El maltrato infantil. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001; 17(1):74-80.
43. Gonz6lez A., MacMillan HL. Preventing child maltreatment: an evidence-based update. *J Postgrad Med*. 2008;54(4):280-6.