

Niños maltratados. El papel del pediatra

J.A. Díaz Huertas^a, J. Casado Flores^b, E. García^a, M.A. Ruiz Díaz^c y J. Esteban^a

^aInstituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales. Madrid.

^bServicio Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

^cDepartamento de Metodología y Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

(An Esp Pediatr 2000; 52: 548-553)

Los malos tratos a los niños, en sus distintas formas, físico, negligencia, síndrome de Münchhausen, abusos sexuales... representan una importante causa de morbilidad, especialmente en los primeros años de la vida. El síndrome del niño apaleado incluye en la actualidad formas de abuso y negligencias moderadas, graves y leves en las que el maltrato físico puede estar ausente. La determinación de las formas de maltrato, su diagnóstico, la intervención y prevención corresponden a equipos multidisciplinarios en los que el pediatra tiene un papel fundamental.

ABUSED CHILDREN. ROLE OF THE PEDIATRICIAN

Child maltreatment, in its different forms (physical, negligence, Münchhausen syndrome by proxy, sexual abuses...), represents an important morbidity cause, especially in the first years of the life. Nowadays, the battered child syndrome includes forms of abuse and different degrees of negligence (moderate, serious and light) in which the physical abuse could be absent. Determination of the forms of abuse, their diagnosis, intervention and prevention, corresponds to multidisciplinary teams, in which the pediatrician has a crucial role.

INTRODUCCIÓN

El cuadro, descrito originalmente por un pediatra, Kempe¹, como síndrome del niño apaleado, en la actualidad incluye formas de abuso y negligencias moderadas, graves y leves en las que el maltrato físico puede estar ausente. La determinación de estas nuevas formas de maltrato, su diagnóstico, la intervención y prevención corresponden a equipos multidisciplinarios en los que el pediatra tiene un papel fundamental.

En los últimos años la atención a los niños maltratados ha experimentado en España cambios fundamentales que consisten en:

1. La obligación de comunicar las situaciones de riesgo. En el pasado los profesionales sanitarios sólo estaban obligados a notificar por la Ley de Enjuiciamiento Criminal² los casos de lesión a través del correspondiente parte de lesiones al juez de guardia³. En la actualidad, sin embargo, los profesionales sanitarios están obligados a notificar también las situaciones de riesgo y de sospecha a los servicios con competencia en protección de menores⁴.

2. Competencia de los servicios sociales. Corresponde a los servicios sociales las competencias en materia de protección de menores, incluso la retirada de la patria potestad, exclusiva en el pasado del poder judicial. En la actualidad, en España, es competencia de los servicios de protección de menores de cada comunidad autónoma retirar la patria potestad y asumir la tutela⁵.

3. El interés superior del niño debe ser, según la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas⁶, el principio en el que estén basadas todas las decisiones.

4. Los niños sobre los que sea necesario tomar medidas de protección tienen derecho a un plan que, prioritariamente, debe hacer lo posible para mantenerlos en su propia familia, posibilitando la mayor colaboración de los padres y del propio niño⁷.

A pesar de que los médicos tienen la obligación de notificar a los servicios sociales o al juez, así como

Correspondencia: Dr. J.A. Díaz Huertas. Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario en la Comunidad Madrid. Santa Tecla, 3. 28022 Madrid.
Correo electrónico: josea.diaz@comandrid.es

Recibido en marzo de 2000.

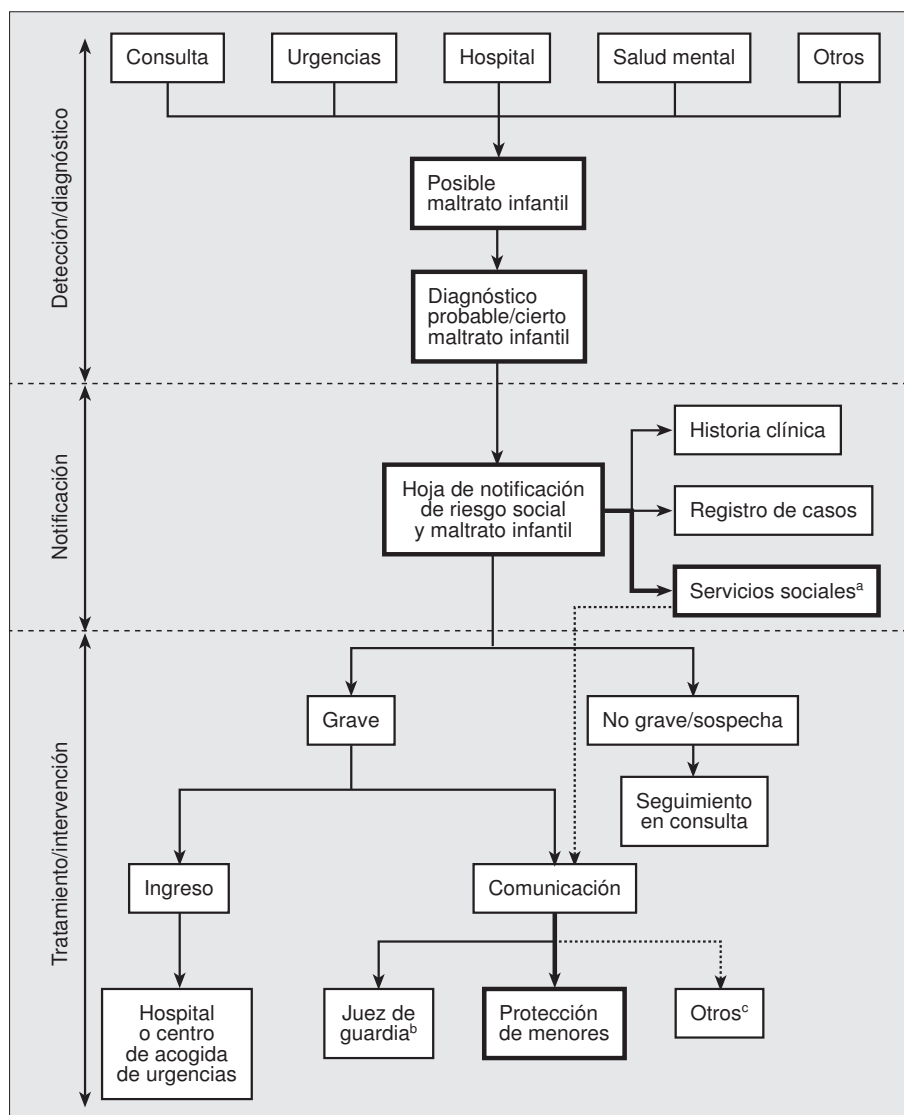
Aceptado para su publicación en abril de 2000.

Figura 1. Fases del proceso de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario.

^aSiempre es obligatorio la comunicación a los servicios sociales que son los que tienen las competencias en materia de protección de menores.

^bParte de lesiones o para la tutela de menores ante la imposibilidad de contactar con los servicios de las comunidades autónomas con la competencia de protección de menores.

^cCuando se requiera la intervención del fiscal de menores con sus funciones de defensor del menor o de la policía en las ciudades el GRUME (Grupo de Menores de la Policía Judicial) y en el ámbito rural el EMME (Equipo de Mujer y Menor de la Guardia Civil).



de intervenir no sólo en los casos de malos tratos físicos sino también en otras circunstancias (abandono, negligencia, maltrato emocional, riesgo de malos tratos, etc.), la realidad es que con frecuencia ni se notifica ni se interviene, bien por desconocimiento de la obligatoriedad, ausencia de diagnóstico o simplemente por inhibición. Por ello, se están desarrollando programas para aumentar el grado de sensibilización y formación de los profesionales sanitarios, especialmente médicos, pediatras, pero también de enfermeras y matronas, a fin de aumentar el número de determinaciones e intervenciones desde el ámbito sanitario.

La notificación por parte de los profesionales sanitarios precisa un procedimiento automático, desburocratizado, que permita una conexión casi anónima de los casos de riesgo, al objeto de disminuir la inhibición que produce el miedo a estar implicados en procedimientos judiciales; obviamente, cuando existen lesiones físicas es

obligado realizar un parte de lesiones al juez. Desde el 1 de enero de 1999 en la Comunidad de Madrid se ha establecido un proceso de notificación de casos, detallada más adelante, que cumple estos requisitos⁸.

La atención de los niños maltratados consta de cinco fases: detección o diagnóstico, notificación, intervención o tratamiento, seguimiento o controles y medidas preventivas. Estos programas deben estar englobados dentro de los planes de atención a la infancia, desde todos los ámbitos de asistencia pediátrica: tocoginecológica (detección de embarazadas de riesgo), neonatal, hospitalaria, asistencia primaria, urgencias pediátricas y salud mental (fig. 1).

DETECCIÓN-DIAGNÓSTICO

Los datos epidemiológicos conocidos indican la necesidad de considerar el maltrato infantil dentro de los diagnósticos pediátricos posibles, debiendo estar incluido como una enfermedad más a descartar o confirmar

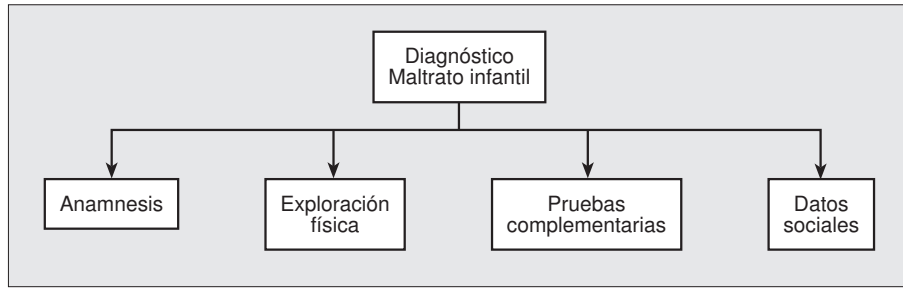


Figura 2. Diagnóstico de maltrato infantil.

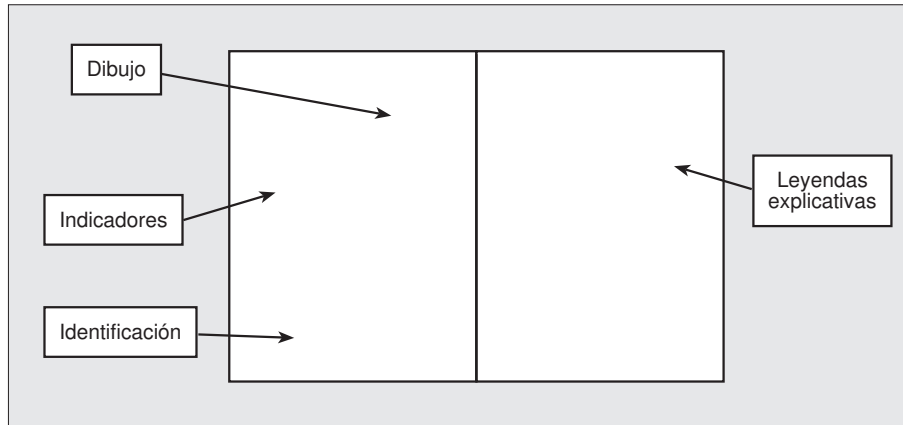


Figura 3. Hoja de notificación de maltrato físico y abandono⁸.

dentro de un amplio abanico de signos o síntomas compatibles con este diagnóstico⁹.

La detección se realiza en el:

- Maltrato físico por las lesiones y problemas físicos que presente el niño, siendo las principales fuentes de detección la atención primaria y urgencias, aunque a veces son derivados a estos servicios por otros profesionales: maestros, policía, servicios sociales, etc.
- Maltrato emocional por los problemas en el desarrollo psicosocial y problemas de salud mental, motivos de consulta en atención primaria. Éstos son derivados a salud mental donde se suele apreciar su etiología, maltrato infantil.
- Abuso sexual por las alegaciones del niño; por consultas por problemas de conducta; detección de síntomas y/o signos físicos o comportamentales por el médico; confesión del padre o adulto perpetrador, o consulta a través del trabajador social, policía, profesor, etc.

El diagnóstico se hará en función de la historia clínica, exploración física, exámenes complementarios y datos sociales (fig. 2).

NOTIFICACIÓN

La notificación es una condición necesaria para posibilitar la intervención en casos de maltrato infantil y una obligación legal y profesional, no sólo de los casos graves y evidentes, también de los aparentemente leves (sospecha) y las situaciones de riesgo.

En la actualidad se están desarrollando diferentes iniciativas para establecer sistemas unificados de notificación de casos entre los que en España destacan el Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos del Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁰ que se incluye dentro del Plan de Acción contra la Violencia Doméstica¹¹ y el Estudio Delphi para el diseño de una hoja de notificación de maltrato infantil y procedimiento de tramitación, proyecto del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales desarrollado por el Centro Universitario de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid.

Desde el 1 de enero de 1999 la Comunidad de Madrid ha establecido un sistema de notificación de casos sospecha y/o maltrato infantil desde el ámbito sanitario⁸ que, mediante un formulario en papel autocopiativo, establece que una copia quede en la historia clínica del niño, otra se remita por correo a franquear en destino al registro de casos y la tercera, la más importante, se remita a los servicios sociales para asegurar la intervención en todos los casos en que el profesional sanitario notifique sospecha o maltrato infantil (fig. 3).

INTERVENCIÓN-TRATAMIENTO

La intervención y tratamiento debe contemplar las medidas sanitarias sociales y legales durante los momentos evolutivos de los niños maltratados (figs. 1 y 4).

Los pediatras deben conocer las medidas sociales y decidir los tratamientos.

Tipo de maltrato		Medidas sanitarias	Medidas sociales	Medidas legales
Maltrato físico y negligencia-abandono	Grave	Ingreso hospitalario/centro de acogida de urgencias	Comunicar a Protección de Menores	Parte de lesiones
	No grave	Seguimiento en consulta	Comunicar a Servicios Sociales	*
Maltrato emocional	Grave	Ingreso hospitalario/centro de acogida de urgencias	Comunicar a Protección de Menores	Informar al juez
	No grave	Consulta salud mental	Comunicar a Servicios Sociales	*
Abuso sexual	Con contacto físico	Exploración física Protocolo de recogida de muestras médicas	Comunicar a: • Protección de Menores • Servicios Sociales	Parte de lesiones
	Sin contacto físico	Psicólogo/psiquiatra: diagnóstico/apoyo emocional-psicológico		*

Figura 4. Tipos de intervención en los niños maltratados.

*Fiscal de menores: tiene el papel de actuar como defensor del menor. Se comunicarán aquellos casos en que se estime necesaria la valoración o toma de decisiones referentes a la protección de los derechos del niño¹².

La escasa implicación por parte de los médicos se justificaría por la idea que subyace en muchos pediatras de que el maltrato infantil es un problema legal-social, sólo sanitario por sus aspectos clínicos.

SEPARACIÓN

La separación del niño de su medio familiar puede estar indicada para protegerle y evitar la repetición de los malos tratos. Éstos pueden ser la separación y aislamiento de un niño en el servicio de cuidados intensivos o el aislamiento por enfermedad infecciosa, ingresos por problemas de salud mental, etc., en los que la cobertura afectiva del niño debe ser especialmente contemplada y cubierta.

La hospitalización puede ser una forma de protección y, a la vez, un medio diagnóstico y terapéutico al permitir la observación del niño y sus padres, e incluso, para establecer el diagnóstico en algunas formas como en el síndrome de Münchhausen por poderes.

Las unidades de pediatría social deberían tener como función la atención especializada a estos casos, evitando las circunstancias negativas que pueden darse en un hospital por su estructura, diseño y organización rígida, para atender enfermedades orgánicas^{13,14}.

Los centros de acogida de urgencias de los servicios sociales con competencias en materia de protección de menores de cada comunidad autónoma se encargan legalmente de la protección y tutela del menor. Estos centros pueden ser el recurso más adecuado por disponer de personal especializado (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, etc.) en la atención a esta población (niño y familia)¹⁵.

En los casos graves, al asumir los servicios sociales el papel protector del niño, intentan actuar como mejores

padres que sus padres biológicos, considerando que estos últimos han fracasado en su papel educativo. Pero apartar al niño de su familia, con el objetivo de protegerlo, puede provocarle una victimización secundaria al privarle de importantes figuras de apego (madre, hermanos, amigos, ambiente escolar, barrio).

Apartar a un niño de su hogar puede ser interpretado por otros miembros de su familia como la expulsión de un foco de maldad moral provocando sentimientos de culpa en el niño por la situación.

El resultado es que el niño es castigado y culpado al ser obligado a separarse de su familia y de sus importantes contactos sociales, impidiéndole que llegue a resolver sus sentimientos confusos sobre la situación a través del contexto familiar.

SEGUIMIENTO

El seguimiento del caso, la prevención terciaria, es una de las fases más importantes en la intervención en casos de maltrato infantil.

El seguimiento de la situación corresponde, en general, a los servicios sociales. La intervención del pediatra será a través del seguimiento en consulta, tratamiento de las secuelas, etc., y la coordinación con los servicios sociales.

Actitud del pediatra ante casos de maltrato infantil^{16,17}

En la práctica diaria todavía se aprecia una insuficiente formación del profesional sanitario, incluido el médico-pediatra, en los casos de maltrato infantil. El papel de éstos en los diferentes momentos de la intervención pueden resumirse en:

Detección-diagnóstico. El maltrato infantil debe plantearse como el diagnóstico diferencial ante niños que

acuden con traumatismo, intoxicación y problemas de salud no explicados en los que pueda presumirse situaciones de maltrato físico, etc. También detectar aquellas situaciones de negligencia y abandono en los cuidados alimenticios, déficit de inmunizaciones, controles inadecuados inasistencia a los programas del niño sano.

Notificación. La influencia negativa que la notificación puede tener en la relación médico-pacientes con la familia debe evitarse haciendo ver a los familiares la necesidad de ayuda y la notificación, como un elemento necesario para ello.

Por encima del secreto profesional está la obligación de atender al niño y de comunicarlo a los servicios sociales con competencias en protección de menores y, en su caso, al juez de guardia.

Los informes médicos deben ser lo más detallados posibles. Es necesario considerar la posible ignorancia de los profesionales a quienes va dirigido (jueces, trabajadores sociales) de la terminología médica, el desconocimiento del niño y sus necesidades, los efectos y repercusiones evolutivas.

Los casos de lesiones físicas requieren adjuntar fotografías en color.

Son casos judiciales aquellos en los que se aprecia un posible delito. De éstos debe remitirse una parte de lesiones al juez de guardia, con objeto de iniciar un proceso legal. En estos casos debe considerarse la lentitud del proceso administrativo de la justicia y en cualquier caso notificarlo también a los servicios sociales.

Tratamiento-intervención. Los casos de maltrato juvenil, sospecha o certeza, requieren actuar con la necesaria firmeza. Los médicos no deben dejarse llevar por los sentimientos, falsas creencias o por malas experiencias anteriores, debiendo confiar en la eficacia de los servicios sociales y hacer un seguimiento de la intervención social.

La multicausalidad del maltrato infantil requiere una intervención multiprofesional. Un médicopediatra solo no puede atender adecuadamente al caso –niño, familia y sus circunstancias–, ya que al tratarse de una problemática compleja requiere la intervención de otros profesionales (trabajador social, psicólogo, etc.) y la colaboración con los distintos dispositivos del ámbito sanitario. Los servicios sociales tienen un papel fundamental en los aspectos no clínicos.

En los casos de hospitalización no debe darse el alta voluntaria ante la petición de los padres. Para ello, se comunicará al servicio de protección de menores de la comunidad autónoma correspondiente o al juez de guardia.

Intervención durante la crisis. Se debe evitar, en la medida de lo posible, la separación del niño de su medio familiar. En caso de que no exista otra alternativa, deben tomarse todas las iniciativas para que esta medida de protección no suponga un maltrato añadido al niño.

El niño necesita ayuda para asumir los cambios en su situación vital, superar sus sentimientos de culpa y vergüenza, y entender que todo lo que está pasando tiene como objetivo prioritario su bienestar y recuperación. Para ello, se debe reducir el impacto de ciertos factores de estrés (evaluaciones médicas y psicológicas, intervención social/proceso judicial, etc.) e introducir, en la medida de lo posible, habilidades para enfrentarse y afrontar mejor a las situaciones estresantes.

Uno de los objetivos principales de la intervención debe ser estabilizar las actividades rutinarias del niño (escuela, relaciones sociales, etc.).

Hacia los niños. La actitud debe ser lo más natural posible, no hablando delante del niño sobre personas o situaciones que le recuerden el problema. Los niños no deben apreciar ocultamiento por parte del médico. Debe protegerse al niño frente a la repetición de los malos tratos.

Hacia los padres. Reprochar a los padres su responsabilidad en la enfermedad del niño puede originar efectos indeseables, siendo el objetivo de la intervención obtener su colaboración, no la culpabilización, si bien no puede ignorarse la gravedad del caso. Debe promoverse el contacto de los padres con sus hijos, enseñando a aquéllos como atender correctamente las necesidades físicas y emocionales de sus hijos en las diferentes etapas evolutivas.

Para ello, se debe favorecer la reflexión de los padres sobre el comportamiento de los hijos, problemas de la educación y cuidados, castigo físico, etc., y fomentar en los padres la búsqueda de ayuda para la resolución de los problemas en el cuidado de su hijo.

Colaborar en la intervención protectora. Los pediatras deben proporcionar informes documentados a los Servicios de Protección a la Infancia (o informes periciales al juez) en relación al estado físico del niño y en su caso de lesiones y facilitar información periódica del estado físico del niño y de las observaciones en esa área a los Servicios de Protección a la Infancia (en los casos que están siendo objeto de protección).

Coordinación. Los servicios sanitarios tienen una gran importancia en la detección y notificación de casos, y los sociales tiene un papel de gran importancia en la intervención y atención al niño siendo necesaria la implicación de todos los dispositivos con relación al niño y su familia, respetando las respectivas áreas de trabajo y potenciando iniciativas que faciliten la comunicación y toma de decisiones colegiadas.

CONCLUSIONES

En resumen, los maltratos a los niños engloba situaciones de negligencias y abandono, abuso sexual, físico y psicológico y formas complejas que precisan de la formación adecuada del personal sanitario en general y del médico pediatra en particular.

Éstos están obligados a detectar y notificar a los servicios de protección no sólo los casos confirmados, sino también los casos de sospecha. La notificación de casos reales o de sospecha precisa un procedimiento automático que permita la intervención de los distintos servicios implicados, especialmente de los servicios sociales, y el registro de casos que impide la emigración del paciente a otros centros sanitarios. Una hoja de notificación de maltratos diseñada por la Comunidad de Madrid está dando excelentes resultados.

El tratamiento incluye el seguimiento médico y social. El abordaje del niño maltratado requiere la participación multiprofesional en los que los servicios médicos y sociales ejercen un papel fundamental. Estos últimos pueden en la actualidad asumir la tutela, retirando la patria potestad a los padres, sin intervención judicial. Esta tutela del menor puede, en los casos graves, ser asumida de manera rápida y automática por los servicios sociales de la comunidad autónoma, una herramienta que los pediatras pueden utilizar en los casos de riesgo para la integridad física, psicológica o sexual del niño. Esto evitará el miedo de los facultativos a la judicialización del caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kempe CH, Silverman FN, Steele B, Droegemueller W, Silver HK. The battered child syndrome. *JAMA* 1962; 181: 17-24.
2. Art. 254, 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
3. Gutiérrez P, Conejero MJ. Aspectos médicos legales del maltrato en la infancia. En: Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez MC, editores. *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos, 1997; 295-307.
4. Ley Orgánica 1/96. Arts. 13 y 14.
5. Código Civil. Ley 21/87. Artículo 172 y siguientes.
6. Convención de los Derechos del Niño de la Organización Naciones Unidas de 1989. Artículo 3.
7. López F, López B, Fuertes J, Sánchez JM, Merino J. Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1995.
8. Díaz Huertas JA. Epidemiología. En: Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez MC, editores. *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos, 1997; 15-25.
9. Díaz Huertas JA. Epidemiología. En: Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez MC, editores. *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos, 1997; 15-25.
10. Consejo interterritorial. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
11. Instituto de la Mujer. Plan de Acción contra la violencia doméstica 1998-2000. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1999.
12. Pantoja F. Papel del fiscal en el maltrato infantil. En: Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J, editores. *Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 1998; 157-160.
13. Gómez de Terreros I. Violencia familiar, institucional y social. El niño maltratado. En: García Caballero C, editor. *Pediatría social*. Madrid: Díaz de Santos, 1995; 355-369.
14. Tsitoura S. Child abuse and neglect. En: Linsatröm B, Spencer N, editores. *Social paediatric*. Nueva York: Oxford University Press, 1995; 310-330.
15. Canton J, Cortés MR. Malos tratos y abuso sexual infantil. Madrid: Siglo XXI, 1997; 321-326.
16. Gómez de Terreros I. Conducta a seguir. En: Gómez de Terreros I, editor. *Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil*. Granada: Comares, 1995; 201-218.
17. Mitchels B. Protecting children. En: Meadow R, editor. *ABC of child abuse*. Londres: BMJ, 1993; 56-60.