

ARTICULO DE REVISIÓN

Maltrato infantil. Experiencia en consultas
Infantile mistreatment. Pediatric assistance experience

Laura E Alvaré Alvaré^I, Dolores Lobato Pastrana^{II}, Martha Melo Victores^{III}, Alena Salvato Dueñas^{IV}, Jakelin León García^V, Ivette González Concepción^{VI}.

I Especialista de I y II Grado en Pediatría. MSc. Profesora e Investigadora Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

II Especialista de I y II Grado en Pediatría. MSc. Instructora. Investigadora Agregada. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

III Especialista de I y II Grado en Pediatría. MSc. Instructora. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

IV Especialista de I y II Grado en Pediatría. MSc. Profesora Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

VEspecialista de I y II Grado en Pediatría. MSc. Instructora. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

VI Licenciada en Enfermería. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El maltrato infantil abarca todas las formas de maltrato físico y/o emocional incluyendo el abuso sexual, desatención o trato desconsiderado, explotación comercial o de otra índole, lo que ocasiona un daño real o potencial a la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño, en el contexto de una relación de irresponsabilidad, falta de confianza y poder. El propósito del presente trabajo fue establecer la presencia del maltrato infantil y su clasificación, en pacientes que acudieron a la consulta de pediatría. Se hizo un estudio prospectivo descriptivo de maltrato infantil, de seis pacientes entre 1 y 13 años de edad, de ambos sexos, que fueron traídos a consulta de pediatría por sus padres u otro familiar, en el primer semestre del año 2018. Todos los pacientes atendidos acudieron a la consulta, por motivos no directos a un maltrato, el cual se detectó mediante el interrogatorio u examen físico. Predominó el sexo masculino (83 %). Hubo tres pacientes con maltratos de forma intencional, uno de causa indeterminada, uno no intencional, y uno por negligencia. Se llegó a la conclusión que existieron dificultades en la detección del maltrato infantil, dadas sobre todo, por la negación de los familiares encargados de la atención de los infantes. Solamente pudimos reportar un paciente a las autoridades, por lo que se debe continuar profundizando en este tema.

Palabras clave: maltrato, lesiones intencionales y no intencionales, abuso sexual.

ABSTRACT

Infantile mistreatment engrosses all types of physical mistreatment including sexual abuse, emotional, oversight, negligence and accidents when they are preventable. The aim of this work was to establish the presence of the infantile mistreatment and its classification according to the established standards in patients who come to paediatric consultation. A descriptive

prospective study of infantile mistreatment was done, of 6 patients between 1 and 13 years old of both sexes were brought to the pediatric assistance by their parents or another relative in the first six months of the year 2018. All the patients attended the consultation for remote causes to a mistreatment, which was detected by means of questions and answers or physical examination. The masculine sex predominated (83 %). There were three patients with mistreatments of intentional way one for of undetermined cause, another one, not intentional, and the other one by negligence. **Conclusions:** There were difficulties in the detection of the infantile mistreatment; due to the denial of the relatives in charge of the care of the infants. Only one of the three intentional cases could be reported to the authorities.

Keywords: mistreatment, intentional and not intentional injury, sexual abuse

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil abarca todas las formas de malos tratos físicos, psicológicos y emocionales, incluyendo el abuso sexual. Considerándose como cualquier descuido, negligencia o explotación comercial, que origine un daño para la salud del niño o adolescente, su supervivencia, desarrollo o dignidad, a tal punto que el accidente se convierte en maltrato, cuando es prevenible^{3,5,6}. Por otra parte la negligencia se diferencia de los accidentes¹¹ en que en estos últimos, generalmente no existe responsabilidad de los padres o tutores, estando presente siempre un error en los encargados de cuidar al menor, o puede considerarse también como el fallo en satisfacer las necesidades básicas que amenacen o dañen el desarrollo del niño. Estas negligencias se clasifican a su vez en físicas, educacionales y de seguridad.

El maltrato se puede clasificar en intencional; no intencional e indeterminado, teniendo varias categorías: abuso físico; abuso sexual; negligencia, abuso pre-natal y síndrome de *Munchausen*. También existen otras clasificaciones de maltrato que pueden ser sociales, precariedad económica, marginación por problemas laborales y falta de soporte social.

El maltrato familiar se considera dentro del maltrato social y este incluye malos tratos infantiles de progenitores, que tienen excesiva vida social, o profesional, familias con historias de desarmonías, enfermedades de los padres, figura mono parental débil, padres con actitud intolerante, indiferente o con excesiva ansiedad, convivencia en lugares con hacinamiento, prostitución o delincuencia, maltrato psicológico dentro de la familia, insatisfacción personal de los padres, así como la depresión, el alcoholismo y la drogadicción.

Dentro del maltrato psicológico se encuentra: el rechazo emocional o la falta de afecto al menor, la baja tolerancia al estrés, que puede estar derivado de una enfermedad que padezca el niño o por un embarazo no deseado o relaciones extra matrimoniales, o temperamento difícil de los padres y/o los hijos. La semiología de las lesiones permite identificar el maltrato existente, donde se procede a:

1. Identificación del abuso físico intencional
2. No lógica de la lesión encontrada
3. Retraso en la solicitud de atención médica
4. Presencia de lesiones múltiples de órganos
5. Reacciones patognomónicas de maltrato
6. Reacción familiar anormal

A su vez hay que observar si existe lenguaje violento hacia el menor, falta de afectividad materna, deficiente aspecto general del niño, ingestión de bebidas alcohólicas de los padres, trastornos familiares, abuso sexual, y el más grave de los casos es un niño fallecido en la familia de manera indeterminada.

Por otra parte no podemos pasar por alto las quemaduras que se ven frecuentemente en el niño maltratado o quemaduras viejas referidas como recientes¹¹, que el adulto alega no haber estado presente durante el accidente, quemaduras simétricas, o que puedan ser atribuidas a la acción de otros niños. Lo que sí queda claro es, que generalmente las quemaduras de causa intencional son aquellas que ocurren con un patrón de cigarro,

plancha o encendedor o localizadas en las palmas de las manos, plantas de los pies, genitales o en las extremidades.

Dentro del maltrato infantil se encuentra el abuso sexual que según la definición de la organización mundial de la salud² se considera como: “Todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción, por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima en cualquier ámbito incluido el hogar y el trabajo”⁸.

Dentro de la epidemiología del abuso hay que tener en cuenta, que el impacto sexual puede ser único entre el niño y un extraño, pero la mayoría de las veces, en más del 70 % es una acción prolongada entre el padre, padrastro u otro individuo conocido por el niño, con encuentros repetidos por meses o años y debemos saber además que el 90 % de los abusos son cometidos por familiares varones.

El abuso comprende exhibicionismo, caricias, manipulación, visión de los genitales, contacto orogenital, introducción de objetos o penetración vaginal o rectal y lo más curioso e inverosímil es que puede aparecer con o sin el uso de la fuerza y esta variabilidad de las experiencias, determinan siempre diferentes niveles de impacto en las víctimas^{2,4}.

DESARROLLO

Caso No. 1

Paciente AFG de 5 años de edad, hijo de padres divorciados que, después de haber estado en otra provincia de vacaciones con su papá, acude a la consulta por lesión en la región anal, diagnosticándose lesiones condilomatosas de difícil tratamiento. Se hace interconsulta con dermatología, psicología y psiquiatría, llegándose a la conclusión de que esta lesión fue producto de un abuso sexual; se hace tratamiento integral con las especialidades antes mencionadas y se inicia el proceso de reportarlo a las autoridades. (Figura 1).

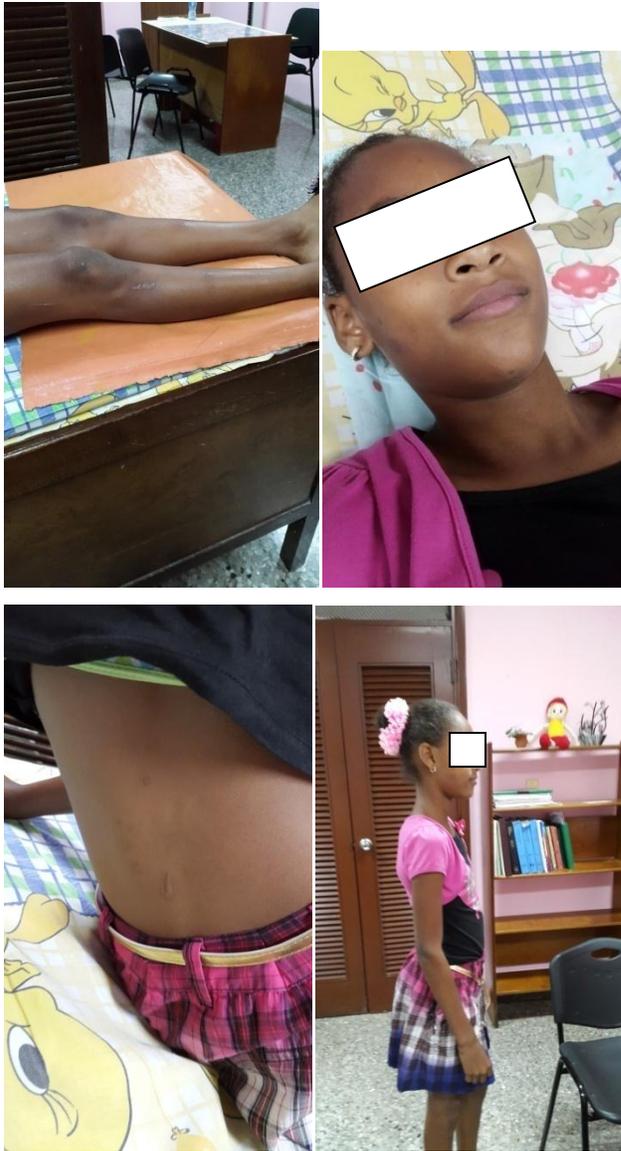
Figura1.- niño violado con condiloma



Caso 2

Adolescente femenina AGS, de 13 años de edad desnutrida de aspecto triste, que es llevada por la abuela a consulta de oftalmología, con un pañuelo manchado de sangre en la mano, refiriendo que la niña sangraba por los ojos. Llega remitida por esa especialidad a la consulta de pediatría sin haberse detectado ningún sangramiento ocular. Se examina exhaustivamente y no se encuentra sangre en ninguna parte de su cuerpo; se le indican hemograma y coagulograma urgente, los cuales son normales. Al examen físico se encuentra: numerosas cicatrices, lesiones de piel⁹ y marcas de traumas físicos en el cuerpo de la muchacha; le explicamos a la abuela que tenemos que remitirla al hospital pediátrico y nos refiere que irá primero a la casa, que esa niña es maltratada por su madre y ha recibido muchas agresiones físicas, pero que tiene mucho miedo¹⁰ y que regresa a su casa y no va a acudir a otro centro. (Figura 2)

Figura 2.-adolescente golpeada



Caso 3

Adolescente ACD de 10 años de edad, que acude a consulta por dolor abdominal y al examinar su abdomen, visualizamos marca de quemadura

antigua de plancha; al preguntar nos refiere la madre, que ese día ella no estaba con el hijo que lo dejó solo con la hermana mayor; ella se puso a planchar en la cama donde estaba el niño acostado y se lo encontró quemado al regresar. (Figura 3)

Figura 3. Adolescente quemado con plancha



Caso 4

Pre escolar de 3 años de edad AAL, que estando la madre ausente y siendo cuidado por la abuela⁷, se quema con una cazuela caliente en la cocina, en la región de la muñeca derecha. Es visto en consulta y se remite para su mejor evaluación y tratamiento siendo su evolución favorable.(Figura 4)

Figura 4. Niño quemado con jarro de agua hirviendo



Caso 5

Transicional de 1 año de edad OLG, que estando solo con su madre en la cocina, se vira un jarro de agua hirviendo que le quema la zona de la mejilla derecha. Nos llega a la consulta y es remitido al servicio de quemados del hospital Juan Manuel Márquez, donde se valora clínicamente y se mantiene con curas hasta que se da de alta.

La madre se negó a retratarlo.

Caso 6

Lactante de seis meses de edad que mientras su mamá le daba la comida no se percató lo caliente de la temperatura de la cuchara produciéndole una quemadura en el labio superior. Es traído a la consulta de Pediatría remitiéndose al servicio de quemado del Hospital Juan Manuel Márquez. Siendo su evolución favorable. (Figura 5)

Figura 5.-niño quemado con cuchara



DISCUSIÓN

El 67 % de los pacientes vistos por maltrato infantil, acudieron por motivos, indirectos como se describe en la literatura; cinco de ellos, pertenecían al sexo masculino, de los cuales el 83 % acudió con sus madres y solamente una de las pacientes con familiar directo (la abuela).

En cuanto a la clasificación del maltrato encontramos: tres pacientes con maltrato intencional¹: la niña golpeada, el varón quemado en el abdomen, que refirió la madre lo cuidaba su hermana mayor y el niño con las lesiones condilomatosas, que adquirió a través del abuso sexual cuando la madre lo envió solo a visitar a su papá en otra provincia. La niña golpeada como describen, vino a la consulta por motivo indirecto y su aspecto era el de una niña desnutrida, descuidada, temerosa y triste. El varón con quemadura de plancha en el abdomen, que acudió por dolor abdominal tenía esa quemadura hacia varios años y nunca fue visto en consulta por ese motivo y el niño de la ITS, como se describe en la literatura, fue abusado por una persona cercana y familiar, del sexo masculino (el primo). Los restantes pacientes fueron: un paciente con maltrato no intencional por quemadura del labio con cuchara caliente, uno indeterminado que se quemó mientras lo cuidaba la abuela y el otro por negligencia de la madre al dejarlo entrar a la cocina.

De los pacientes maltratados intencionalmente, dos han tenido severas consecuencias físicas y emocionales, la niña golpeada que su abuela se niega a acusar a su hija y no ha sido capaz de denunciarla ante las autoridades y el niño abusado, que sí se notificó a las autoridades y actualmente está mejorado de sus lesiones de transmisión sexual, pero no de las secuelas emocionales por lo que se trata con psiquiatría infantil. El tercer paciente de lesiones intencionales (quemadura del abdomen por su hermana mayor) aparentemente no presenta secuelas psicológicas. Los otros tres pacientes restantes, que no fueron clasificados como niños maltratados intencionalmente, se les dieron recomendaciones a los padres y abuela sobre el cuidado con los menores.

CONCLUSIONES

Como conclusión tenemos que no es tan infrecuente el maltrato infantil como se cree y no solo existe el maltrato físico, también existe el psicológico que no lo incluimos en este trabajo. Debemos continuar trabajando en la prevención y detección de cualquier abuso o maltrato contra un niño o adolescente y remitirlo a las autoridades correspondientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta Moya EC Valdivia Álvarez I. Ivón Giletta P. Conocimientos sobre maltrato infantil en adolescentes maltratados y padres o tutores. Rev Cubana de Pediatr. 2017; 89 (2)
2. Berbinerblau V. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. UNICEF MAYO 2017 P 4-24. Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes. Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos
3. Butchart A, Phinney Harvey A “Prevención del maltrato Infantil” ¿Qué hacer y cómo obtener evidencias? OMS Cap. 1 p 9
4. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos. noviembre 2016
5. Gancedo Baranda A. Abordaje integral del maltrato infantil En AEPap(ed).Curso de Actualización Pediatría 2017.Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017www.aepap. org p 535-43
6. Larains S, Bascuñán C. Cuarto estudio de Maltrato Infantil UNICEF. Santiago de Chile 2012.

7. Martínez Negrín Y. Accidentes en la Infancia como maltrato infantil y su relación con la disfunción familiar. Rev. Cubana de Medicina General Integral, 2016, 35 (2).
8. Orjuela López L, Rodríguez Bartolomé V. Violencia sexual contra los niños y las niñas .Abuso y Explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales. Save the children España oct-2012, [5www.savethechildren.es](http://www.savethechildren.es)
9. Palacios- López C, Durán –McKinster C, Orozco Covarrubias, L Maltrato Infantil en Méjico.dermatol RevMex 2016 julio; 60(4): 326-333
10. Pérez Rendón JG, Flores Pérez Lizbeth Consideración del problema de maltrato infantil en los planes de estudio de medicina y de especialidades médicas en Méjico. Acta PediátriaMex 2015;36:61-71
11. Valdés Martín, S, Gómez Vasallo.A, Báez Martínez JM, Accidentes, maltrato infantil y consumo de sustancias tóxicas. Temas de pediatría. Valdés JM .cap. 19. 407-410. 2011.ED Ciencias médicas.

Laura E. Alvaré Alvaré. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Calle 216 esquina a 11b. Siboney. Playa. La Habana, Cuba.

Teléfono: 7 858 1000