

MALTRATO INFANTIL EN COLOMBIA

MARÍA FERNANDA SUAREZ GÓMEZ

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil a despertado en Colombia hace algunos años, no es que nunca antes hubiera existido, pero si había estado oculto debido a una cultura violenta, al temor, la sumisión e indefensión de los niños frente a "sus mayores", quienes son sus principales agresores.

El súbito despertar de este monstruo del maltrato se ha debido ha un cambio en la mentalidad que ha sido acompañado por la liberación femenina y que ha puesto al descubierto toda la tragedia a la que había estado expuesta la familia gracias a la cultura violenta y represiva de nuestro país. En efecto, la perdida de ese miedo, la concientización y el apoyo recién brindado por el gobierno através de sus nuevas instituciones y leyes de ayuda al menor, han dejado ver los abusos y maltratos de que es víctima este sector de la población.

Ante las apabuyantes cifras recogidas se han tomado medidas serias frente al asunto del maltrato infantil creando programas de educación para la prevención de este mal, así como dando una voz de alerta para despertar a la ciudadanía a que colabore en la erradicación del monstruo del maltrato.

Sinembargo esto es sólo el comienzo todavía queda mucho camino por recorrer. Es por esto que este documento el informar acerca del mal para que deje de sernos ajeno y pongamos empeño en buscar soluciones.

1. CONCEPTOS REFERENCIALES

1.1. DEFINICIONES DE MALTRATO A MENORES

El maltrato infantil es entendido como toda acción u omisión que entorpece el desarrollo integral del nonato, niño o adolescente lesionando sus derechos, donde quiera que ocurra, desde de los círculos más particulares e íntimos de la familia, hasta el contexto general de la sociedad.

Se considera *maltrato* todas aquellas faltas de cuidado, atención y amor que afecten la salud física o mental, el abuso y la explotación sexual, y las injusticias de todo orden que ejercen sobre niños o adolescentes las personas responsables de su cuidado: padres, cuidadores, familiares, vecinos, maestros, empleadores y la comunidad en general.

Se indica como maltrato infantil el poner a un menor en peligro, esto incluye crear un riesgo sustancial para la salud o la seguridad del mismo, no respetando el deber de cuidarlo, mantenerlo o protegerlo. Esto incluye la tortura o el abuso cruel, los castigos excesivo, o la sujeción que crea un peligro sustancial de daño físico para el menor. También constituyen abuso contra menores las medidas disciplinarias, repetidas e injustificadas que ponen en peligro su salud o desarrollo mentales, o la muerte que no es causada por castigo físico admitido.

1.2. FORMAS DE MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil comprende diferentes categorías, formas que presentan sus características específicas. Las formas de maltrato más significativas son el maltrato físico, psicológico, abuso sexual, negligencia o descuido y maltrato social entre otros.

1.2.1. Maltrato Físico. Es toda forma de agresión infligida al menor por sus padres, responsables o adultos, producida por el uso de la fuerza física no accidental. Sus

consecuencias pueden ser transitorias o permanentes, incluyendo la muerte. Su gravedad y época de ocurrencia se gradúa de acuerdo con lo establecido por Medicina Legal: leve, moderado o grave y antigua, reciente o recurrente.

1.2.2. Maltrato Psicológico. Es aquel que se genera por carencia, exceso, alteración o combinación de las anteriores, en las relaciones que inicialmente se dan en los niños a través de los padres o cuidadores y se van extendiendo a lo largo de la vida, produciendo alteraciones en su desarrollo psicoafectivo, motor, del lenguaje, de socialización y de adaptación.

Estas alteraciones se pueden presentar por la ausencias de los padres, por la sobreprotección o por la incapacidad del adulto para relacionarse con el niño, al no tomar en cuenta su ritmo de desarrollo individual.

Las podemos clasificar en : - Leve, aquellas que son reparables en corto tiempo de tratamiento.

- Moderada, que requiere una intervención prolongada al niño y a su familia.

- Grave, aquellas que no tienen retroceso y sus secuelas acompañan a la víctima toda la vida.

1.2.3. Abuso Sexual. Contactos o interacciones entre un niño y uno o varios adultos, cuando el primero se utiliza para estimulación sexual del segundo o de otra persona, mediante engaño o fuerza física. Se distinguen como abuso sexual las siguientes modalidades:

Acceso carnal (con penetración), actos sexuales (todo acto diferente al acceso carnal, como: tocamientos, exhibicionismo, manipulación), corrupción (actos en presencia del niño o que le induzca a práctica sexuales), inducción o constreñimiento a la prostitución.

1.2.4. Negligencia o Descuido. Entendido como la privación de las necesidades básicas cuando se puedan brindar, alimentación, educación, salud, cuidado, para garantizar al niño un desarrollo biopsicoafectivo. (Artículo 44 Constitución Nacional. Derechos Fundamentales del Niño). Su gravedad está dada por las posibilidades o no de recuperación.

1.2.5. Maltrato Social. Situación en la que se encuentra un niño, niña o adolescente en relación con la no satisfacción de sus necesidades básicas, como consecuencia de falta de garantías estatales para el acceso a los servicios sociales de subsistencia, por parte de quienes tienen a cargo su crianza, ya sean los progenitores o quienes hagan sus veces.

Las modalidades más conocidas de maltrato social son: el abandono físico, el deterioro social del niño, el niño de y en la calle, el niño infractor, el vinculado a actos terroristas, el trabajador.

2. EPIDEMIOLOGÍA

2.1. FACTORES DE RIESGO

· Existen ciertos patrones que permiten tener una percepción de un posible maltrato o maltratador, estos patrones son conocidos como los factores de riesgo. Estas características específicas dan al médico tratante un marco de referencia, una base para sospechar un problema de maltrato. Los factores de riesgo más comunes estarían presentes en lo concerniente a la situación socioeconómica y los antecedentes familiares, así pues encontramos:

· Historia de los padres en la que se manifiesta privación psicoafectiva y/o el maltrato en la infancia. Las personas que han sido maltratadas en la infancia, tarde o temprano repiten su historia de agresión, tienden a ser como los padres y muestran dificultades en sus relaciones con otros.

- Percepción negativa del niño/a. Si los hijos/as, nietos/as, hijastros/as, o alumnos/as se perciben como insoportables, feos, estorbos, malos, diferentes, diabólicos, retardados mentales, con defectos físicos, etc., en algún momento van a ser víctimas de malos tratos físicos o emocionales. Siempre que el pequeño no cumple con las expectativas, tanto físicas como emocionales del adulto, está en riesgo de ser maltratado.
- Aislamiento de la familia de los sistemas de apoyo. Las situaciones de crisis y conflicto generan incomunicación, no sólo con su familia cercana, sino también pierden la capacidad de buscar ayuda para salir de los problemas, tanto personales como de pareja o de relaciones con los hijos.
- Padres adolescentes. La paternidad o maternidad prematura puede tener como consecuencia el rechazo del bebé. La falta de madurez y su poca información, puede llevar al abandono o a descuidarlo. En ocasiones, las madres solteras muestran incapacidad para establecer adecuados vínculos afectivos con su hijo.
- Familias en las cuales la violencia corporal es aceptada e incuestionada como práctica cultural, y considerada como la forma normal de las interacciones y de las resolución de los conflictos.
- Enfermedades o deterioro, tanto de la salud física como mental, de alguno de los padres o cuidadores.
- Cuando los adultos tienen incapacidad de detectar las necesidades de los niño/as, y no son capaces de comprender las limitaciones de sus capacidades, de acuerdo con las etapas de desarrollo.
- El abuso del alcohol y la drogadicción generan situaciones de violencia que se descargan contra los más débiles, puesto que el enfermo pierde sus inhibiciones y su autocontrol.
- Crisis familiares. Toda familia o pareja en crisis de relaciones y/o económicas, establece una relación difícil con los niños/as, quienes terminan recibiendo las consecuencias de esa situación.

2.1.1. LOS MALTRATANTES

- Presentan factores demográficos tales como la juventud de los Padres, bajo nivel educativo y socioeconómico.
- Existe una historia personal en la infancia de los padres maltratadores, la razón del maltrato sería la reproducción transgeneracional de patrones de interacción padre-hijo, interacción caracterizada por el maltrato a los hijos.
- Padres con personalidades negativas caracterizados por insatisfacciones de necesidades de amor y aceptación, lo cual lleva a buscar a satisfacerla en sus hijos y a reaccionar agresivamente cuando no responde a estas expectativas. Se menciona también una baja autoestima, la cual podría crear inseguridad ante sus hijos.
- Modelo de pensamientos literales y concretos, rigidez tanto en pensamiento como en personalidad de tipo obsesivo-compulsivo, baja tolerancia a la frustración; débil control de impulsos, un alto grado de impulsos hostiles y también inmadurez afectiva.

- Deficiente conocimiento acerca de desarrollo infantil, quienes parecen esperar un desarrollo más lento de sus hijos y tienden a cometer más errores al juzgar sus capacidades.
- Los padres maltratados tienden a utilizar el manejo disciplinario de sus hijos, principalmente el castigo físico, ya sea por ignorancia de otras técnicas o porque creen firmemente en una educación severa.

2.1.2. EL NIÑO MALTRATADO

- Aspecto demográfico, los niños maltratados se encuentran más frecuentemente en su primer año de vida, son del sexo masculino y su nacimiento ha sido rodeado de circunstancias negativas, tales como: el haber sido prematuro o producto de embarazo no deseado. Esto podría explicarse teniendo en cuenta, que los niños más pequeños son más dependientes y por lo tanto interfieren más con las actividades de sus padres, demandando más tiempo y energía.
- Puede decirse que son más frustrantes, pues tienen menos posibilidades de establecer intercambios sociales significativos con adultos. En cuanto al sexo masculino parece estar más relacionado con la edad, ya que hasta la edad de 12 años, los niños varones serían más frecuentemente maltratados, en razón de valores, sociales que consideran deben ser manejados con rudeza para hacerlos más fuertes.
- Prematurez, podría ocasionar un debilitamiento afectivo entre la madre y el niño, ya que el hecho de ser prematuro lo vuelve difícil de manejar y facilitando así el maltrato.
- Embarazo no deseado, provocaría resentimiento y hostilidad de los padres hacia ellos ya que las madres presentan menos actitudes positivas hacia el embarazo, un rechazo más abierto antes del nacimiento del niño.
- Los hijos maltratados son más difíciles de manejar siendo estos más agresivos, tanto a nivel verbal como físico. Son más desobedientes y emiten más verbalizaciones negativas. Los niños maltratados tienen una menor capacidad de disfrutar la vida, un autoestima más bajo y mayor incidencia de síntomas psiquiátricos.

2.2. ESTADÍSTICAS

Ahora presentamos unas gráficas que dan una idea de los casos actuales así como su incidencia , gravedad y presencia.

PARENTESCO AGRESOR/ LESIÓN

Parentesco del Agresor M. Emocional Negligencia M. Físico M.Social A.Sexual N X Nacer

Padre 336 53 315 134 79 50

madre 148 129 193 61 6

Abuelo 6 3 12 5 5

Familiar 18 19 40 16 44

Sin Nexos 78 43 153 76 143 8

Padres 43 60 57 33 14

Registros Enero 15- Septiembre 15, 1994

TIPO DE MALTRATO/ SEXO

LESIÓN NIÑOS NIÑAS

M.Físico 40% 35.1%

M.Social 18% 13.2%

M.Sexual 3.8% 18.4%

M.Emocional 23.6% 20.5%

Negligencia 14.5% 9.7%

Registros Enero 15- Septiembre 15, 1994

Ttal Niñas =1.861

Ttal Niños =1.352

LESIONES/ RANGOS DE EDAD

LESIÓN RANGOS DE EDAD

0 a 1 1 a 5 5 a 10 10 a 15 15 a 18

Negligencia 290 330 560 740 320

M.Físico 300 330 530 710 320

M.Social 290 370 550 700 310

Abuso Sexual 310 400 570 690 300

M.Emocional 270 350 520 700 310

Registros de Enero 15 - Septiembre 15, 1994

Los anteriores datos han sido tomados del Proyecto :Sistema Nacional de Información SNM, Defensoría del Pueblo. Santafé de Bogotá, D.C., Diciembre, 1994.

3. COMO SE DIAGNOSTICA EL MALTRATO

El primer paso para el diagnostico de maltrato es la sospecha. En efecto, el médico debe permanecer alerta a señales de maltrato y no debe descartar en todo caso el maltrato infantil. Las principales señales de peligro a las que debe reaccionar el médico han de ser:

1. Hay discrepancia entre el trastorno o la lesión del niño y la historia que se proporciona.
2. La índole del estado o lesión del niño es tal que probablemente la causa sea un maltrato.
3. Se muestran reacios a dar la información solicitada.

4. Se demoran injustificadamente para buscar atención médica.
5. Reflejan un actitud de descuido, desapego, o excesivo mimo con el niño/a.
6. Las víctimas u otras personas proporcionan la historia del maltrato.

Por otra parte el médico ha de estar familiarizado con las diferentes manifestaciones de maltrato, tanto por el aspecto de la víctima como por la forma en la cual la familia presenta la situación.

Se necesita sensibilizar al médico frente a presentaciones normales o anormalmente abusivas.

Es importante conocer la mecánica de la lesión, así como aprender la biomecánica de los traumatismos, de modo que no sólo se comprenda mejor como puede haberse producido la lesión sino también que los médicos pueden defender sus opiniones.

Utilizar la capacidad para simpatizar con los pacientes y estimar cuál es el probable grado de desarrollo del niño, que es verdaderamente importante para el análisis de la lesión.

Manejar las técnicas de entrevista susceptibles de lograr mayor información, como usar preguntas de respuesta abierta; además todos los niños han de someterse a una inspección genital como parte del examen físico completo.

Los médicos han de estar preparados para sospechar maltrato infantil, denunciarlo, o mandar al paciente a otro profesional cuando hay duda, o para obtener tratamiento adecuado. Han de poder seleccionar casos de traumatismo genitales, reconocer los tipos básicos de abuso físico, e identificar el descuido.

Es importante llevar un registro de hallazgos, tomar fotografías y grabarlas entrevistas si fuera necesario, ya que la información dada por padres y cuidadores, generalmente discrepa del diagnóstico médico, lo cual es motivo suficiente para realizar un informe detallado destinado a las autoridades competentes.

1. Se debe tener en cuenta que los niños/as aunque sean maltratados, defenderán a sus padres o cuidadores, y frecuentemente se consideran merecedores de los malos tratos.

4. CLÍNICA DEL MALTRATO

Los siguientes son los síntomas y signos más elocuentes, donde es importante sospechar que el niño/a esta siendo víctima de maltrato, tanto físico como emocionales y del comportamiento, como de abandono, como abuso sexual.

4.1. SENALES FÍSICAS DE MALTRATO

- Hematomas o contusiones en diferentes estados de cicatrización, marcas y senales de golpizas en la cara, labios, nariz, brazos, piernas, troncos, o nalgas. Golpes en los dos ojos o en las dos mejillas (en accidentes los golpes se presentan de un solo lado de la cara).
- Hematomas subdurales.
- Cicatrices que muestran los objetos con los que fueron golpeados, como senales de látigo, correas, hebillas, cables, etc.
- Marcas permanentes, como tatuajes. Laceraciones y/o abrasiones en la nariz, labios, encías, ojos, genitales externos, brazos, piernas, nalgas o tronco.

- Cicatrices o quemaduras con cigarrillo, especialmente en las palmas de las manos o en los pies, o en la espalda o las nalgas.
- Quemaduras o cicatrices con objetos, como planchas eléctricas, en brazos, piernas o en el torso.
- Cicatrices o marcas de lazos o sogas en muñecas y tobillos.
- Quemaduras por inmersión en líquidos hirvientes, agua u otros, en los pies o las manos (como media o como guante), o en los genitales o las nalgas.
- Fracturas mal cicatrizadas, frecuentes y no tratadas.
- Fractura de huesos largos, de nariz, de maxilares y craneanas en bebés menores de un año.
- Ausencia de cabello en algunas partes de la cabeza, hemorragias del cuero cabelludo, o frecuentes "chichones".
- Hemorragia de la retina.
- Ojos amoratados.
- Fracturas nasales, o desviaciones del tabique.
- Fracturas dentales y hematomas en la cavidad bucal.
- Dislocación de hombro o codo.

4.2. SEÑALES EMOCIONALES Y DE COMPORTAMIENTO QUE PUEDEN INDICAR MALTRATO

- Angustia marcada ante el llanto de otros niños.
- Agresividad y negativismo.
- Miedo de ir a casa o a la escuela.
- Miedo a los padres o a los adultos.
- Demasiada movilidad.
- Excesiva quietud.
- Hábitos desordenados.
- Tartamudeo.
- Comerse las unas.
- Tics.
- Hipocondrías, miedos o fobias.
- Falta de actividad exploratoria.

- Rechazo a recibir ayuda.
- Intentos de suicidio.

4.3. SENALES FÍSICAS DE ABANDONO

- Recién nacidos con señales positivas de droga.
- Retardo en el desarrollo psicomotriz.
- Retardos selectivos del desarrollo
- Hambre permanente.
- Llanto injustificado.
- Trastornos o retardo del habla.
- Higiene personal inadecuada.
- Vestidos inadecuados al tamaño o al clima.
- Ausencias de cuidados médicos.
- Inadecuada supervisión.

4.4. SENALES DE ABUSO SEXUAL

4.4.1. Señales Físicas

- Dificultad para caminar o sentarse.
- Dolor, hinchazón o comezón en el área genital.
- Manchas de sangre o flujo en la ropa interior.
- Contusiones o sangrado en las áreas genitales externas, vaginal o anal.
- Enfermedades de transmisión sexual y VIH positivo, especialmente en adolescentes.
- Dolor al orinar, o infecciones urinarias repetitivas.
- Cuerpos extraños en la vagina o en el recto.
- Embarazos prematuros.

4.4.2. Señales emocionales y de comportamiento

En menores de 8 años

- Desórdenes de alimentación.
- Miedo a dormir solo.
- Terrores nocturnos (pesadillas).

- Ansiedad ante la separación.
- Enuresis (diurna y nocturna).
- Encopresis.
- Regresión del lenguaje.
- Conversaciones clandestinas sobre sexo.
- Excesiva masturbación.
- Posturas sexuales agresivas.
- Hablar llorando.
- Hiperactividad.
- Cambios de conducta en la escuela.
- Pataletas frecuentes.
- Excesivo temor.
- Depresión y ansiedad.
- Intentos de suicidio.
- Extremo nerviosismo.
- Hipocondría.

En mayores de 8 años hasta la adolescencia

- Miedo a estar solo.
- Frecuentes peleas y disgustos con los miembros de la familia cercana.
- Pobre autoestima.
- Cambios frecuentes y drásticos de humor.
- Preocupación por temas sexuales.
- Conductas de aislamiento.
- Conductas complacientes.
- Gestos e intentos de suicidio.
- Automutilación.
- Desconfianza.
- Actividades sexuales.

- Abuso de alcohol o drogas.
- Conductas fóbicas, incluidos los temas sobre sexualidad.
- Fantasías violentas.
- Miedo a futuros abusos.
- Rechazo a relaciones cercanas con otros.

5. MÉDICOS FRENTE AL PROBLEMA

Existen múltiples maneras en que el médico puede enfrentar este flagelo.

Se puede empezar con un programa de prevención, mediante educación y programas de concientización y ayuda a la familia. Pero cuando ya el maltrato se ha presentado el médico no tiene más que denunciar al maltratador y tratar a la víctima del abuso.

5.1. PREVENCIÓN

La prevención se divide en niveles según el riesgo de maltrato al que esta expuesto el niño, y cada nivel tiene programas que tratan de suplir las necesidades de las familias que participan en el.

La prevención se dirige a la mayor atención a descubrir niños que se hallan en alto riesgo. Consiste en emplear visitas sistemáticas de supervisión de salud infantil para explorar puntos psicosociales. Es útil ocuparse primero de temas que pertenecen básicamente a los padres , lo que desencadena unas respuestas más responsables.

La respuesta inicial debe destinarse a valorar más los problemas, para poder establecer un plan definitivo de trabajo.

Gran parte de este proceso es de detección y corresponde más a la dinámica psicosocial de los niños, los padres y la familia.

5.2. TRATAMIENTO

El plan general de tratamiento a los niños/as maltratados consta de diferentes etapas:

- Entrevista e historia clínica inicial, que idealmente debe hacerse ante la sospecha de maltrato. Se debe:

- a. Compartir la información.
- b. Tomar decisiones de equipo
- c. Planear acciones.
- d. Brindar apoyo.

- Protección y cuidados al niño/a.

a. Hospitalización si fuera necesaria.

b. Cuidados alternativos (lejos de la familia, si se estima conveniente).

c. Cita de control y seguimiento.

- Tratamiento de lesiones.

- Si fuera posible, tomar fotografías.

- Exámenes de laboratorio y radiografías.

- Abordaje a los padres, teniendo en cuenta:

a. Evitar la confrontación y la acusación .

b. Procurar una actitud positiva.

c. Cooperar con los padres.

- Notificar a las autoridades correspondientes: Defensoría de Familia, ICBF, Comisaría de Familia, autoridades de Policía, Personería o comité de apoyo interinstitucional.

- Se debe hacer el informe por escrito y seguimiento del paciente y su familia en los aspectos sociales, emocionales y físicos.

CONCLUSIONES

Dada la magnitud del problema de maltrato demostrada por el número de denuncias ante Defensoría e ICBF, y las consultas y hospitalizaciones, las instituciones de salud, se concluyen que en el país se deben desarrollar investigaciones a nivel de comunidad para tener la visión completa del problema, pues los casos que se llegan a diagnosticar son apenas la punta del iceberg.

Y no sólo esto, se debe informar a la comunidad acerca de las formas de maltrato, factores de riesgo de maltratadores y maltratados, régimen jurídico que respalda al menor y además ofrecer sitios y personal de apoyo en educación y prevención, pues evitar que el maltrato ocurra es el objetivo final de nuestra acción en salud.

BIBLIOGRAFÍA

Defensoría delegada para los derechos de la niñez, la mujer y el anciano. SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN S.N.M., SÍNDROME DEL NIÑO MALTRATADO. Santafé de Bogotá D.C., Diciembre 1994. Página 2-10, 30-40.

Maya González, Gabriel Jaime. Osorio Mesa, María Aracely. MALTRATO AL MENOR: FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN ESCOLARES EN SANTA BARBARA 1995. Medellín: Instituto de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, programa de especialización en epidemiología, 1995. Páginas 3-8.

Mejía de Camargo, Sonia. SAVE THE CHILDREN, MANUAL PARA LA DETECCIÓN DE CASOS DE MALTRATO A LA NIÑEZ. Santafé de Bogotá D.C., 1994. Página 7-20.

Dubowitz, Howard, Alexander, Randell C. CLÍNICAS PEDIÁTRICAS DE NORTE AMÉRICA, EL NIÑO MALTRATADO. Vol. 5, 1990. Capítulo "Participación del pediatra para prevenir el maltrato infantil", "Enseñanza del médico en el campo del maltrato infantil".

Johnson, Charles F., Hyden, Philip W., Gallagher, Tracy A. CLÍNICAS PEDIÁTRICAS DE NORTE AMÉRICA, MEDICINA PEDIÁTRICA DE URGENCIAS. Vol. 5, 1992. Capítulo "Lesión intencional y lesión accidental", "Estrategias en la sala de urgencias en caso de maltrato infantil".