

Maltrato Infantil: Experiencia Multidisciplinaria Unidad de Salud Mental Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Ñú”

Child Abuse: The Experience of the Multi-Disciplinary Mental Health Unit of the Niños de Acosta Ñú General Pediatric Hospital

Dra. Lourdes Zelaya de Migliorisi, Lic. Estela González, Lic. Lina Piris de Almirón¹

RESUMEN

El Maltrato Infantil ocupa el cuarto lugar en frecuencia de diagnósticos del total de consultas de la Unidad de Salud Mental según un estudio previo realizado en el Hospital General Pediátrico, y le siguen los trastornos del aprendizaje, del estado ánimo y conductuales. Este estudio tiene como objetivo describir las características epidemiológicas, los motivos de consultas más frecuentes y los diagnósticos asociados al maltrato infantil. Se revisaron 1356 fichas clínicas, período Julio 2001-Setiembre 2009. Correspondió al sexo Masculino (45%) Femenino (55%). El grupo de edades más afectado estuvo entre los 4-14 años (56.5%), las víctimas procedían en su mayoría del Departamento Central (77%). La negligencia o abandono fue el tipo de maltrato más frecuente (51%), seguido del Abuso Sexual (18.3%). Las víctimas fueron maltratadas con mayor frecuencia por ambos padres (38%), padre (16%) y madre (14%); representando un total de (68%). Conocía al agresor en un (99%). Los casos fueron referidos en mayor porcentaje del Consultorio Externo (19%). Consultó por síntomas depresivos (26.8 %); mientras que (8%) por intentos de suicidio y (11, 3%) por violencia intrafamiliar. Los diagnósticos más frecuentes asociados al maltrato infantil fueron los trastornos depresivos (60.5%), seguido de trastornos del comportamiento y de la atención (7.7%). Se concluye que la presencia de trastornos depresivos o síntomas depresivos con o sin intento de suicidio deberían alertar al pediatra a la sospecha de maltrato infantil.

Palabras Claves: Maltrato a los niños, negligencia infantil, abuso sexual infantil, servicios de salud mental del niño, servicio de salud, trastorno depresivo.

ABSTRACT

Child abuse is the fourth most commonly diagnosed condition for patients seen at the mental health unit according to a previous study done at the general pediatric hospital, following only learning, mood, and behavior disorders. The objective of our study was to describe the epidemiological characteristics, most frequent motives for consultation, and diagnoses associated with child abuse. We reviewed 1356 medical records covering the period of July 2001 to September 2009, of which 45% were for male and 55% for female patients. The most affected age group were those from ages 4-14 years (56.5%), with most victims (77%) being from the country's Central Department. Negligence or abandonment were the most common types of abuse (51%), followed by sexual abuse (18.3%). Victims were mistreated in a plurality of cases (38%) by both parents, by the father alone in 16% and by the mother alone in 14%, with these categories jointly making up 68% of the total cases. In 99% of cases the child knew the abuser. A plurality of cases (19%) were referred for treatment by the institution's own outpatient clinic. Of all cases examined, 26.8% consulted for symptoms of depression, while attempted suicide motivated 8% of consultations, and domestic violence 11.3%. Diagnoses most commonly associated with child abuse were depressive disorders (60.5%), followed by behavior or attention deficit disorders (7.7%). It is concluded that the presence of depressive disorders or symptoms with or without suicide attempts should alert the pediatrician to suspect child abuse.

Key words: Child abuse, child neglect, sexual child abuse, child health services, mental health services, depressive disorder.

1. Unidad de Salud Mental. Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Ñú. Reducto-San Lorenzo, Paraguay
Solicitud de Sobretiros: Dra. Lourdes Zelaya de Migliorisi. Avda. Bacigalupo y La Victoria, San Lorenzo, Paraguay. E-mail.: saludmentalhgp@yahoo.com
Artículo recibido el 22 de Octubre de 2009, aceptado para publicación 26 de Noviembre de 2009.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara a la violencia como un importante problema de salud pública a nivel mundial. Históricamente los niños eran considerados seres inferiores y propiedad de los adultos; Puga⁽¹⁾, señala que fueron necesarios cambios culturales profundos para que la sociedad se preocupara por los abusos que se cometían contra los niños; recién a partir de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y de la Niña⁽²⁾ basado en la doctrina de la Protección Integral, empiezan los niños a ser reconocidos como sujetos de derecho legalmente, a estar más protegidos, y a que los testimonios de los mismos sean escuchados y tenidos en cuenta. El Paraguay en el año 1990 lo ratifica, asumiendo el compromiso para la adecuación de la legislación nacional a los principios emanados de la Convención; se promulga así la Ley 1680/2001-Código de la Niñez y Adolescencia, que regula los derechos, garantías y deberes del niño, niña, adolescente; en el artículo 5 se establece la obligación de denunciar⁽³⁾.

Según el Informe Mundial de la OMS sobre la Violencia y la Salud⁽⁴⁾, “todo enfoque integral del maltrato de menores debe tener en cuenta las diversas normas y expectativas del comportamiento de los padres en las distintas culturas del mundo”. Muchas culturas concuerdan en que no se debe permitir el maltrato de menores y, en este sentido, prácticamente hay unanimidad en lo concerniente a las prácticas disciplinarias muy duras y el abuso sexual.

La Red Nacional de Prevención y Atención al Maltrato Infantil (REDNAMI)⁽⁵⁾, refiere que el maltrato infantil es toda acción u omisión que atenta contra los derechos de los niños, niñas y adolescentes, ya sea realizado con la intención o no de causar daño. Esta definición abarca diversos tipos de maltrato: (a) físico: toda agresión física causada al niño/a/adolescente, (b) psicológico o emocional: se manifiesta a través de expresiones de rechazo, desvalorización, descalificación, ausencia de expresiones afectuosas. El maltrato emocional está presente en todas las otras formas de maltrato, (c) abandono o negligencia: cuando se descuida la satisfacción de necesidades básicas de la niña/o. La desatención de estas necesidades básicas, si no obedece a carencia de recursos económicos de la familia, es considerado maltrato, (d) abuso sexual: cuando un adulto utiliza su poder sobre el niño o la niña para realizar una actividad de tipo sexual. El abusador puede engañar, amenazar, seducir o recurrir a la fuerza física para someter al niño a participar de esta actividad sexual.

Según datos estadísticos de un estudio previo, del total de consultas en la Unidad de Salud Mental del Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Nú”, el maltrato infantil ocupa el cuarto lugar en frecuencia, siguiendo a los trastornos del aprendizaje, trastornos del estado de

ánimo y trastornos conductuales, constituyéndose así el maltrato infantil en una prioridad de la práctica profesional, lo cual indica que el pediatra debe estar capacitado para el abordaje multidisciplinario de los casos que incluye la detección en todos los niveles, la atención integral, pautas claras de manejo y conocimientos acerca de los instrumentos legales nacionales e internacionales; además de estar familiarizado con los indicadores verbales, conductuales y físicos del maltrato; éstos indicadores son vitales para reducir al mínimo las consecuencias para el niño y poner en marcha cuanto antes los servicios necesarios.

El presente estudio se centra específicamente en la revisión de 1356 casos de maltrato infantil durante el periodo comprendido de Julio 2001 a Setiembre 2009; en identificar sus características epidemiológicas, indagar acerca de los motivos de consultas y diagnósticos clínicos asociados, asistidos en la Unidad de Salud Mental del Hospital General Pediátrico (HGP) “Niños de Acosta Nú”.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y prospectivo, se procedió a la revisión de planillas de asistencia diaria de pacientes, estadísticas mensuales, registros de informes enviados al Ministerio Público y Consejería Municipal por los Derechos del Niño, la Niña y el Adolescente (CODENI), fichas médicas de 1356 casos correspondientes al periodo Julio 2001 a Setiembre 2009. Para criterios diagnósticos se utilizó la Clasificación CIE-10⁽⁶⁾ y para los tipos de maltrato, la Clasificación de la Red Nacional de Prevención y Atención al Maltrato Infantil (REDNAMI).

RESULTADOS

La muestra está constituida por 1356 casos asistidos durante el periodo comprendido de Julio 2001 a Setiembre 2009; de los cuales, 609 correspondieron al sexo masculino (45%); 747 al femenino (55%). Procedían en su mayoría del Departamento Central, 1044 casos (77%), de Asunción 82 casos (6%) y del Interior del país 230 casos (17%). El grupo mayor se distribuye en edades comprendidas entre 4 a 14 años y corresponden a 768 casos (56,5%), como se muestra en la *Tabla 1*.

Tabla 1: Distribución del maltrato infantil por edad

Edad	Numero	Porcentaje
Menos de 1 Año	159	11.7%
1 - 4	285	21%
5 - 9	381	28%
10-14	387	28.5%
15-19	144	10.6%
TOTAL	1356	100.0%

Entre los tipos de maltrato infantil, la negligencia o abandono fue el más frecuente (51%), seguido del Abuso Sexual (18.3%) y otros; (véase *Tabla 2*).

Tabla2: Distribución del maltrato infantil por tipos.

Tipos de Maltrato	Numero	Porcentaje
Negligencia o Abandono	689	51%
Abuso Sexual	249	18.3%
Físico	211	16%
Psicológico o Emocional	207	14.7%
TOTAL	1356	100.0%

Las víctimas fueron maltratadas con mayor frecuencia por ambos padres (38%), seguido solo por el padre, (16%) o por la madre (14%); representando juntos un total de (68%). En la gran mayoría de los casos, se puede observar que las víctimas conocían al agresor en un (99%) (*Tabla 3*).

Tabla 3: Distribución del maltrato infantil según relación con el victimario.

Relación con El victimario	Numero	Porcentaje
Ambos Padres	511	38%
Padre	217	16%
Madre	189	14%
Otros Familiares	179	13%
Conocidos	123	9%
Madre-Padrastro	62	5%
Padrastro	44	3%
Maestro/A	14	1%
Desconocidos	17	1%
TOTAL	1356	100 %

Los casos fueron referidos en mayor porcentaje desde el Consultorio Externo (19%), seguido de los detectados en la Unidad de Salud Mental (17.8%), y otros; (*Tabla 4*).

Tabla 4: Distribución del maltrato infantil por referencia de casos.

Referencia de casos	Numero	Porcentaje
Consultorio Externo	263	19.4%
Sala de Internados – (HGP)	189	13.9%
Ministerio Público	183	13.5%
Urgencias – (HGP)	176	12.9%
Escuela / Colegio	84	6.2%
CODENI	137	10.1%
Servicio Social – (HGP)	29	2.1%
Unidad de Salud Mental – (HGP)	242	17.8%
Otras Instituciones	53	3.9%
TOTAL	1356	100.0%

Los motivos de consultas más frecuentes fueron: (26.8%) síntomas depresivos, de los cuales, el (8%) correspondió a intentos de suicidio, el (11.3%) violencia intrafamiliar; el (7%) problemas de conducta, y (6.1%) síntomas de ansiedad (*Tabla 5*).

Tabla 5: Distribución del maltrato infantil según motivos de consulta

Motivos de consulta	Numero	Porcentaje
Violencia intrafamiliar	154	11.3%
Síntomas depresivos	364	26.8%
Intentos de suicidio	108	8%
Síntomas de ansiedad	83	6.1%
Disputa por tenencia	77	5.6%
Cuidados deficientes que recibe, extrema pobreza	66	4.8%
Cuidados deficientes por parte de la madre y padre ausente	5	4%
Abandono materno	44	3.2%
Síntomas conversivos	55	4%
Bajo rendimiento escolar y conducta agresiva	55	4%
Padre se niega a dar prestación alimenticia	37	2.7%
Evidencias físicas directas	33	2.4%
Madre adolescente, sin soporte familiar	33	2.4%
Problemas en el aprendizaje y de la atención	14	1%
Conductas sexuales inapropiadas para la edad	14	1%
Testigo de interacciones sexuales de los padres	13	0.9%
Madre alcohólica y portadora de trastorno psiquiátrico	11	0.8%
Padres alcohólicos	11	0.8%
Apego inseguro, inapropiado y desorganizado	9	0.6%
Amenazas de muerte	9	0.6%
Exposición a videos pornográficos	6	0.4%
Madre con privación de libertad, padre ausente	6	0.4%
ITS, sospecha de abuso sexual	5	0.3%
Embarazo adolescente	5	0.3%
Niño es arrojado en medio de disputa de los padres	2	0.1%
TOTAL	1356	100%

En el grupo de maltrato infantil, los diagnósticos clínicos asociados en mayor porcentaje representan los trastornos depresivos (60.5%), de los cuales (7.9%) corresponden a intentos de suicidio; seguido de los trastornos del comportamiento y de la atención (7.7%); otros diagnósticos clínicos se presentan con menor frecuencia (**Tabla 6**).

Tabla 6: Distribución del maltrato infantil según diagnósticos clínicos.

Diagnósticos	Número	Porcentaje
Trastornos depresivos	821	60.5%
Trastornos del comportamiento y de la atención	105	7.7%
Trastornos disociativos	81	5.9%
Enuresis no orgánica	75	5.5%
Encopresis no orgánica	74	5.4%
Trastornos de pánico	66	4.9%
Trastornos por estrés post-traumáticos	58	4.2%
Retardo Mental	38	2.8%
Trastornos desafiantes oposicionistas	38	2.8%
TOTAL	1356	100.0%

DISCUSIÓN

Las víctimas son maltratadas con mayor frecuencia por ambos padres (38%), lo cual coincide con los datos estadísticos globales relacionados con el maltrato infantil, donde también se indica que en mayor frecuencia (43.2%) los niños son maltratados por ambos padres⁽¹⁾.

En el grupo de maltrato infantil, la negligencia o abandono es el tipo más frecuente (51%), esto coincide con los hallazgos de un estudio realizado en Kenya donde se encontró que el abandono y el descuido eran los aspectos más comúnmente citados del maltrato de menores; en dicho estudio 21.9% de los niños informaron que habían sido descuidados por sus padres⁽⁴⁾.

El abuso sexual fue el segundo tipo de maltrato más frecuente encontrado (18.3%). Los resultados informados en estudios internacionales realizados desde 1980 revelan una tasa media de prevalencia a lo largo de la vida de la victimización sexual en la niñez de 20% en las mujeres y de 5 a 10% en los varones⁽⁴⁾. A su vez en otro estudio realizado por Finkelhor, señala que el (19.2%) de las mujeres habían sido abusadas sexualmente en su infancia⁽⁷⁾.

Entre los motivos de consulta más frecuentes en maltrato infantil se encontró que en mayor porcentaje se relata violencia intrafamiliar, lo cual coincide con lo señalado en el Informe Mundial de Violencia y Salud que señala que se está prestando cada vez más atención

a la violencia en la pareja y su relación con el maltrato de menores⁽⁴⁾. En un estudio efectuado en la India, la presencia de violencia doméstica duplicó el riesgo de maltrato de menores. Entre las víctimas conocidas de maltrato de menores, 40% o más, han notificado violencia doméstica en sus hogares. El estrés y el aislamiento social del progenitor también han sido vinculados con el maltrato y descuido de menores⁽⁴⁾.

Posiblemente las dificultades familiares interfieren en el desarrollo de un adecuado vínculo afectivo o apego seguro, necesario para un buen equilibrio emocional infantil. Como han puesto de manifiesto algunos trabajos, las dificultades en el apego propician la aparición de la depresión infantil⁽⁸⁾.

Los trastornos del estado de ánimo, son los diagnósticos clínicos más frecuentes que se presentan asociados al maltrato infantil. Estos hallazgos son importantes, al tener en cuenta que un estudio realizado por (McNew y Cytryn) encontró una alta incidencia de depresión en hijos de padres depresivos, por lo que se considera un factor importante la relación madre - hijo⁽⁹⁾. La depresión materna es uno de los factores de riesgo de la depresión infantil más consensuados⁽⁸⁾.

En el trabajo publicado por María Loreto Martínez⁽¹⁰⁾, se señala que las emociones negativas crónicas e intensas son signos de disfunción familiar; en familias que experimentan serias dificultades en la interacción predominan las emociones negativas (en la conducta parental de padres abusivos, en las interacciones de madres depresivas) en aquellos padres de niños agresivos.

Los padres que experimentan elevados niveles de estrés o bajos niveles de apoyo social muestran déficits significativos en su conducta parental, sobre todo con la utilización de formas de disciplinas severas y erráticas. Los investigadores suponen que estos déficits se deben en parte al impacto que tienen el estrés y el apoyo social sobre las emociones de los padres⁽¹⁰⁾.

En el estudio realizado por Conger et al, se menciona que entre las variables que influyen en la depresión infantil se destacan los hábitos de crianza, la salud mental de los padres, apoyo social, grado de estrés paterno o conflictos de pareja. Los sucesos adversos vividos por el niño pueden llevar al desarrollo de una depresión, al menos en momentos inmediatos a su experiencia⁽⁸⁾.

Los datos estadísticos deben ser tenidos en cuenta porque ayudan a la orientación diagnóstica, tratamiento y sobre todo al seguimiento del niño dañado y de su grupo familiar. La conformación de un equipo multidisciplinario permitió aumentar 17 veces la capacidad de efectuar el diagnóstico⁽¹⁾.

Se concluye por lo tanto en esta investigación que, la presencia de trastornos depresivos o síntomas

depresivos con o sin intento de suicidio deberían alertar al pediatra en la sospecha de maltrato en el niño y alentar investigaciones acerca de dicha probabilidad.

AGRADECIMIENTO

A los Directores del Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Nú” por su apoyo constante para la inserción de la Salud Mental en el manejo de la Salud Integral del Niño.

A los Miembros del Equipo de la Unidad de Salud Mental por la valentía en el desempeño de su tarea.

REFERENCIAS

1. Puga T. Maltrato infantil. En: Meneghello J, editor. *Pediatría Meneghello*. 5ta ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 1997.p.2369-78.
2. UNICEF. Convención Internacional sobre los derechos del niño y de la niña. Asunción: UNICEF; 2001.
3. UNICEF. Código de la niñez y adolescencia: ley 1680. Asunción: AMAR; 2001.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington: OMS; 2003.
5. Red Nacional de Prevención y Atención al Maltrato Infantil. Lo que necesitamos saber acerca del maltrato infantil. Asunción: REDNAMI; 2000.
6. Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Clasificación de la CIE-10. Madrid: Edición Médica Panamericana; 2001.
7. Finkelhor D. Abuso sexual al menor. México: Edición Pax; 1980.
8. Carrasco-Ortiz M, Del Barrio-Gándara V. Trastornos emocionales: depresión y retraimiento social. En: Servera-Barceló M, coord. *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil: una perspectiva conductual de sistemas*. Madrid: Pirámide; 2002.p.179-215.
9. Fernández-Labriola R. Trastorno depresivo en el niño y el adolescente. En: Meneghello J, editor. *Pediatría Meneghello*. 5ta ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 1997.p.2296-2309.
10. Martínez M. Análisis del comportamiento parental y su aplicación al estudio del maltrato infantil. *Psykhé*. 1996;5:137-48.