

El niño maltratado: perspectiva médica

M^a Teresa PÉREZ ÁLVAREZ*

Resumen

En la actualidad son muchas las voces que se levantan desde los distintos sectores de la sociedad, denunciando nuevos casos de maltrato en la infancia. A pesar de ello las estimaciones más optimistas consideran que sólo son conocidos, aproximadamente, el 15 % de estos casos.

Ante esta realidad es necesario que los distintos profesionales que se relacionan con los niños y niñas conozcan una serie de indicadores que les hagan sospechar la presencia de malos tratos en el seno de una familia.

En el presente trabajo se realiza una breve descripción de los diferentes tipos de maltrato infantil (físico, negligencia, abuso sexual...) desde una perspectiva médica, remarcando los signos y síntomas físicos que se presentan más frecuentemente y cuya presencia puede facilitar la difícil tarea de diferenciar entre una lesión accidental o unos malos tratos.

Para finalizar, en el trabajo se esbozan líneas de posibles actuaciones desde el ámbito de la prevención, valorando que ésta sólo es posible desde una óptica multiprofesional. El gran reto del nuevo siglo será conseguir que los niños y niñas que están en situación de riesgo de ser maltratados puedan tener una infancia normal.

El abuso físico en los niños constituye un problema antiguo de cuya existencia tenemos documentación desde los primeros tiempos de la historia escrita. Es un problema

Abstract

THE ABUSED CHILD: A MEDICAL PERSPECTIVE.

There are at present many people, from the different social sectors, who denounce new cases of child abuse. Nevertheless, the most optimistic estimates reckon that only about 15% of cases are known.

In this situation we need the different professionals related with children to learn to recognise some indicators that will help them to suspect the existence of ill-treatment abuse within a family.

This article presents a brief description of the various types of child abuse (physical, neglect, sexual abuse...) from a medical point of view, highlighting the physical signs and symptoms that appear more frequently and whose presence may help in the difficult task of differentiation between an accidental injury and ill-treatment abuse.

Finally, the article outlines possible preventive actions, taking into account that this is only possible from a multiprofessional perspective. The author stresses that prevention of such a complex problem as child abuse, in whose etiology several factors participate, can only be approached from an interdisciplinary perspective. The great challenge of the next century will be to ensure that children at risk of abuse have a normal childhood.

que ha sido intermitentemente redescubierto y olvidado.

Es en 1868 cuando el Dr. Tardieu, catedrático de Medicina Legal en la Sorbona, describe por primera vez

* Departamento de Medicina. E.U. de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid.

el síndrome del niño golpeado, basándose en los resultados obtenidos en las autopsias de treinta y dos niños maltratados (TARDIEU, 1868). Posteriormente, en 1871, se funda en Nueva York la "Society for the Prevention of Cruelty of Children"; siguiendo este ejemplo se crearon otra muchas asociaciones con objetivos similares tanto en Estados Unidos como en Europa. En Inglaterra será (1884) la "Sociedad Nacional para la Prevención de la Crueldad en el Niño" (NSPCC).

Tuvo que pasar bastante tiempo para que John Caffey diera a conocer en 1946 sus observaciones sobre la inexplicable asociación entre hematomas subdurales, alteraciones radiológicas en los huesos y malos tratos, definiendo el origen traumático de estas lesiones (CAFFEY, 1946). Pero es en 1962 cuando C. Henry Kempe y sus colaboradores publicaron un provocador trabajo titulado "El Síndrome del Niño Golpeado", en el que se hace una descripción completa del síndrome desde el punto de vista pediátrico, psiquiátrico, radiológico y legal, así como de las primeras cifras de incidencia correspondiente a los Estados Unidos (KEMPE, 1962), quedando a partir de este momento registrado como una entidad patológica en la literatura médica.

A finales de los años 70 surge a nivel mundial, y como respuesta a la inquietudes de numerosos profesionales, la Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y Negligencia en el niño (ISPCAN), que representó una profundización científica impor-

tante en este tema. En España es a finales de los 80 cuando se crean las primeras asociaciones de prevención del maltrato en la infancia, poniéndose en marcha la Federación de Asociaciones.

Concepto de maltrato

Se considera maltrato "*Cualquier acción u omisión, no accidental, que repercute en la satisfacción de las necesidades básicas del niño*". Es un concepto amplio y de límites poco precisos, que resulta de una combinación de factores familiares, individuales y sociales, y que puede variar según criterios y valores socioculturales (BRIERE, 1996; CALVO ROSALES, 1996). Progresivamente se ha ido ampliando el concepto de maltrato en la infancia, lo que ha dado lugar a identificar subtipos de maltrato:

Maltrato físico: Es la acción no accidental de algún adulto que provoca daño físico o enfermedad en el niño, o que le coloca en riesgo de padecerlo como consecuencia de alguna negligencia intencionada. La lesión no es accidental, pero tampoco ha de ser el resultado de un intento premeditado de dañar al niño, pudiendo derivar de un exceso de disciplina o de un castigo inapropiado para la edad o características del niño (JOHNSON, 1990).

Abuso sexual: Es cualquier clase de contacto sexual con un niño menor de 18 años, por parte de un adulto, desde una posición de poder y autoridad sobre él (BERLINER, 1996).

Maltrato emocional: Consiste en no tomar en consideración las necesi-

dades psicológicas del niño, particularmente las que tienen que ver con la autoestima y con las relaciones interpersonales. La hostilidad verbal crónica en forma de insultos, burlas, desprecio, críticas o amenazas de abandono son formas de este tipo de maltrato (HART, 1996).

Negligencia: Es no atender a las necesidades básicas del niño por quienes tienen la responsabilidad de cuidarle (ERICKSON, 1996).

Otros: el síndrome del "Niño Sacudido", Intoxicaciones no accidentales, Munchausen por poderes.

Estos distintos tipos no se excluyen, sino que en la práctica suelen darse varios tipos de maltrato simultáneamente.

Epidemiología

Según datos declarados por la Sociedad Americana de Pediatría (AMERICAN...1987) se considera que un 10% de los traumatismos atendidos en los servicios de urgencia pediátricos no son accidentales; un 30% de las fracturas de niños menores de 2 años son secuelas de abusos físicos y que aproximadamente 2000 niños mueren anualmente víctimas de malos tratos (HORTER & FRIEDMAN, 1968).

En un estudio realizado en varios estados de los EE.UU. (U.S. DEPARTMENT...1988), considerando el maltrato sólo cuando era un "daño demostrable", se vio que el 16.3/1000 de la población estudiada sufrió maltrato; el 9,2/1000 fue víctima de maltrato físico, emocional o sexual. De ellos, el

72% sufría lesiones moderadas, el 15% lesiones graves, y el 0,1% lesiones letales. Esto indicaría que muere uno de cada mil niños denunciados por maltrato. La categoría más frecuente de abuso era la de tipo físico (4,9/1000).

Los estudios sobre maltrato denunciado no incluyen a todos los menores que han sido maltratados. Así, en una encuesta realizada en 1976 que utilizó la *Conflict Tactics Scale* para registrar episodios violentos, en familias con niños de 3 a 17 años se demostró que la incidencia de puntapiés, mordiscos, pinchazos, golpes con un objeto, palizas y utilización de arma blanca o de fuego contra un menor era de 140/1000 de los menores de edad. Se supone que estos datos se ajustan más a la realidad, y que mucho de los niños maltratados, sobre todo los que presentan lesiones menos importantes, no serían atendidos médicamente o las lesiones serían atribuidas a accidentes, y que esto explicaría que el número de denuncias de niños maltratados por tales prácticas no reflejen el 14% esperado (LASING, 1976).

En España tampoco es posible cuantificar satisfactoriamente la magnitud del problema de malos tratos en la infancia, ya que las cifras que conocemos son muy relativas, y la mayoría de los datos se refieren a un solo dispositivo de información, que actúa en casos extremos cuando la Administración ha tenido que tomar parte activa en la tutela de los derechos de los niños (DE PAUL, 1995; INGLES, 1991; JIMÉNEZ s/f.).

Conforme a los datos obtenidos en un estudio sobre el maltrato infantil, realizado por la Universidad de Sevilla (ADIMA, 1993) a través de los expedientes de Menores en 1993, y que incluía datos de todas las Comunidades Autónomas, se apreció maltrato en el 24,64% de los menores incluidos en los expedientes de los años 1991 y 1992, y una media anual del 0,44/1000 respecto a la población infantil española. En cuanto al tipo de maltrato el más frecuente fue la Negligencia (79.1%), seguida del Maltrato emocional (42,5%), y el Maltrato físico (30.1%). El 55.2% de los menores sufrieron más de un tipo de maltrato. Estos datos pensamos que representan el 10 o el 20% de los datos reales (SALDAÑA, 1995).

Maltrato físico

Se define el maltrato físico, como *"cualquier acción no accidental, por parte de los padres, tutores o cuidadores que origina una lesión en el niño, incluyendo la lesión resultante de la reacción del cuidador ante una conducta indeseable del niño"*.

No debe usarse el castigo físico en menores de 12 meses de edad, ni en niños con anormal desarrollo físico o emocional (BRIERE, 1996; KEMPE, 1989; HOLTER, 1968).

La lesión tisular incluye magulladuras, quemaduras, desgarros, punciones, fracturas, rotura de órganos y trastorno de funciones.

Constituye maltrato el uso de cualquier instrumento empleado para

lesionar cualquier parte del cuerpo (CALVO ROSALES, 1996).

La lesión puede ser causada por impacto, penetración, calor, un cáustico, un producto químico o una droga (Child Abuse Program, en FONTANA, 1989).

Esta definición considera el intento de lesionar al niño como un dato variable importante, estimando que el empleo de una disciplina física rigurosa, aunque sea educar al niño "por su propio interés", puede tener los mismos efectos adversos que la lesión causada por otros motivos. Inadecuadas disciplinas, en numerosas ocasiones, no son consideradas maltrato hasta que las consecuencias son importantes.

Hay una serie de indicadores físicos de la conducta del niño y del cuidador cuya presencia nos debe hacer sospechar en la existencia de un posible maltrato.

Indicadores Físicos

La presencia de alguna de las siguientes lesiones nos debe hacer pensar en un posible maltrato.

Lesiones Cutáneas. Magulladuras, contusiones y hematomas son las lesiones de piel que más frecuentemente se ven en los niños maltratados (JOHNSON, 1990).

Las lesiones pueden estar en los labios o en la boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, agrupadas o incluso delimitando la forma de un objeto (CHADWICK, 1993).

Lesiones en diferentes áreas indicaría que el niño ha sido golpeado

desde zonas distintas. La localización de una lesión puede ser altamente sugerente de un maltrato (LASING, 1976).

Las magulladuras cambian de color con el tiempo. Las de colores diferentes indican lesiones de antigüedades también diversas, y por tanto no son debidas a un único accidente (WILSON, 1977).

Contusiones de color amarillento y marrón son lesiones que han ocurrido hace varios días y por tanto sugieren un retraso en pedir atención médica de las mismas (GÓMEZ DE LOS TERREROS, 1992).

La forma de contusión o hematoma puede representar la silueta del objeto que la ha causado. En el caso de una bofetada se reconoce el contorno de la mano; si el maltratante es diestro, las marcas estarán generalmente en la mejilla izquierda y el contorno de los dedos formaran ángulo hacia la oreja. Aunque la mano (22%) y la hebilla del cinturón (23%), son las marcas más frecuentes, hay una gran variedad de otros objetos que pueden usarse.

Los niños pueden sufrir quemaduras intencionales con líquidos u objetos calientes, en ocasiones quedan marcas claras en la piel, la existencia de quemaduras que cubren toda la superficie de los glúteos o los pies, son generalmente provocadas por los cuidadores del niño al sumergirlos en líquidos demasiado calientes, también podemos encontrar quemaduras producidas por puros o cigarrillos o por objetos que dejan señales claramente definidas (plancha, tenedores...); en

general pensaremos en la intencionalidad de una quemadura cuando los bordes sean limpios, esté bien delimitada o existan varias lesiones (CHADWICK, 1993).

Lesiones esqueléticas. Los huesos largos son la zona donde hay más lesiones esqueléticas provocadas, las fracturas diafisarias (tallo de hueso) que se presentan simultáneamente con otras lesiones o en lactantes que no deambulan, deben considerarse como altamente sospechosas de **no accidentales** (AMERICAN ACADEMY...1991; CAFFEY, 1946).

Las fracturas costales en niños menores de dos años son muy significativas de un posible maltrato de un niño. Las fracturas de cráneo ocupan el segundo lugar entre las lesiones del niño maltratado, son fracturas lineales. En niños mayores pueden existir fracturas del maxilar inferior.

Hay que sospechar posible maltrato en un niño siempre que exista una discordancia entre la fractura y la historia clínica; cuando existan fracturas múltiples que afectan a más de una zona esquelética; fracturas en estadios diferentes que indicarían episodios repetidos de traumatismos (DELGADO, 1988).

Se ha comprobado que el 56% de las fracturas en niños menores de un año no son accidentales.

Lesiones internas por maltrato infantil. Los traumatismos abdominales e intratorácicos son mucho menos frecuentes que los esqueléticos y cráneo-cerebrales, se suelen observar en niños mayores de dos

años, suelen ser producidos por puñetazos, patadas (TOULOUKIAN, 1968; REECE, 1990).

Indicadores comportamentales del niño

Existen una serie de características comunes en el comportamiento de la mayoría de los niños que sufren maltrato: 1º Presentan una actitud temerosa y cautelosa frente a los adultos. 2º Muestran conductas extremas (ej. muy irritables o muy apáticos...). 3º Las respuestas son muy evasivas y cortas intentando justificar o involucrar al agresor. 4º Autoestima baja (mirada baja, evitan la mirada del adulto, voz baja...) (GÓMEZ DE LOS TERREROS, 1995).

Indicadores comportamentales del cuidador

No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño o, por el contrario, las da excesivas pero poco convincentes, contradictorias y poco aclaratorias. Presenta una actitud con escasa carga afectiva para el niño, percibiéndoles generalmente de forma negativa (ej. "es muy malo"...).

Abuso sexual

La definición de abuso sexual, dada por el National Center for Child Abuse and Neglect, es "*Cualquier contacto o interacción entre un niño y un adulto, cuando el primero se utiliza para estimulación sexual del segundo o de otra persona*". El abuso sexual

también puede cometerse por una persona de menos de 18 años de edad, cuando es mayor que la víctima, o cuando esté en situación de poder o de control sobre la misma (BERLINER, 1996).

El abuso sexual infantil intrafamiliar se define como "*cualquier forma de actividad sexual entre un niño y un familiar inmediato, o bien por una persona que es sustitutiva de los padres (un adulto que es considerado por el niño como miembro de la unidad familiar)*". En este tipo de abusos el niño por su propio desarrollo, es incapaz de rechazar el contacto sexual, dependiendo además, física y emocionalmente de ese adulto para la solución de sus necesidades básicas (RAPPLEY, 1993).

El abuso extrafamiliar se define como "*cualquier forma de contacto sexual entre una persona ajena a la familia y un niño*". En la mayor parte de los casos el niño conoce al adulto (vecino, profesor, sacerdote, baby sitter...).

El niño percibe el poder que tiene la persona que comete el abuso (intra o extrafamiliar). En ocasiones este poder es aumentado a través de amenazas al niño o a sus personas queridas. La autoridad y la edad del que comete el abuso hace que el rechazo por parte del niño sea completamente imposible.

En un estudio realizado por la American Human Association se sitúa la cifra de abuso sexual en la infancia y adolescencia en 450.000 casos anuales aproximadamente, si bien todos somos conscientes que el nú-

mero de casos no comunicados es mayor que el de los conocidos (AMERICAN HUMAN...1987).

Diversos estudios han demostrado que alrededor del 80% de las víctimas de abuso conoce a las personas que abusan de ellos, siendo familiares el 68 %. En el grupo de abuso sexual intrafamiliar, el 75% corresponde al abuso padre-hija; la incidencia de los padrastros es aproximadamente cinco veces mayor que la de los padres biológicos; es frecuente que el incesto se repita sucesivamente en varias hijas (BERLINER, 1996).

El abuso está más distribuido por los distintos escalones socioeconómicos que el maltrato físico.

Existen una serie de signos y síntomas (indicadores) de esta forma de maltrato.

Indicadores físicos

Dolor y/o inflamación de la zona perineal o anal; hemorragias anales o vaginales; presencia de una enfermedad venérea; hematomas en muslos o región ano-genital (PARADISE, 1990).

Indicadores emocionales

Pérdida brusca de la capacidad de concentración; manifestación de conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales; cambios repentinos de comportamiento; aparición de miedos inexplicables ante situaciones determinadas de la vida diaria (quedarse solo, desnudarse para lavarse...).

Maltrato psicológico o emocional

Se suele manifestar como problemas del crecimiento y del desarrollo, y se presenta tanto de forma aislada como asociado a otro tipo de maltrato. Condiciona una actitud de tristeza, apatía y temor en los niños que presentan actitudes defensivas ante la aproximación de los padres (MEADOW, 1989).

Garbarino incluye en cinco categorías las manifestaciones de las diferentes formas de maltrato psicológico: 1º **Rechazar**, exclusión del niño de todas las iniciativas familiares, falta de apego al niño, continuas valoraciones negativas del mismo. 2º **Aislar**, impidiendo o dificultando las relaciones sociales del niño. 3º **Aterrorizar**, amenazas continuas al niño con castigo extremos, utilizando el miedo como disciplina, creando sensación de inseguridad en el niño. 4º **Ignorar**, frialdad y falta de afecto, no atender a las demandas del niño. 5º **Corromper**, impedir la normal integración del niño en la sociedad ofreciéndose pautas de conducta antisocial (GARBARINO, s/f.).

Abandono físico o negligencia

Existe una desatención constante de las necesidades físicas del niño, así como de las de protección y vigilancia. El niño está sucio, o inapropiadamente vestido, malnutrido, cansado, apático, con problemas médicos no

atendidos, no escolarizado o con importante absentismo escolar, no está cuidado por ningún adulto (ERICKSON, 1996).

Otras formas de maltrato

Síndrome del niño sacudido (Shaken baby Syndrome)

Este síndrome descrito por Caffey (CAFFEY, 1974) ha sido aplicado a niños que son sacudidos violentamente por sus padres, produciéndole una aceleración-desaceleración brusca de su cerebro. Esto ocurre más frecuentemente en niños menores de un año.

Cuando un niño tan pequeño es zarandeado, su cabeza va violentamente de atrás adelante, estos movimientos de balanceo brusco, como un latigazo, producen lesiones en el cerebro, al provocar la ruptura de los vasos sanguíneos.

Las "sacudidas" reiteradas, aún cuando sean menos bruscas, pueden llegar a ocasionar un hematoma subdural crónico, que produciría unos síntomas más larvados, como ligero retraso psicomotor, alteraciones en la visión o en la audición....Esta variante del Síndrome del Niño Sacudido a la que podríamos poner el apellido de "larvado o latente", suele pasar generalmente desapercibida y sus consecuencias no son asociadas, en la mayoría de los casos, a un maltrato (LASSING, 1976; MERTEN, 1990).

Intoxicaciones no accidentales

Es otra forma de maltrato en la que se suministra al niño sustancias,

normalmente de consumo familiar, como sedantes, drogas, alcohol... bien sea para parar el llanto, hacerle dormir, sedarle para la mendicidad o para realizar abusos sexuales... (BAYS, 1990).

Síndrome de Munchausen por Poderes

Es una forma sutil de malos tratos, consistente en provocar en el menor síntomas físicos patológicos que requieren hospitalización o tratamiento médico reiterado (MEADOW, 1977).

Los niños suelen ser menores de 6 años, demasiado pequeños para revelar el engaño.

La sintomatología es muy variada y en numerosas ocasiones la simulación de la enfermedad, generalmente por parte de la madre, es tan habilidosa que hace difícil el diagnóstico.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: hemorragia de diferentes orígenes, fiebre, síntomas neurológicos, síntomas digestivos (vómitos...), exantemas, lesiones dérmicas "raras", hipoglucemias... (ESCRIBANO, 1991)

Los signos que nos deben hacer sospechar son: 1. Múltiples ingresos en diferentes hospitales. 2. Recurrencia inexplicable de enfermedades. 3. Síntomas de difícil encasillamiento en un cuadro clínico específico. 4. Los signos y síntomas no se presentan cuando la madre está ausente. 5. Madre muy preocupada que rehuye dejar solo a su hijo. 6. Madre con conocimientos de medicina o en relación con la profesión sanitaria. 7. Excesiva

preocupación por la enfermedad de su hijo, quejas de que se está haciendo poco para diagnosticarla e intentos de establecer estrechas relaciones con los médicos y la enfermeras. 8. Madre padecedora del Síndrome de Münchansen. 9. No aceptación del engaño por parte del autor.

Se desconocen los motivos que conducen a la madre a comportarse de esta manera. Se ha intentado explicar haciendo referencia a determinados estados de ánimo e impulsos (LÓPEZ LINARES, 1986).

Factores de riesgo

Nadie duda que hay una serie de factores personales, familiares, sociales que favorecen el riesgo de Maltrato (ADIMA, 1993; GÓMEZ DE LOS TERREROS, 1990; MARTÍN ÁLVAREZ, 1994).

Factores en el niño. Niño no deseado; prematuro; enfermo crónico; disminuido psíquico y/o físico; hiperactivo; ser visto como un "niño diferente"; niño "enfermizo".

Factores del cuidador. Embarazo no planeado ni deseado; madre soltera o padre solo; padres jóvenes; padres que hayan sido niños maltratados; escaso intervalo en el nacimiento de los hijos; padres estresados; con pobre conocimiento de la crianza y el desarrollo del niño; enfermedad aguda o crónica; disturbios emocionales; falta de vínculo con el niño; falta de autocontrol.

Factores sociales y culturales. Aceptación de patrones de violencia

en la educación de los niños; escasos recursos económicos; problemas laborales; bajo nivel cultural; alta movilidad social; emigración; marginación; hacinamiento; prostitución y/o delincuencia de los padres; falta de apoyo social.

Detección y diagnóstico del maltrato infantil

Es poco probable que tengamos datos directos del maltrato, dado que éste se produce generalmente en el ámbito familiar; por lo tanto, la mayoría de las veces sólo tendremos una serie de hechos que nos pueden conducir a la sospecha (DOCUMENTO TÉCNICO... 1995).

Es muy importante, en el proceso de detección y diagnóstico, interrelacionar las manifestaciones externas, los indicadores comportamentales del niño y la conducta del cuidador que nos pueda hacer pensar en un posible maltrato. (BROWN, 1988; GÓMEZ DE LOS TERREROS, 1995)

La presencia de factores de riesgo en el niño, en los familiares, el tipo de lesión, el retraso en demandar asistencia médica, aumentan las posibilidades de que la lesión no sea accidental.

Hay que hacer una anámnesis cuidadosa en todo niño con lesiones sugerentes de maltrato (NEWBERGER, 1990)

La pregunta **¿qué ha producido esta lesión?**, debe realizarse siempre que presenten lesiones, tanto al niño como a sus padres o cuidadores; la

respuesta debe tener detalles acerca del objeto que causó la lesión en el niño. Si la historia es que "el niño se ha caído", tendremos que conocer cómo se produjo la caída, desde qué altura, sobre qué superficie. Cuando la lesión es altamente sugerente de maltrato debe preguntarse **¿cuándo ha ocurrido?, ¿dónde?**, la existencia de algún testigo de cómo ocurrió, el estado de desarrollo del niño para gatear, correr, alcanzar, agarrar, abrir grifos, llaves, picaportes; vestimenta del niño en el momento de la lesión.... Toda esta información será recogida cuidadosamente en la historia del niño, diciendo si la lesión es, o no es, compatible con la historia dada y el desarrollo evolutivo del niño.

El radiodiagnóstico constituye una ayuda valiosa en la problemática del maltrato, así como la analítica, fundamentalmente en los casos de abusos sexuales.

La actuación de los diferentes profesionales ha de ser coordinada a fin de concretar el diagnóstico y determinar las actuaciones terapéuticas.

Prevención

La etiología multicausal del maltrato en la infancia, hace que el abordaje de su prevención tenga que ser multifactorial y desde tres diferentes perspectivas preventivas (DUBOWITZ, 1990).

Prevención Primaria

1º Actuaciones que tiendan a la eliminación o reducción de las circunstancias ambientales o sociales favore-

cedoras del maltrato. 2º Modificación de actitudes hacia el castigo físico. 3º Sensibilización de la población acerca del fenómeno de los malos tratos. 4º Aumentar los recursos en servicios sociales. 5º Facilitar la formación de los profesionales que trabajan con la infancia a fin de mejorar sus conocimientos sobre el tema (ALEXANDER, 1990, GÓMEZ DE LOS TERREROS, 1995; MARTÍN ALVAREZ, 1997).

Prevención Secundaria.

Persigue la detección precoz de las situaciones de riesgo de maltrato en la infancia, a fin de evitar los efectos secundarios derivados de esta situación. La identificación de estas familias facilitará las actuaciones coordinadas de los profesionales (pediatras, servicios sociales, maestros....) lo que permitirá la protección al niño, intentando la reestructuración de su entorno familiar (DOCUMENTO TÉCNICO... 1995; GÓMEZ DE LOS TERREROS, 1990).

Prevención Terciaria

Se realiza cuando el maltrato ya ha sucedido; su objetivo es evitar la reparación del maltrato y/o las consecuencias negativas del mismo. Incluye las intervenciones de protección al niño, rehabilitación, reinserción y resocialización. Es un campo más específico de los servicios sociales y salud mental (GUÍA PARA LA ...s/f.).

Por último queremos destacar que la prevención, a cualquiera de los niveles, de un problema tan complejo como el maltrato infantil sólo será factible si se realiza un abordaje desde una óptica multifactorial, en la que los

diferentes profesionales implicados coordinen sus actuaciones para conseguir que los niños en situación de riesgo puedan tener un desarrollo normal.

Referencias bibliográficas

- ADIMA (Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y Prevención del Maltrato) (1993): *Guía de Atención al Maltrato infantil en Andalucía*, Sevilla.
- ALEXANDER, R. (1990): "Enseñanza del médico en el campo del maltrato infantil", en *Clínicas Pediátricas de Norte América*, 1990, 4: 1023-35.
- AMERICAN HUMANAE ASSOCIATION (1987): *National incidence and prevalence of child abuse and neglect*, Washington D.C., National Committee for Prevention of Child Abuse.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (1991): *Diagnóstico por la imagen de los malos tratos infantiles*, en *Pediatrics*, 1991, 31: 95-107.
- BAYS, J. (1990): *Abuso de sustancias y abuso de niños*, en *Clínicas Pediátricas de Norte América*, 4: 931-47.
- BERLINER, L.; ELLIOT, D.M. (1996): *Sexual abuse of children. The APSAC Handbook on child maltreatment*, Ed. Sage 51-64.
- BRIERE, J. et al. (1996): *The American Professional Society on the Abuse of Children*, Sage.
- BROWN, K. et al. (1988): *Early prediction and prevention of child abuse*, Wiley & Son Ed. Ltd.
- CAFFEY, J. (1946) "Multiple fractures of long bones of children suffering from subdural Hematoma". *American Journal Radiol.* 56: 163.
- CAFFEY, J. (1974): "The whiplash shaken infant syndrome: Manual shaking by the extremities with whiplash induce intracranial bleedings", en *Pediatrics*, 54: 396.
- CALVO ROSALES, J. y CALVO FERNÁNDEZ, F.R. (1996): *El niño maltratado*, Ed. CEA.
- CHADWICK, L. (1993): "El diagnóstico de las lesiones de maltrato en lactantes y niños de corta edad", *MTA-Pediatría*, 14: 465-78.
- COMUNIDAD DE MADRID (1995): "Maltrato infantil: Prevención, diagnóstico e intervención en el ámbito sanitario", *Documento Técnico de Salud Pública* nº 22.
- COMUNIDAD DE MADRID: *Guía para la Atención del maltrato en la infancia dirigida a los profesionales de la Salud*, D.G. de Planificación, Formación e Investigación.
- DE PAUL, J.; ARRUBARRENA, M.I. y colab. (1995): *La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Guipúzcoa*, Vitoria, Departamento de Bienestar Social.
- DELGADO, A. (1988): *Síndrome del niño maltratado*, *Pediatría Clínica*, 3: 95-107.
- DUBOWITZ, L. (1990): *Participación del pediatra para prevenir el maltrato infantil*, en *Clínicas Pediátricas de Norteamérica*, 4: 1043-44.
- ELLIOT, B.A. "Respuestas comunitarias a la violencia", *Clínicas de Atención Primaria*, 193, 2: 589-99.
- ERICKSON, M.F. EGELAND, B. (1996): *Child Neglect. The APSAC Handbook on child maltreatment*, 5-15.
- ESCRIBANO, M.J. y HERNÁNDEZ, M.A. (1991): "Síndrome de Munchausen infantil", en *Historias Clínicas en Pediatría* (Barcelona), 104-107.
- FONTANA, V. (1989): *The maltreatment syndrome in children*, en *New England J. Med.*
- GARBARINO, J. y KOSTELNY, K.: "Child maltreatment as a community problem", en *Child Abuse and Neglect*, 16: 445-465.
- GOLDSON, E. (1991): *Las secuelas cognitivas y afectivas del maltrato del niño*, *Pediatrics Clinics of North América*.
- GÓMEZ DE LOS TERREROS, I. (1995): *Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil*, Ed. Comares.
- GÓMEZ DE LOS TERREROS, I. (1990): *Malos tratos infantiles. Guía para la salud infantil en atención Primaria*, Servicio Andaluz de Salud.
- GÓMEZ DE LOS TERREROS, I. (1992): *El maltrato infantil en nuestro medio*, Ed. Labor.
- HART, S.; BRASTARD, M., et al. (1996) *Psychological maltreatment*, en *Handbook on Child Maltreatment*, Ed. Sage.
- HOLTER, J.C.; FREDMAN, S. (1968): *Child abuse: Early case finding in the emergency department*, en *Pediatrics*, 42: 128-138.
- INGLES, A. y otros (1991): *Els maltractaments infantils a Catalunya. Estudi global i balanç de la seva situació actual*, Departamento de Bienestar Social, Generalitat de Catalunya.
- JIMÉNEZ, J.; MORENO, M.C. y colab. *El maltrato infantil en Andalucía*, Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales.
- JOHNSON, C.F. (1990): *Inflicted injury versus accidental injury*, en *Pediatrics Clinics of North America*, 4: 841-64.

- KEMPE, CH.; HELFER, R.E. (1980): *Stress and child abuse in the Battered Child*, University of Chicago Press, 36-104.
- KEMPE, CH.; SILVERMAN, F. N. et al. (1962): *The battered child Syndrome*, en JAMA, 181: 17-24.
- KEMPE, R.S. y KEMPE, CH. (1989): *Niños maltratados*, Ed. Morata.
- LASING, S.A.; BUCHAN, A.R. (1976): *Bilateral injuries in childhood: An alerting sign?*, en British Medical Journal, 2: 940-41.
- LEVITT, C.J. (1990): *Evaluación médica del niño sometido a abuso sexual*, en Clínicas Pediátricas de Norteamérica, 2: 1410-13.
- LÓPEZ LINARES, M. (1986): *Síndrome de Munchausen infantil*, en Anales Españoles de Pediatría, 25 (4): 225-226.
- MARTÍN ÁLVAREZ L. y PEDREIRA, J.L. (1994): *Infancia maltratada. Pediatría Extrahospitalaria*, Ed. Díaz de Santos.
- MARTÍN ÁLVAREZ, L.; PEDREIRA, J.L. (1997): *El pediatra ante el maltrato en la infancia: De la denuncia al tratamiento*, en Anales Españoles de Pediatría, 47: 231.
- MEADOW, R. (1977): *Munchausen Syndrome by proxy. The hinterland of child abuse*, en The Lancet, 2: 343-45.
- MEADOW, R. (1989): *ABC of child abuse*, en British Medical Journal.
- MERTEN, D.F.; CARPENTER, B.L.M. (1990): *Imagen radiográfica de la lesión intencional*, en Clínicas Pediátricas de Norteamérica, 4: 865-73.
- NEWBERGER, E.H. (1990): *Valoración de la entrevista pediátrica en relación con abuso de niños. Desafíos y oportunidades*, en Clínicas Pediátricas de Norteamérica, 4: 95-1002.
- PARADISE, J.E. (1990): *Valoración médica del niño que ha sufrido abuso sexual*, en Clínicas Pediátricas de Norteamérica, 4: 889-95.
- PHILIP, W.; TRACY, A. (1922): *Estrategias de la sala de urgencia en caso de maltrato infantil*, en Clínicas Pediátricas de Norteamérica.
- RAPPLEY, M.; SPEARE, K. (1993): *Evaluación inicial y técnicas para la entrevista en el abuso sexual de niños*, en Clínicas de Atención Primaria, 2: 389-90.
- REECE, R. (1990): *Manifestaciones poco frecuentes del Maltrato infantil*, en Clínicas Pediátricas de Norteamérica, 4: 958-59.
- SALDAÑA, D.; JIMÉNEZ, J. y OLIVA, A. (1995): *El maltrato infantil en España: Un estudio a través de los expedientes de menores*, en Infancia y Aprendizaje, 71: 59-67.
- TARDIEU, A. (1860): *Etude medico-legal sur les sevices et mauvais traitements*, en Publ. Med. Legal. 1860, 13 :361.
- TOULOUKIAN, R.J. (1968): *Abdominal visceral injuries in battered children*, en Pediatrics, 42: 642.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1988): *Study findings: Study of National Incidence and Prevalence of child abuse and neglect*, Washington D.C.
- WILSON, E.F. (1977): *Estimation of the age of cutaneous contusions in child abuse*, en Pediatrics, 60: 750-52.
- WOLFE, TH. (1987): *Child abuse. Implications for child development and psychopathology*, Sage.

M^a Teresa PÉREZ ÁLVAREZ
Departamento de Medicina