

Los pediatras y el síndrome del maltrato infantil

Dr. Jorge Castro Morales

Presidente de la Sociedad Peruana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes.

Jefe del Departamento de Psiquiatría y salud mental Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Cuando KEMPE (1962) describió las fracturas helicoidales en huesos largos de niños que acudían a consulta tardíamente, y presentaban huellas de hematomas y otras lesiones que no podían ser explicadas coherentemente, dió la llamada de alarma sobre un mal que más de cuarenta años después no solamente se ha extendido (o se detecta mejor), sino que constituye una de las formas de violencia que la OMS considera prioritaria en la agenda de todos quienes tenemos responsabilidad en el bienestar y desarrollo sano de los niños. Los pediatras en primer lugar.

Justamente las fracturas (96%) y los hematomas (50%) constituyen las manifestaciones de maltrato físico más frecuentes en una serie recopilada por CARMONA y CASTRO (1993). Pero los más recientes datos de PONCE (1995) y ANICAMA (1999) nos invitan a reflexionar seriamente acerca del porqué de la prevalencia de estos fenómenos en nuestra sociedad.

La primera indica que en una población de estudiantes secundarios de Lima Metropolitana, el 52.3% sufría alguna forma de maltrato físico (fuego, calor, corrosivos, golpes con objetos punzo-cortantes, con los pies, manos y codos; privación prolongada de libertad o escenificación sadista). Estas dos últimas formas, claramente relacionadas con maltrato emocional, de lo que nos ocuparemos más adelante.

Anicama, por su parte y en un estudio epidemiológico realizado también en Lima Metropolitana, refiere que el 36.2% de los padres admiten maltratar psicológicamente a sus hijos; el 43.2% acepta haberlos maltratado físicamente y que el 16.2% de mujeres encuestadas confiesa ser víctima de violencia por parte de su cónyuge. Lo interesante es que ante esta pregunta, el 23.9% prefirieron no responder.

Como todos sabemos, el silencio es el mejor aliado para la perpetuación de estas conductas y la primera dificultad cuando se trata de desentrañar el trasfondo del sufrimiento en esas caritas infelices que nos visitan. De nuestro lado, el de los médicos que atendemos esta seria patología social con repercusiones médicas y psiquiátricas irrefrenables, se cierne la espada de Damocles del sistema de prestaciones deshumanizado

en que laboramos, al que se añade la otra amenaza que significa denunciar, como debiera ser de acuerdo a Ley, al maltratador. Para decirlo en pocas palabras, si procediéramos a denunciar todos los casos que conocemos, probablemente nos ocurriría que acabásemos siendo maltratados por nuestro corrupto e ineficiente aparato policial-judicial.

Afortunadamente, existen alternativas que se vienen ensayando en países europeos (no así en EEUU, donde el asunto se ha judicializado en extremo) para desjudicializar el abordaje del maltrato infantil y el tratamiento del maltratador. Las experiencias de la Universidad Católica de Lovaina son paradigmáticas al respecto⁽²⁾ y podrían ayudarnos a diseñar programas de abordaje realmente significativos y no modelos parciales de atención, como ocurre con la mayor parte de los Módulos de Atención del Maltrato Infantil en Salud (MAMIS), con la excepción del que funciona en el Hospital Cayetano Heredia, hasta donde llega mi conocimiento.

En la misma serie revisada por Carmona y Castro, se resalta que de las cuatro formas reconocidas de maltrato infantil (abandono o negligencia, abuso físico, maltrato emocional y abuso sexual), la más frecuente, largamente, es el abandono o la negligencia.

Este es otro nivel de intervención en que la actividad preventivo-promocional del pediatra puede resultar de inmensa ayuda. Se sabe que las cartillas de control de crecimiento contienen algunas pautas de orientación a las madres respecto a los hitos importantes en el desarrollo motor, la maduración emocional de sus hijos y su aprestamiento cognitivo, pero es necesario que, cuando menos en forma selectiva, se apliquen los instrumentos que se diseñaron en la época en que existían los satanizados programas verticales (que algo bueno produjeron, con el apoyo técnico chileno) y, si fuera posible, que esas cartillas de crecimiento se adaptaran al modelo que actualmente aplica la seguridad social española.

Aquí surge el otro obstáculo en la atención masiva de niños en los centros asistenciales públicos: el tiempo que se puede dedicar a cada caso. Naturalmente, no

se pretende que el pediatra examine al niño, converse con la madre, tome pruebas psicológicas y atienda las demandas judiciales. Pero modelos de intervención interdisciplinarios, con asignación definida de roles, podrían contribuir a una aproximación holística de un problema como el maltrato infantil, que si se reduce a un solo aspecto de su expresión (la curación de la herida en Emergencia), no hará otra cosa que repetirse y producir graves secuelas, de todo orden, en la salud futura de ese niño.

Estudios realizados acerca de la prevalencia de abuso sexual en diferentes cohortes, revelan que los abusadores fueron a su vez abusados cuando eran pequeños. Esto es, que cierran un ciclo histórico de repetición del abuso que tiende a perpetuarse.

Se puede comprender fácilmente que tal círculo vicioso solo puede incrementar los factores de riesgo para la salud integral de las niñas, niños y adolescentes. Como es conocido, las necesidades básicas de satisfacción de las funciones vitales fundamentales (nutrición y abrigo, entre otras), la protección mediante una adecuada vinculación, la seguridad a través de un entorno hogareño/escolar en que se brinden estímulos positivos, el reconocimiento de los demás y nuestro propio reconocimiento gracias a una autoestima que estimule la superación de las dificultades que se puedan presentar en la vida (y aquí es de decisiva correlación la fortaleza que nos otorga la resiliencia, sobre todo en ambientes cadenciados); todo ello y otros factores de protección como son la oportuna intervención de los servicios preventivo-promocionales y la movilización de la comunidad, contribuirán a la autorrealización de personas sanas y dispuestas a convivir en un marco social de respeto por el otro.

Otros estudios, más en la vertiente biológica del

problema, señalan que al compararse un grupo de niños escolares que habían sido víctimas de maltrato infantil en sus años pre-escolares, con otro que no lo habían sido, el dosaje de Dopamina B Hidroxilasa indicaba menores tasas de esta enzima en los niños con antecedente de maltrato, en contraposición de quienes no habían sufrido esa injuria y presentaban tasas normales. La importancia de esta enzima estriba en que permite la descomposición de Dopamina en Nor-Adrenalina, el neurotransmisor responsable (junto con otros mediadores químicos) de nuestra autoestima.

Los problemas sociales que derivan de la exclusión, la pobreza y el hacinamiento son caldo de cultivo de conductas patológicas que interactúan y producen profundas cicatrices en los cuerpos y las almas de nuestros niños. Como ciudadanos y profesionales responsables de lo más precioso de nuestra salud, no podemos hacernos de lado y pretender que un tema de la magnitud del expuesto no nos concierne. Por todo lo ya señalado, nuestra contribución ciudadana y profesional, además del compromiso afectivo que nos invitó a dedicarnos al cuidado de la salud de los niños, es de vital importancia en el combate contra este mal que se cierne como uno de los más amenazantes para la salud de los niños tanto a escala global cuanto como una de las tantas manifestaciones de la descomposición del tejido social en el Perú de los albores de un nuevo milenio, llamado a superar de una vez por todas esos comportamientos que tanto nos acercan al reptil que anida en nuestro paleoencéfalo, renunciando así a la aspiración noble de ser humanos en formación.

Esperamos que este breve artículo contribuya a estimular la inquietud acerca de este problema e incentive a todos quienes están comprometidos por el mismo a tomar las decisiones acordes a su significado y proyecciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. ANICAMA, J.; VIZCARDO, S.; CARRASCO, J. Y MAYORGA, E. (1999), Estudio epidemiológico sobre la violencia y comportamientos asociados en Lima Metropolitana y Callao, Oficina General de Epidemiología, Ministerio de Salud, Lima.
2. CARMONA, J. y CASTRO, J. (1993) Acerca del Síndrome del Niño Maltratado, Rev. Neuropsiquiatría 56: 99-105.
3. KEMPE, C.H.; SIVERMAN, F.L.; STEELE, B.F. et al (1962), The Battered Child Syndrome, JAMA 181: 17-24.
4. PONCE GARCÍA, S. (1995) Estudio epidemiológico sobre maltrato infantil en la población escolarizada de Lima Metropolitana y Callao, CEDRO, Lima.