

Mesa Redonda: Pediatría Social

Maltrato infantil y pediatría social

J.A. DÍAZ HUERTAS

Hospital Niño Jesús. Madrid

Superadas épocas en que la elevada mortalidad infantil y el desarrollo de infraestructuras sanitarias marcaban la atención pediátrica en España, en la actualidad destacan la importancia de los problemas psicosociales frente a los problemas clínicos tradicionales y el modelo de asistencia sanitaria a la salud infantil en que los aspectos pediátricos sociales deberían tener una especial relevancia y, por lo tanto, la pediatría social y los temas relacionados con ella estar contemplados de una manera especial en la formación de los residentes de pediatría.

Destacamos el problema del maltrato infantil que, por una parte, requiere de un mayor interés pediátrico y político y, por otra, abordarse desde un concepto más amplio y desde una perspectiva psicosocial y comunitaria.

La experiencia de la Comunidad de Madrid a través de los Programas de Atención al Maltrato Infantil y del Programa de Pediatría Social pueden servir de elementos que contribuyan a la reflexión acerca de estos temas.

IMPORTANCIA DE LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES EN SALUD INFANTIL

Los indicadores sociosanitarios nos sitúan entre los países en que los niños tienen las más altas tasas de salud y en el que se ha desarrollado uno de los mejores sistemas de atención sanitaria, por su organización y por sus recursos humanos y tecnológicos⁽¹⁾.

Sin embargo, cada vez existe una mayor demanda por problemas médicos con implicaciones psicosociales que sufren un incremento frente a los problemas de salud infantil “tradicionales⁽²⁾, como se pone de manifiesto en diferentes informes⁽³⁾ que fueron objeto de discusión en la fase de elaboración del Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia⁽⁴⁾.

El Plan para los años 2006-2009 elaborado por el Observatorio de la Infancia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y aprobado por el Consejo de Ministros celebrado el 16 de junio de 2006, recoge en el Objetivo estratégico 9 los aspectos relacionados directamente con la salud que establece como objetivo:

“Fomentar el desarrollo de intervenciones de prevención, promoción y protección de la salud dirigidas a la infancia y adolescencia, de prevención de accidentes y otras causas generadoras de discapacidad, incluyendo aspectos de educación afectivo-sexual y educación para el consumo responsable y prestando una atención especial al diagnóstico y tratamiento de las deficiencias y a la salud mental de la infancia y adolescencia”.

Este objetivo se desarrolla a través de 13 medidas, entre ellas, potenciar la red de escuelas promotoras de la salud; promover el desarrollo de medidas de promoción y de protección de la salud de los menores; *desarrollar actuaciones de prevención y promoción de la salud dirigidas a grupos espe-*

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

cialmente vulnerables, destacando la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y la discapacidad; fomentar una alimentación saludable y la práctica regular de actividad física, en prevención de la obesidad infantil; mejorar los servicios de salud mental y de orientación psicológica para los adolescentes, con especial atención a aquellos objeto de intervención por los servicios de protección: impulsar acciones para la prevención de la espina bífida y la erradicación de los trastornos de déficit de yodo, que impida las graves consecuencias que esta carencia produce en los niños; promover el desarrollo de medidas dirigidas a la educación para el consumo de los menores, promoviendo la reflexión y el consumo responsable; y la prevención de deficiencias en el embarazo.

Estas 13 medidas se concretan en 18 acciones en las que se identifican las instituciones responsables de su ejecución.

IMPORTANCIA DE LA PEDIATRÍA SOCIAL REFERIDA AL MALTRATO INFANTIL EN LA FORMACIÓN DE RESIDENTES

Uno de los aspectos a considerar es la importancia en la formación de los pediatras en temas relacionados con la pediatría social y, concretamente, en el diagnóstico y tratamiento del maltrato y del abuso sexual infantil.

En Canadá⁽⁵⁾ en el año 2002 se realizó una investigación sobre la experiencia, adecuación percibida sobre la formación y competencia sobre protección infantil en médicos residentes en pediatría. Se remitieron cuestionarios a los directores de programas de protección infantil (DPPI), a los directores de programas pediátricos (DPP) y a los residentes de pediatría. Se obtuvieron respuestas de 15 de los 16 DPPI, de todos los DPP y de 190 de los 348 (54,6%) residentes. Todos los programas proporcionaron sesiones didácticas de enseñanza.

Solo tres programas tuvieron rotaciones clínicas obligatorias, 9 programas ofrecieron optativas clínicas y 7 no ofrecieron ninguna experiencia clínica efectiva sobre protección infantil; la mitad de los residentes habían visto 5 casos o menos de maltrato, una mayoría de los residentes y los directores de programa valoraron la formación como "algo adecuada, necesita mejorar", con una significativa minoría que la valoró como "pobre e inadecuada"; la autovaloración de los residentes con respecto a su competencia estaba positi-

vamente asociada con el número de años de formación y con el número de casos de maltrato que habían visto, y, por último, casi todos los residentes (925) mostraron su creencia de que necesitan más formación en protección infantil, incluyendo al 85% de los residentes. Algunos de los residentes no anticipan que vayan a trabajar como pediatras en casos de protección infantil.

Un artículo publicado en 1988 recoge los resultados de una encuesta realizada a médicos residentes de pediatría, urgencias y medicina familiar acerca del maltrato infantil, respondieron 161 (84%) de ellos, 87 pediatras. El 58% de estos afirmaba haber tenido cinco o más horas de instrucción y un 16,6% más de 15 horas sobre maltrato infantil, por lo tanto, el 25% habrían recibido menos de 5 horas⁽⁶⁾.

En una encuesta realizada en EE.UU. en 1985 a residentes de pediatría referente a su formación en abuso sexual durante su período de formación especializada respondieron 167 (72%), que afirmaron que la media fue de 8 horas en el primer y tercer año y 9 horas en el segundo, solo 17 de ellos refirieron haber participado en un programa específico. En cualquier caso, consideraban insuficiente su formación en este problema⁽⁷⁾.

Otra encuesta realizada en 1993 a 113 médicos que estaban participando en un programa nacional sobre evaluaciones de casos de maltrato infantil, apreció distintas áreas en que tenían conocimientos inadecuados con porcentajes de respuestas correctas referentes a la evaluación de la infección por *Chlamydia* del 54%, los estadios de Tanner 61%, la valoración de los hallazgos en la exploración clínica del himen 67%..., correspondiendo los mejores resultados a aquellos que participaban en programas de formación continuada⁽⁸⁾.

Otro estudio más reciente se recibieron respuestas 145 (71%) de 203 solicitadas a los jefes de residentes del programa de acreditación en pediatría en Estados Unidos 2004-2005, que informaron que el 41% el programa rotación obligatoria en maltrato infantil, 57% ofrecían rotaciones electivas y 25% no tenían ofertas de rotación en esta área. La valoración del grado de formación en este tema era: 12% muy buena, 54% buena, 28% suficiente y 6% insuficiente⁽⁹⁾.

Diferentes estudios en la década de 1980 evidenciaron que el desconocimiento de los pediatras de aspectos de la anatomía de los preadolescentes, de la asociación de enfer-

medades venéreas al abuso y el hecho de no incluir el examen del aparato genital de forma rutinaria en las revisiones médicas, disminuye el reconocimiento y la notificación de casos de abuso sexual infantil⁽¹⁰⁾.

En 1996 se realizó un estudio⁽¹¹⁾ similar a otro realizado en 1986⁽¹²⁾, mediante una encuesta a pediatras, médicos de familia y de urgencias y se compraron los datos de ambos estudios. Referente a los conocimientos adecuados sobre enfermedades de transmisión sexual y el abuso sexual, mientras en el primero era del 8% en el segundo era de 12,7%, y referente a la identificación en fotografía de la anatomía del aparato genital femenino en el primero el 59,1% reconocían correctamente el himen y el 78,4% la uretra en el segundo, diez años después, el 61,7% el himen y 72,4% la uretra.

Por lo tanto, y a pesar de una mejoría, no se apreciaron diferencias significativas diez años después sobre los conocimientos de los médicos sobre este problema.

Otras investigaciones consideran que los médicos de los servicios de urgencias deberían de tener formación específica en los hallazgos en las exploraciones en los casos de abusos sexuales, ya que en la práctica se encuentran discrepancias en los diagnósticos entre profesionales con experiencia en maltrato infantil y aquellos que no la tienen⁽¹³⁾.

En Estados Unidos de América se plantea la subespecialidad pediátrica en maltrato infantil estimándose la necesidades en esta especialidad en, al menos, un pediatra por un millón de habitantes, así como centros para la formación en esta especialidad⁽¹⁴⁾. Referente a nuestro país desconocemos estadísticas semejantes.

El programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus áreas específicas contempla la formación en pediatría social, si bien quizás en la práctica su desarrollo puede que no se este realizando de forma adecuada a las necesidades en salud de la infancia y su atención y sin ser recibida en centros especializados o con especialización que se dedican a la atención a los temas según se establece en el **programa oficial**.

AVANZAR EN EL CONCEPTO Y ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL

El concepto de maltrato infantil que inicialmente solo hacia referencia al maltrato físico, síndrome del niño apa-

leado⁽¹⁶⁾, ha ido evolucionando contemplando otras formas y, en la actualidad se requiere una visión del maltrato desde el buen trato a la infancia, desde la atención al niño desde sus necesidades⁽¹⁸⁾ y la diversidad.

La Organización Mundial de la Salud viene considerando la violencia, el maltrato infantil, como una prioridad en salud y desde la Asamblea Mundial celebrada el año 1996 viene insistiendo en la necesidad de desarrollar actividades para su prevención y atención.

Podemos destacar el extenso Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud presentado en 2002 para abordar la violencia como un grave problema de salud pública⁽¹⁹⁾, elaboró una guía para implementar acciones para la prevención del maltrato infantil⁽²⁰⁾ y, este año, 2007 ha publicado un documento en que destaca el papel de liderazgo que los Ministerios de Salud deben tener en la prevención de la violencia y los accidentes⁽²¹⁾.

Por tanto, y sin hacer un análisis exhaustivo, el maltrato infantil esta considerado a nivel mundial y en nuestro país, como un problema que requiere respuestas en consonancia con la gravedad del mismo y en el contexto de nuestra sociedad actual. Por ello, desde nuestra experiencia, debemos considerar al maltrato infantil como:

- Una prioridad para las diferentes administraciones, en la que los pediatras y sus sociedades debemos tener una mayor implicación: no podemos ignorar la importancia epidemiológica de este problema en nuestro país.
- Una situación en que un niño y su familia necesitan de ayuda que debe proporcionar el ámbito sanitario, junto con los servicios sociales fundamentalmente y, por tanto, cambiar el concepto superando el contemplar solo sus aspecto clínicos⁽²²⁾ considerando las situaciones de riesgo como, entre otras, la discapacidad⁽²³⁾, la pobreza⁽²⁴⁾, etc.
- Un aspecto básico en la formación de los pediatras que debe incluir los aspectos psicosociales y legales.

EXPERIENCIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID. OBSERVATORIO INFANCIA

La Comunidad de Madrid inicio en 1998 el Programa de Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario⁽²⁵⁾,

que estableció un sistema de notificación y registro de casos de maltrato detectados desde este ámbito. Además, este Programa ha desarrollado diferentes actividades para otras áreas sanitarias como, enfermería, salud mental, urgencias medicas extrahospitalarias, ..., y ha considerado de forma específica otros problemas, como el abuso sexual infantil o la prevención desde la detección de riesgo social en la embarazada y el recién nacido.

El registro de casos de maltrato infantil detectados desde el ámbito sanitario comenzó el 1 de enero de 1999 y se está mostrando como una herramienta útil, que permite la comunicación a los trabajadores sociales y tener un conocimiento epidemiológico del problema. En sus ocho primeros años, hasta el 31 de diciembre de 2006, se han recibido 3.131.

El Observatorio de la Infancia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales aprobó el 12 de diciembre de 2001 un sistema de detección, notificación y registro de casos de maltrato infantil⁽²⁸⁾ para el ámbito sanitario, servicios sociales, educación y policía, existiendo en la actualidad algunas experiencias de Comunidades Autónomas de su implantación.

Por otra parte, el Hospital Universitario Niño Jesús y el Instituto Madrileño del Menor y la Familia están llevando a cabo desde 2003 un Programa de Pediatría Social en el que se desarrollan diferentes actividades asistenciales (niños de origen extranjero y procedentes de adopción internacional⁽²⁷⁾, maltrato infantil, etc.) y otras como:

- **Un programa** de rotación de residentes en pediatría que conlleva la estancia en la Unidad de Pediatría Social del Hospital, en Centros de Acogida de la Comunidad de Madrid, y dentro del Programa de Niño de Riesgo en Centros Municipales del Salud del Ayuntamiento de Madrid.
- **Un convenio** de colaboración con el Consejo de General del Poder Judicial que conlleva la celebración de Encuentros de jueces y médicos sobre problemas legales. Este año se celebrará la cuarta edición, y la rotación de jueces y fiscales en el Hospital.

CONCLUSIÓN

El maltrato infantil y la pediatría social son áreas de atención a la salud infantil que deberían tener un mayor desa-

rollo en los próximos años, desde el cuidado a los niños según sus necesidades y, entre esto, el maltrato infantil, que debería contemplarse de forma especial en la atención pediátrica y en la formación de pediatras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Durán A, Lara JL, Van Waveren M. Spain Health System. Health Systems in Transition. 2006;8. Disponible en <http://www.euro.who.int/Document/E89491.pdf>
2. Informe Salud, Infancia Adolescencia y Sociedad SIAS 4. Sociedad de Pediatría Social 2005.
3. Díaz Huertas JA, Vall Combelles O, Ruiz Díaz MA. Informe técnico sobre los problemas sociales y de salud de la infancia en España. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
4. <http://www.mtas.es/inicioas/observatoriodeinfancia/novedades/PLAN.pdf>
5. Ward MGK, Bennett S, Plint AC, King WJ et al. Child protection: a neglected area of pediatric residency training. *Child Abuse Negl* 2004; 28: 1113-22.
6. Woolf A, Taylor L, Melnicoe L, Andolsek K. What residents know about child abuse. *AJDC*, 1988; 142: 668-72.
7. Dubowitz H. Child abuse programs and pediatric residency training. *Pediatrics* 1988; 82: 477- 80.
8. Socolar R. Physician knowledge of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1996; 20: 783-90.
9. Narayan AP, Socolar RR, St Claire K. Pediatric residency Training in child abuse and neglect in the United States. *Pediatrics* 2006; 117:2215-21.
10. Balk SJ, Dreyfus NG, Harris P. Examination of genitalia in children: "The remaining taboo". *Pediatrics* 1982; 70: 751-3.
11. Lentsch KA, Jonhson CF. Do physicians have adequate knowledge of child sexual abuse? The results of two surveys of practicing physicians, 1986 and 1996. *Child Maltreatment*, 2000; 5: 72-8.
12. Ladson S, Felzen C, Doty RE. Do physicians recognize sexual abuse. *AJDC* 1987; 141: 411-5.
13. Makaroff K, Brauley JL, Brander AM, Myers PA, Shapiro RA. Genital examinations alleged sexual abuse of prepubertal girls: findings by emergency medicine physicians compared with child abuse trained physicians. *Child Abuse Negl* 2002; 26: 1235-1242.
14. Block RW, Palusci VJ. Child Abuse Pediatrics: A new pediatric subspecialty. *The Journal of Pediatrics* 2006; 148: 711-2.
15. Orden SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas específicas.
16. Kempe CH, Silverman FN, Steele B, Droegmueller W, Silver HK. The battered child syndrome. *JAMA* 1962; 181: 17-24.

17. Martínez Roig A. El buen trato en el ámbito sanitario. En Redondo E (coord.) Maltrato institucional. Diputación Foral de Álava 1994: 35-44.
18. López F, López B, Fuertes J et al. Necesidades de la infancia y protección infantil. Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores. Ministerio de Asuntos Sociales, 1995.
19. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
20. WHO-ISPCAN. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO; 2006.
21. Butchart A, Phinney A, Krug A, Meddings D, Peden M, Sminkey L. Preventing injuries and violence. A guide for Ministries of Health. Geneva: World Health Organization; 2007.p. 15-8.
22. Martínez González MC. El maltrato infantil en el niño aparentemente sano. En: Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez C. Niños maltratados. Díaz de Santos. 1997
23. Díaz Huertas JA, Campo Barasoain A, Díaz Ayuga V. En: Díaz Huertas JA, Ruiz M, Ruiz V. Infancia y discapacidad. Sociedad de Pediatría Social. 2007. p. 65-76.
24. Díaz Huertas JA, Campos A. Pobreza y exclusión en la infancia. En Díaz Huertas JA, Soriano J, Ruiz M, Aguayo P (dir) Calidad, equidad y género en la atención integral a la salud infantil. Informe SIAS 5. Sociedad de Pediatría Social. 2007 (en prensa)
25. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, Ruiz M, Esteban J. Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Instituto Madrileño del Menor y la Familia, 1998.
26. Díaz Huertas JA, Esteban J, Romeu FJ, Puyo C et al. Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2001. Disponible en: <http://www.mtas.es/inicioas/observatoriodeinfancia/documentos/HojasDeteccion.pdf>
27. García Pérez J, Lirio J, Díaz Huertas JA. Adopción Internacional. Guía para padres. Instituto Madrileño del Menor y la Familia, 2005.