

Maltrato infantil

Umeen tratu txarrak

A.E. Abasolo Telleria

Médico-forense experta en psiquiatría.
Psicólogo clínico.

Correspondencia: abasolo.ae@aju.ej-gv.es

La violencia y el maltrato en la vida humana es una lacra universal que afecta a todas las culturas y a todas las clases sociales.

Tradicionalmente la violencia hacia los hijos no se ha considerado como un problema social, porque los hijos han sido vistos como una propiedad privada de los padres (con función normal de corrección).

La Asamblea General de las Naciones Unidas presentó el 29 de agosto del 2.006 el primer *Estudio Mundial sobre la Violencia contra los niños*. Define los malos tratos como **“toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual”**.

Se desconoce cuál es la incidencia real de casos de malos tratos en nuestro país. Existen múltiples estudios realizados en las distintas Comunidades Autónomas que aportan datos dispares y hasta contradictorios. Estudios de prevalencia sobre población adulta (López, Hernández y Carpintero, 1995) sobre agresiones sexuales arrojan resultados superiores a los de incidencia (estudio de incidencia de agresiones sexuales los sitúan en el 5% y de prevalencia del 19%). Los distintos estudios de malos tratos no son comparables ni generalizables de unas poblaciones a otras en razón de diferencias entre las poblaciones seleccionadas, distintos criterios definitorios de qué es el maltrato, variables metodológicas, etc.

Tomando como referencia un estudio realizado en la Comunidad de Madrid sobre 4.916 expedientes de menores en situación de desamparo (Simón, López y Linaza, 1998) la forma de maltrato más frecuente es la negligencia o abandono físico (42,9%) seguido por el maltrato físico (16,7%) y abandono emocional (16,7%) seguido de maltrato emocional (12,5%).

En el estudio, el 52% de las víctimas son niños y el restante 48% niñas. Otros estudios, como los del Centro Reina Sofía, arrojan cifras distintas.

En el estudio de la Comunidad de Madrid se ha encontrado que no existe un tipo específico de malos tratos para niños y para niñas, sin embargo, es verdad que en los niños aparecen más significativamente maltrato físico y abandono emocional, y en las niñas mayor proporción de agresión sexual y de explotación laboral.

La mayor proporción de víctimas de malos tratos aparece entre menores de un año (13,8%), descendiendo la incidencia hasta el 6-8% que permanece hasta los 8 años, por encima de esta edad hay una disminución progresiva del número de casos.

La coexistencia de deficiencias físicas o menoscabos emocionales predispone a la victimización, en comparación a los iguales sin deficiencias. Se calcula una proporción de 11,5% de víctimas con deficiencias frente al 1,5% de menores sin deficiencias. En niños deficientes la probabilidad de sufrir malos tratos no disminuye con la edad sino que aumenta a diferencia de lo que ocurre en el resto de los menores. Las víctimas discapacitadas de malos tratos tenían además problemas de comportamiento como estereotipias, problemas de alimentación, temperamento difícil, autolesiones, heteroagresividad, etc. El 75% de estos niños deficientes tenían problemas del lenguaje y un 37% no hablaba.

Los primeros trabajos sobre la causalidad de este problema detectaron rápidamente una relación entre el maltrato infantil y la psicopatología de los padres; aunque no haya psicopatología diagnosticable, sí hay, al menos, dificultades de comportamiento, afectivos y/o cognitivos.

El niño es percibido por el progenitor como una fuente de malestar. Ante un niño que llora no se genera en el padre maltratador una emoción positiva (pena, compasión) sino negativa (irritación e ira) dado que se atribuye al niño una intencionalidad en su conducta. Se trata de padres con pocas capacidades empáticas, con severas di-

ficultades para conocer las emociones y las necesidades de los niños, deficiencias que se verían agravadas en situaciones de estrés o ante deficiencias de los niños. En este estudio, se detecta que el mayor riesgo de malos tratos corresponde a los menores con discapacidades leves, en la que las deficiencias del niño son atribuidas por el padre a una intencionalidad, que en la mayoría de los casos no es real. Si las deficiencias son más profundas los comportamientos "inadecuados" de los menores son más fácilmente atribuidos a las patologías o deficiencias.

Las familias maltratadoras suelen estar **aisladas socialmente**, con lo que sus conductas intrafamiliares no se modulan a través de la interrelación. Hay evidencia empírica de que el alto porcentaje ocurre el maltrato en **familias monoparentales**, en la mayoría se trata de madres solas (25% en una muestra española). El maltrato es excesivamente frecuente en casos en que la madre y sus hijos conviven con varón que no es el padre biológico (familias reconstruidas). Será esta figura parental no biológica el actor de violencias graves y extremas.

De acuerdo a estudios realizados en distintos países la principal figura maltratadora es la madre, con una incidencia que varía de unos estudios a otros entre el 60 y el 85% de los casos. Sin embargo, las formas graves de maltrato son consecuencia de malos tratos del padre o padrastro, principalmente.

Uno de los factores de riesgo es la **drogodependencia (cocaína, anfetaminas), el alcoholismo y el desempleo**. En general podemos afirmar que todos los factores generadores de estrés son potenciadores de la emergencia de conductas agresivas o violentas.

Tipologías de los malos tratos

- **Malos tratos físicos por acción:** intoxicaciones (drogas, alcohol, medicamentos, etc.), inmovilización física o en-

cierros (atarle a la cama, meterlo en armario, retenerle en habitación, etc.), síndrome de sacudida del niño (triada diagnóstica: hemorragias retinianas bilaterales, hematoma subdural y edema cerebral), contusiones (palos, cinturones, sillas, manos, patadas, etc.), heridas por armas (blanca o de fuego), quemaduras (cigarrillos, líquidos, llama), etc.

- **Malos tratos físicos por omisión (todo aquel abandono de los requisitos básicos del niño y que son alimentación, sueño, temperatura corporal, higiene y atención médica):**
- **Malos tratos psíquicos por acción** (aterrorizar y amenazar, castigos injustificados, insultos y menosprecios, humillaciones, etc.).
- **Malos tratos psíquicos por omisión (todas aquellas acciones que impidan o coarten el deseo del niño de cercanía y acompañamiento).**
- **Malos tratos sexuales.**

Desde el punto de vista pericial es importante señalar que el abordaje y estudio de las víctimas ha de ser integral. Se han de valorar de forma heurística factores familiares, sociales, psicológicos y físicos de la víctima y su entorno a fin de alcanzar un diagnóstico preciso.

Los hallazgos físicos se pueden dividir entre específicos (asociados a la naturaleza específica del maltrato) e inespecíficos (retrasos en el crecimiento, retraso en adquisición de habilidades, especialmente lenguaje, conducta del niño ("atención helada" y/o hiperactividad con o sin agresividad, caída del rendimiento académico...). En el abordaje integral del menor ha de procederse de forma protocolizada pero secuencial, desde elementos más genéricos hasta alcanzar factores específicos.

Son recomendables la orientación establecida por el *American College of Radiology* sobre estudio esquelético estándar en me-

nores de dos años con sospechas de malos tratos. Este estándar incluye radiografías de húmero (AP), antebrazos (AP), manos (oblicuas y PA), fémures (AP), piernas (porción inferior AP), pies (AP), esqueleto axial, tórax (AP y lateral), pelvis (AP, incluyendo columna lumbar media e inferior), columna lumbar (lateral), columna cervical (lateral) y cráneo (frontal y lateral).

Son patognomónicas de malos tratos las fracturas, a veces muy sutiles, en áreas epifisio-metáfisarias con desplazamiento, luxación o arrancamiento epifisario en forma de "asa de cubeta" o "esquina metafisaria". Aparecen especialmente en extremidades (por agarrar al niño, balancearlo al tiempo que se le golpea con un objeto o se le lanza a distancia).

Son lesiones características las fracturas espiroideas en diáfisis de huesos largos y los despegamientos periósticos de tibia o despegamientos por hemorragia subperiósticas en diáfisis de otros huesos.

Es recomendada la revisión del estudio radiológico a las dos semanas del estudio inicial.

Son obligadas las proyecciones anteroposteriores y laterales del cráneo (aunque se realice una TAC porque las fracturas axiales pueden pasar desapercibidas). Son patognomónicas las fracturas craneales complejas, diastáticas o con hundimientos, especialmente asociadas a hemorragias retinianas o lesiones cutáneo-mucosas. Una fractura de cráneo múltiple, bilateral o que cruce la línea de las suturas es sospechosa de malos tratos.

Es muy importante señalar que en caídas accidentales desde bajas alturas (camas, mesas, brazos...) las lesiones intracraneales son excepcionales, debido a la gran flexibilidad de la calota craneal, la elevada cantidad de líquido cefalorraquídeo y la vasorreactividad del cerebro del lactante. Sólo accidentes de tráfico provocan lesiones intracraneales de similar importancia al maltrato.

AGRESIONES Y ABUSOS SEXUALES EN MENORES

Siguiendo la definición del *National Center of Chile Abuse and Neglect* (1978) **existe una agresión sexual de un menor cuando hay una interacción entre un adulto y un niño y el mayor utiliza al menor para estimularse sexualmente él mismo, al niño u a otra persona. Para que se dé tal agresión el agresor puede ser menor de 18 años, siempre que entre ambos medie una diferencia significativa de edad (de cinco años si la víctima tiene menos de 10-12 años, y de 10 años cuando supere tal edad) o de una muy distinta posición de poder o de control sobre otro menor.**

Las agresiones sexuales a menores son definiciones complejas que engloban a una multiplicidad de acciones lesivas. Utilizando los criterios utilizados por el departamento de Servicios Sociales y de Salud del departamento de Washington (1988):

Conductas con contacto físico: exposición de genitales (actitudes inapropiadas o exhibicionismo), tocamientos, felaciones, violación (vagina, ano, boca), penetración con dedos u objetos... *Explotación sexual:* pornografía y prostitución infantil.

Por otro lado, otra posible diferenciación es la que describe o clasifica los abusos según ocurran en un medio extrafamiliar (o pedofilia) o intrafamiliar (que a su vez se diferenciaría según el agresor es un familiar directo o allegado a la familia o análogo). Las formas crónicas son principalmente intrafamiliares, con unos acercamientos progresivos (se inician con tocamientos, caricias por encima y debajo de la ropa, pasando a prácticas más activas como frotamientos de genitales, felaciones, hasta penetraciones).

Se han detectado dos franjas de edad de riesgo: entre lo 6-7 años y entre los 10-13

años. Las niñas sufren principalmente agresiones intrafamiliares y los niños las extrafamiliares. Existen niños vulnerables por cuanto pertenecen a familias poco protectoras que sitúan al menor en situación de abandono físico o emocional.

En el caso de las agresiones sexuales intrafamiliares, en un mínimo porcentaje de casos (en torno al 2%) se detectan al tiempo que están ocurriendo

Los niños pequeños, de edad preescolar o en primeras etapas escolares, carecen de conciencia cierta sobre qué conductas son moralmente adecuadas o inadecuadas, siempre que no medie violencia física o psicológica. Lo más frecuente es que el adulto acceda al menor a través del juego, aparece la auténtica seducción del niño, fomentando en él su lado más narcisista ("eres mi princesa", "este juego no lo juego con nadie más que contigo porque eres especial"). El propio niño queda adherido al mismo y lo puede buscar activamente, al resultar para él una actividad placentera. Puede pasar mucho tiempo desde que se iniciaron estas conductas o desde que ocurrieron hasta que se han detectado.

Cualquier conducta sexual impropia o excesiva, o expresiones sexuales inadecuadas a su edad, merecen atención por parte de los adultos.

Sin embargo, la realidad cotidiana es que son escasos los signos físicos inequívocos de agresión sexual y la limitación de los niños para poder expresar la realidad de lo que les está pasando (porque salvo en escasísimas ocasiones no media penetraciones con pene u otro objeto similar en niños pequeños, eventualidades que no pasan desapercibidas por tratarse de urgencias médicas sino que se trata de caricias, tocamientos, felaciones, etc.) Por ello, se han establecido una serie de *criterios de sospecha* y de *certeza* que nos pueden orientar para su

detección. Sin embargo, cada uno de los factores de sospecha no puede interpretarse de forma aislada y vincularlo a un abuso. Se requiere una valoración global del niño y de los factores de sospecha del que se disponga para realizar la evaluación

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso-Quecuty, ML. Evaluación de la credibilidad de las declaraciones de menores, víctimas de delitos contra la libertad sexual. *Papeles del Psicólogo* 1999; 73: 36-40.
- Asamblea Mundial de la Salud, 49ª. Resolución WHA49.21 relativa a la declaración de la violencia como un problema de salud pública mundial y creciente. 1996.
- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. *Maltrato infantil en la Familia*, España 1997/1998. Valencia: Diseñarte; 2002.
- Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia. *Abuso sexual infantil, Evaluación de la credibilidad del testimonio, Estudio de 100 casos*. Serie Documentos. Valencia: Diseñarte; 2004.
- Echeburua Odriozola E, Guerricaechebarria C. *Abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores: un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel; 2005.
- Echeburua E. *Personalidades violentas*. Madrid: Ediciones Pirámide; 1998.
- Freyd JJ. *Abusos sexuales en la infancia, la lógica del olvido*. Madrid: Ediciones Morata; 2003.
- Kempe RS, Kempe CH. *Niños Maltratados*. 5ª Edición. Colección Psicología El Desarrollo del Niño. Madrid: Ediciones Morata; 1998.
- López Sánchez F. *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Amarú Editores; 2000.
- Organización Mundial de la Salud. *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. WHO; 2002.
- Sanmartín J. *Violencia contra niños*. Barcelona: Ariel; 2005.
- Sanmartín J, Grisolia JS, Grisolia S. *Violencia, televisión y cine*. Barcelona: Ariel; 2005.
- Sanmartín J. *El laberinto de la violencia, causas, tipos y efectos*. Barcelona: Ariel; 2004.