

---

# El maltrato infantil: detección e intervención

M. Junyent Priu<sup>a</sup>, J.J. García García<sup>b</sup>, J. Pou Fernández<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

<sup>b</sup>Médico Adjunto. Sección de Urgencias.

<sup>c</sup>Profesor Titular de Pediatría. Jefe de Servicio de Pediatría y Urgencias.

Hospital Clínic-Sant Joan de Déu, Barcelona.

---

Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6: 433-441

Mireia Junyent Priu, mireiajunyent@wanadoo.es

## Resumen

*La prevalencia del maltrato infantil es elevada y representa la segunda causa de muerte en los primeros cinco años de vida, excluyendo el período neonatal. Existen una serie de factores de riesgo que nos deben poner en alerta ante una situación de sospecha de malos tratos. La ausencia de una pauta a seguir en la anamnesis y el desconocimiento de los circuitos existentes por parte de los profesionales de la salud hacen que la sospecha de malos tratos no progrese y el caso se pierda. Ante un diagnóstico de malos tratos o sospecha de malos tratos, la prevención e intervención ha de ser inmediata. La actitud del facultativo ha de ser activa y debe informar a la autoridad competente de la situación de desamparo del menor, para adoptar posteriormente las medidas de protección más adecuadas para sus intereses. Si conseguimos que se piense en el tema y que ante cualquier sospecha se llegue hasta el final, siempre en interés del niño, habremos conseguido nuestro objetivo.*

**Palabras clave:** Maltrato infantil, Diagnóstico, Factores de riesgo, Intervención.

## Abstract

*The prevalence of child maltreatment is high and it represents the second death reason in the first five years of life when the neonatal period is excluded. Some risk factors exist that must alert us about a possible maltreatment situation. The absence of a child maltreatment protocol and the unknowledge about the management of these situations by the physicians, make that these cases of suspected maltreatment don't progress and be lost. In a maltreatment case, the identification and the intervention must be quick. The physician attitude must be active and the authority informed of the child abuse situation, to take the best attitudes for their protection. If the physician is aware of these cases and ultimate consequences are taken, always in benefit for the child, our objective will be obtained.*

**Key words:** Child maltreatment, Diagnosis, Risk factors, Intervention.

## **El maltrato infantil: detección e intervención**

---

### **Introducción**

Un niño es maltratado cuando es objeto de violencia, física o psíquica, de hecho y/o por omisión, por personas de las cuales depende para su correcto desarrollo. Establecer la línea divisoria que separa lo que entendemos por buenos tratos de lo que es maltrato es objeto de controversia<sup>1</sup>.

Los casos de maltrato infantil son cada vez más frecuentes en nuestro país con una incidencia anual del 1,5%<sup>2</sup> y representan la segunda causa de muerte en los primeros 5 años de vida, excluyendo el período neonatal<sup>3</sup>. La negligencia (78,5%), los malos tratos psicológicos (43,6%) y los malos tratos físicos (27%) son los tipos más frecuentemente detectados<sup>4</sup>.

En ocasiones, a pesar de que exista una elevada sospecha de maltrato a nivel personal, la ausencia de una pauta de actuación ante dicha situación hace que el caso no progrese y se pierda. Asimismo, los casos que se detectan son solamente la punta de un gran iceberg que se esconde bajo el silencio de los otros adultos que además de con el maltratador, tienen contacto con el niño maltratado<sup>5</sup>.

Hay una serie de factores que hacen que el profesional opte por el silencio y, aunque ofrezca una atención sanitaria correcta, acabe no declarando el caso. Algunos de estos factores son la falta de información de los procesos burocráticos y el miedo a verse implicado en un proceso judicial<sup>6</sup>. En todos los países ha habido una preocupación por el tema y una mejor formación por parte de los diferentes profesionales implicados, con lo que el número de casos declarados ha aumentado espectacularmente<sup>7</sup>.

Todo niño víctima de maltrato físico que regrese a su hogar sin medidas precautorias tiene un riesgo del 50% de sufrir una nueva agresión y un riesgo de muerte del 10%<sup>8</sup>.

### **Clasificación y factores de riesgo**

Según el mecanismo de producción, clasificaremos los malos tratos en: físicos (incluido el Síndrome de Münchausen por poderes<sup>9</sup>, por negligencia y abandono, psicológico o emocional y sexual.

Según el entorno donde se producen, los clasificaremos en maltratos intrafamiliares, que son los más frecuentes y los que diagnosticará más el profesional de la salud, y extrafamiliares.

Los principales objetivos de nuestra intervención asistencial frente a una situación de malos tratos (MT) han de ser:

- Realizar el diagnóstico de MT o sospecha de MT.
- Instaurar el tratamiento médico o psicológico necesario en cada caso.
- Asegurar el seguimiento asistencial.
- Tomar las medidas preventivas necesarias.
- Comunicar la situación a las autoridades<sup>10</sup>.

Existen una serie de factores de riesgo que deben ponernos en alerta ante un posible caso de maltrato. Estos factores dependen de los padres, del propio niño, de la familia y del ambiente que rodea al niño<sup>11</sup> (Tabla I).

### Diagnóstico

Para llegar al diagnóstico de una situación de MT, seguiremos el siguiente esquema:

<b>Tabla I. Descripción de los factores de riesgo asociados a los malos tratos</b>
<b>Factores dependientes de los padres</b>
Antecedentes de malos tratos en los padres Edad joven de los padres Problemas de abuso de alcohol y drogas (alcohol asociado a abuso físico y cocaína a abuso sexual) Trastornos psiquiátricos: ansiedad y depresión (sobre todo materna)
<b>Factores dependientes del niño</b>
Problemas en el parto Trastornos congénitos y/o del desarrollo Minusvalías Trastornos del comportamiento Niños hiperactivos Enfermedades crónicas
<b>Factores familiares</b>
Problemas conyugales con violencia intrafamiliar o separaciones traumáticas Familias monoparentales Madre adolescente o muy joven Familias numerosas Separación prematura de la madre en el primer año de vida del niño Nacimiento cercano de dos hijos Embarazos no deseados
<b>Factores psicosociales</b>
Bajo nivel socioeconómico y/o cultural Aislamiento social Problemas económicos

1. Historia clínica. La anamnesis ha de ser muy completa y detallada, ya que en algunos casos, como el abuso sexual, puede ser la única prueba del MT. Debe incluir los antecedentes familiares y personales, la situación psicosocial del niño, el entorno familiar, hábitos personales, hábitos tóxicos en la familia y violencia intrafamiliar. La mayoría de las veces suele relatarla un adulto, pero conviene recoger lo que dice el niño y anotarlo literalmente en la historia. La entrevista clínica debe ir dirigida a descubrir los indicadores indirectos de MT, como pueden ser: los trastornos de conducta (pasividad, agresividad, pérdida de autoestima), cambios emocionales (llanto fácil, tristeza), manifestaciones de somatización, trastornos del sueño o del apetito, pérdida de control de esfínteres, fracaso escolar no esperado o no sospechado, falta de apego o temor frente a los adultos.
2. Exploración física. Las lesiones deben ser descritas con detalle, intentando calcular el tiempo de evolución y la explicación del posible mecanismo de producción o, al menos, si concuerda con el que se nos ha explicado como causante

de la lesión. Siempre que nos sea posible, deberíamos fotografiarlas. La inspección es el paso más importante y tenemos que buscar magulladuras, quemaduras, zonas de alopecia en cuero cabelludo, punciones y desgarros. Las lesiones cutáneas suelen ser las más frecuentes y su localización en zonas donde habitualmente no se producen traumatismos accidentales, su detección en diferentes estadios evolutivos y la reproducción de formas geométricas que recuerdan a utensilios u objetos de uso humano son factores que deben hacernos sospechar en una situación de MT<sup>12</sup>. La exploración física debe incluir la inspección de los genitales. Asimismo, pueden asociarse manifestaciones secundarias a negligencia como suciedad generalizada, dermatitis del área del pañal y escaso grosor del panículo adiposo.

3. Pruebas complementarias. Deberíamos practicar una analítica de sangre con determinación de plaquetas y factores de coagulación para descartar la presencia de enfermedades y trastornos de la coagulación que expliquen la presencia de hemorragias. Debe valorar-

se la determinación de enzimas musculares (CPK y aldolasa), ya que los niños maltratados pueden presentar un cuadro pseudomio-pático por lesión muscular repetida. El Síndrome de Munchausen presenta con frecuencia el denominado "caos bioquímico" con multitud de hallazgos<sup>13</sup>.

La radiología convencional debe ser practicada cuando sospechemos MT, sobretodo en niños pequeños, ya que un 36% de éstos presentan lesiones radiológicas. La presencia de fracturas en un menor de 1 año tiene que hacernos sospechar ya que en un 56% de los casos corresponde a MT. A los niños me-

nores de 2 años en los que sospechemos MT tenemos que realizar una serie esquelética (Tabla II). Si la edad es entre los 2 y 5 años, la haremos cuando la clínica sea sugestiva, mientras que su realización será selectiva de acuerdo con la clínica a partir de los 5 años. Según un estudio publicado recientemente, el valor predictivo positivo de una fractura costal como indicador de MT en los niños menores de 3 años es del 95%<sup>14</sup>. Para poder datar las lesiones es importante recordar que entre los 5 y 10 días de la lesión, aparece el hueso nuevo perióstico, a los 10-14 días se forma el callo blando y entre los 15 y 21 días, aparece el callo duro. Deberíamos sospe-

**Tabla II.** Descripción de la serie esquelética. Radiología simple

<b>Cráneo</b>
Frente Perfil Towne Raquis cervical
<b>Tórax</b>
Anteroposterior Perfil
<b>Raquis</b>
Imagen toracolumbar lateral incluyendo pelvis
<b>Extremidades</b>
Superiores con cintura escapular y manos Inferiores con raquis lumbar Pelvis y pies

char MT ante la existencia de fracturas de extremidades en niños menores de 9 meses, fracturas metafiso-epifisarias, fracturas costales (sobretudo en menores de 3 años), fracturas vertebrales en lactantes y el hallazgo de diferentes estadios evolutivos en varias fracturas<sup>15</sup>.

La tomografía computerizada (TC) y la resonancia nuclear magnética (RNM) son utilizadas para descartar lesiones a nivel del sistema nervioso central (SNC). La TC tiene mayor utilidad que la RNM para diagnosticar hemorragias subaracnoideas y lesiones en bóveda craneal, mientras que para el diagnóstico de hematomas epidurales y subdurales es similar a la RNM. La existencia de una TC inicial normal y una buena evolución clínica descartan la necesidad de nuevas exploraciones, mientras que si la evolución no es buena a partir del quinto día, la RNM suele ofrecer más información que una nueva TC. La RNM es más eficaz que la TC para descubrir lesiones cerebrales profundas, determinar la edad de las acumulaciones líquidas extracerebrales y distinguir entre hematomas subdurales crónicos y atrofia cerebral<sup>16</sup>.

La gammagrafía ósea sirve para detectar la presencia de otros focos de fracturas y fracturas antiguas. Es poco utilizada ya que la radiografía simple ofrece imágenes más demostrativas de

fracturas.

De forma sistemática, debemos practicar un fondo de ojo ante toda sospecha de MT, existan o no lesiones oculares externas, puesto que el hallazgo de hemorragias retinianas es prácticamente diagnóstico de MT.

### Intervención

Si llegamos a un diagnóstico de MT o sospecha de malos tratos (SMT), la prevención e intervención ha de ser inmediata. Si el niño convive, tiene contacto con el agresor o tenemos la más pequeña duda de que puede ser así, se puede actuar de dos maneras diferentes<sup>17</sup>:

1. Ingresar al niño en un hospital hasta que se aclare el diagnóstico y/o la situación, para lo cual debemos comunicar los hechos a la Dirección General de Atención al Menor (DGAM) y al Juzgado de Guardia<sup>18</sup>.
2. Contactar telefónicamente o vía fax con el Servicio de Atención Urgente de la DGAM y comunicar la situación.

El diagnóstico de MT obliga a la comunicación de los hechos a las autoridades judiciales (Juzgado de Guardia). Como posteriormente se derivarán una serie de intervenciones diferentes, es aconsejable desde un primer momento y una vez que estemos seguros de que

el niño está protegido, hacer la misma comunicación a la DGAM y a la Fiscalía de Menores, ya que el tipo de diligencias que llevan unas y otras son paralelas, pero distintas<sup>19,20</sup>. Si nuestro diagnóstico es de SMT deberemos comunicar con los servicios sociales de nuestro entorno o si ello nos es difícil, directamente con la DGAM pero, en este caso, no por vía urgente. A nivel ambulatorio, ante cualquier caso de MT o SMT, debemos comunicarlo al Equipo Básico de Atención Social Primaria (EBASP) con funciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras. Los EBASP elaboran programas de tratamiento familiar y derivan a los servicios sociales especializados en la infancia cuando no hay colaboración familiar o la situación de MT es grave. Asimismo, también están los Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia (EAIA), encargados de valorar las situaciones de riesgo social elevado, de MT y abandono o negligencia. Los EAIA son equipos interdisciplinarios formados por un psicólogo, un pedagogo y un asistente social, distribuidos territorialmente. Finalmente, la DGAM del Departamento de Justicia es la entidad pública competente que se encarga de la prevención, detección y protección de los niños con elevado riesgo social.

## Conclusiones y recomendaciones

- La situación de los malos tratos en la infancia tiene una elevada prevalencia.
- La detección de un niño maltratado es a la vez la detección de una familia con problemas.
- Una sociedad desarrollada como la nuestra no puede permitir que se sigan produciendo a diario atentados contra los derechos humanos más básicos.
- El hecho de no pensar en estas situaciones hace que muchas veces se diagnostiquen de accidentes domésticos o como patología no provocada aquellos procesos derivados de un maltrato.
- En otras ocasiones, aunque se produzca una sospecha a nivel personal, la ausencia de una pauta a seguir en la anamnesis y el análisis de la situación que ha provocado la demanda de atención y el desconocimiento de los circuitos hacen que la sospecha no progrese y el caso se pierda.
- La falta de información relacionada con los procesos burocráticos y el miedo a verse implicado en un proceso judicial hacen que el profesional opte por el silencio y, aunque ofrezca una atención sanitaria

- correcta, acabe no declarando el caso.
- Ante cualquier niño con lesiones físicas sospechosas, lesiones mínimas o sin manifestaciones aparentes, pero del cual se sabe o se sospecha que es maltratado, nos hemos de poner en marcha, con una serie de acciones apropiadas y coordinadas con otros profesionales de diferentes sectores involucrados en la protección de los niños.
  - La obligación del profesional es la de informar a la autoridad competente en materia de protección de la situación de los menores desamparados, para que se puedan adoptar las medidas de protección más adecuadas para sus intereses<sup>21</sup>.
  - Si conseguimos que se piense en el tema y que ante cualquier sospecha se llegue hasta el final, siempre en interés del niño, habremos conseguido nuestro propósito.

---

## Bibliografía

1. Generalitat de Catalunya. Guía per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1996.
2. Zunzunegui V, Morales JM, Martínez V. Maltrato infantil: factores socioeconómicos y estado de salud. *An Esp Pediatr* 1997; 47: 33-41.
3. Carrera C, Navarro J, Monteiro C, Rodríguez A. Protocolo del niño maltratado. *FMC* 1996; 3: 7-33.
4. Zufía FJ, Abad E. Maltrato infantil. *JANO* 2001; 61(1409): 63-66.
5. Martínez Roig A, Paul J. Maltrato y abandono en la infancia. Barcelona: Martínez Roca; 1993.
6. Querol X. El niño maltratado. *Med Integral* 1988; 12: 14-26.
7. Gottbrath E, Sege R, Binns H, Mattson C, Kaufer K. Health care providers experience reporting child abuse in the primary care setting. *Arc Pediatr Adolesc Med* 2000; 154: 489.
8. Muñoz J, Goded F, Ruza F. Diagnóstico de maltrato en el niño. *Pediatrka* 1996; 16: 119-126.
9. Thomas K. Munchausen syndrome by proxy: identification and diagnosis. *J Pediatr Nurs* 2003; 18: 174-180.
10. Pou Fernández J. Urgencias en Pediatría. Protocolos diagnóstico-terapéuticos. Unidad Integrada Hospital Clínic-Sant Joan de Déu. Barcelona: Ergon; 2002.
11. Martín L. El maltrato en la infancia: clínica y pautas de intervención. *JANO* 2001; 61(1396): 30-35.
12. Moraga F. Manifestaciones cutáneas del maltrato infantil. *Piel* 1995; 10: 536-541.
13. Asher R. Munchausen syndrome. *Lancet* 1951; 1: 339-341.
14. Barsness KA, Cha ES, Bensard DD, et al. The positive predictive value of rib fractures as an indicator of nonaccidental trauma in children. *J Trauma* 2003; 54: 1107-1110.



15. Nimkim K, Kleinman PK. Diagnóstico por imagen en maltrato de niños. *Clin Pediatr North (Ed. Esp.)* 1997; 3: 641-660.
16. Feldman KW, Brewer DK, Shaw DW. Evolution of the cranial computed tomography scan in child abuse. *Child Abuse Neglect* 1995; 19: 307-314.
17. Gómez Alcalde J. Problemática de la valoración médico-legal del maltrato infantil. *Pediatría* 1996; 16: 23-36.
18. Cots y Moner J. Libro blanco de la legislación de la infancia 1992. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social, DGAI; 1992.
19. Martínez Roig A. Detección, intervención y derivación de malos tratos infantiles por profesionales de la sanidad. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social, DGAI; 1991.
20. Whitcomb D. Legal interventions for child victims. *J Trauma Stress* 2003; 16: 149-157.
21. Socolar RR, Reives P. Factors that facilitate or impede physicians who perform evaluations for child maltreatment. *Child Maltreat* 2002; 7: 377-381.



