

# El Maltrato Infantil desde la bioética: El sistema de salud y su labor asistencial ante el maltrato infantil, ¿qué hacer?

COMITÉ DE MALTRATO INFANTIL SOCIEDAD CHILENA DE PEDIATRÍA

## ABSTRACT

### **Child Abuse from bioethics perspective: the health system and its work in child abuse. What to do?**

The bioethics thoughts of this article are guided to Child Abuse in general, not only to severe abuse and sexual abuse; it is directed to the most frequent form of abuse that occurs inside the family. In the first part of this article, an analysis of facts is performed, checking over epidemiologic and clinical relevant information of child abuse. In the second part, the analysis is based on values, difficulties in defining child abuse and the reasons why it should be managed as a health problem. In the last part, the discussion is maintained from an ethics perspective, regarding the problems in the attention of abused children and their families. The committee of child abuse presents a proposal for organization of health work in this subject. (**Key words:** child abuse, bioethics in abuse).

Rev Chil Pediatr 2007; 78 (Supl 1): 85-95

## RESUMEN

La reflexión bioética de este artículo está orientada al Maltrato Infantil (MI) en general, abarcando lo que es común a todas las formas y no en particular al maltrato severo y al abuso sexual. Por ser lo más frecuente, nos orientamos al maltrato que se produce en el medio intrafamiliar. En la primera parte de este artículo se hará un análisis de hechos, revisando la información epidemiológica y de relevancia clínica en el MI. En la segunda parte, se hace un análisis valórico sobre las dificultades de definir el MI y sobre los fundamentos para tratarlo como un problema de salud. En la tercera parte, se discute desde una perspectiva ética, los dilemas que surgen en la atención de los niños maltratados y sus familias. Finalmente se presenta una propuesta, una visión que tiene el comité de maltrato para organizar la labor asistencial de salud.

(**Palabras clave:** Maltrato infantil, bioética en maltrato).

Rev Chil Pediatr 2007; 78 (Supl 1): 85-95

## Introducción

Cuando los profesionales de salud piensan en el maltrato infantil (MI), recuerdan los casos graves de niños lastimados que consultan en los

servicios de urgencia o que aparecen en los medios de comunicación y causan conmoción pública. Aunque la gran mayoría de los niños que reciben malos tratos no llegan a estos escenarios extremos, todos requieren ayuda sanita-

ría para modificar las interacciones violentas que los afectan y así evitar que sean dañados.

Hoy día en Chile, avanzamos en una mejor comprensión de la infancia y deseamos respetar y cuidar más a los niños, tanto a nivel familiar como social. Desgraciadamente, no resulta fácil saber con seguridad qué son los buenos y los malos tratos a los niños ya que ello implica conjugar acuerdos universales, como es la Declaración de los Derechos del Niño, visiones profesionales y construcciones legales de acuerdo a nuestra historia, costumbres y valores culturales.

Como es propio de nuestra manera de ser, en estos años nos hemos dedicado a enfrentar el MI preferentemente con medidas judiciales. Parece que nos gusta pensar que los problemas de convivencia humana se deben regular en los tribunales. Pareciera que desconocemos que los problemas psicosociales complejos requieren soluciones complejas, que incluyan la participación ciudadana, las acciones de salud y los cambios socioeconómicos.

Ciertamente hoy contamos con mejores posibilidades de frenar y castigar judicialmente la violencia extrema, pero debemos enriquecer las alternativas de ayuda y transmitir esta idea a las políticas públicas.

La reflexión bioética de este artículo está orientada al MI en general, abarcando lo que es común a todas las formas y no en particular al maltrato severo y al abuso sexual. Por ser lo más frecuente, me orientaré al maltrato que se produce en el medio intrafamiliar, aunque pueden aplicarse algunas ideas a otros ambientes donde viven los niños.

## Los hechos

### *Información epidemiológica*

Han sido numerosas las publicaciones que han intentado cuantificar el MI en Chile y en el extranjero. Lo primero que destaca al revisarlas, es la disparidad en los resultados.

La prevalencia y la incidencia es variable según la definición del maltrato y el lugar donde es detectado. En Chile hay cifras de niños maltratados tan extremas como el 5% (Ministerio de Salud) y el 75% (UNICEF). Datos del

Reino Unido y de Estados Unidos muestran que 1 de cada 1 000 niños menores de 15 años, recibe maltrato físico o abandono severo. En estos países, las cifras para el resto de los maltratos son tan variables como en nuestro país.

Existe la idea entre los médicos, que el MI es un motivo creciente de consulta en Chile, directo o indirecto, tanto en los servicios de urgencia como en la atención primaria. Esto concuerda con el enorme aumento de las cifras en los últimos años, que puede relacionarse con una mayor sensibilidad y denuncia, más que con un aumento real de la prevalencia. En el Servicio de Urgencia del Hospital Roberto del Río de Santiago, se diagnosticaron 8 casos en 1990 y 300 en 1992. Existe un trabajo en Estados Unidos que muestra que el 10% de las personas consideraban el maltrato un problema serio en 1976, cifra que se eleva a un 90% en 1993.

Hay que mencionar que los trabajos de investigación estudian conductas y no patrones de comportamiento o interacciones, siendo difícil saber si los resultados se refieren efectivamente a MI.

Se estima que la edad promedio es de 7 años y que sería más común la violencia en contra de los hijos hombres.

### *Análisis del estudio de la UNICEF 2006*

Recientemente UNICEF ha publicado el Tercer Estudio de Maltrato Infantil para Chile. Vale la pena revisar sus resultados para comprender mejor las dificultades que se encuentran en la elaboración de información para cuantificar el MI (el informe se encuentra en [www.unicef.cl](http://www.unicef.cl)).

UNICEF dice que los objetivos del estudio son tres: conocer la prevalencia, las características del MI y los factores de riesgo asociados a la violencia contra los niños y niñas en el espacio familiar. Además, UNICEF compara los resultados con sus estudios similares publicados los años 1994, 2000 y 2006.

La información del trabajo se obtuvo por medio de un cuestionario de auto aplicación, que contestaron 1525 niños y niñas de octavo básico, en colegios municipales, particulares subvencionados y particulares pagados, perte-

necientes a las Regiones IV, V, VIII, IX, X y Metropolitana. Se trató de un estudio cuantitativo que consultó por conductas específicas y se hizo por medio de preguntas abiertas y cerradas.

### La violencia hacia los niños y niñas

Se escogieron 3 categorías de violencia: psicológica, física leve y física grave. Estas fueron definidas en base a una lista de conductas (figura 1).

En realidad este estudio no mide directamente maltrato si no más bien conductas consideradas como violentas. Al leer las categorías surge la duda de cómo se establecieron los tipos de violencia y las categorías de conductas. ¿Es posible definir tipos de violencia por conductas como “hacer burla frente a terceros” o “dar palmadas”? Más adelante revisaremos el tema de la violencia, sin embargo, es pertinente decir aquí, que tratar de definir la violencia requiere de una valoración moral de la convivencia social y familiar, donde el logro de criterios de consenso requiere un arduo trabajo de debate. Menos claros pueden ser estos datos, si se piensa que no se distingue entre conductas únicas o repetidas y que carecen de un contexto interaccional. Tampoco se considera la percepción y el significado que los niños y sus padres hacen de las hipotéticas conductas maltratantes.

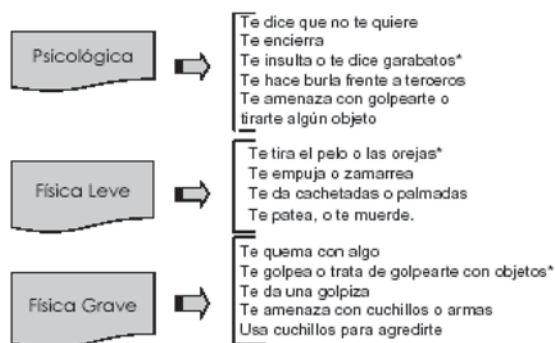
UNICEF asegura que la violencia hacia los niños sigue siendo un grave problema en Chile. Sería un 75,3% de los niños y niñas entrevistados los que reciben algún tipo de violencia de

parte de sus padres, repartiéndose un cuarto del total para cada uno de los 3 tipos de violencia y otro cuarto para los “sin violencia” (figura 2). Existe un serio error de interpretación de resultados al sumar los porcentajes de los 3 tipos de violencia, ya que pueden haber niños que sufren simultáneamente más de un tipo.

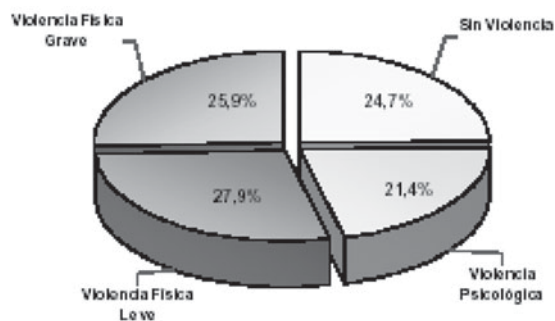
¿Qué significa esta cifra? Si estas formas de violencia son siempre un problema de salud, es posible que estemos ante la epidemia infantil más importante de nuestra historia. El porcentaje de niños violentados debe ser elevado, pero seguramente no del orden del 75%. Las conductas encuestadas no necesariamente son violentas, así como cualquier conducta violenta no siempre equivale a un MI. Es posible que las conductas escogidas no correspondan a MI y que incluso el instrumento esté mal construido.

Si las conductas violentas del estudio son un delito, estaríamos ante una explosión criminal enorme. Tendríamos que actuar policialmente o judicialmente sobre la mayoría de las familias chilenas o al menos, castigar a los responsables del 25,9% de las violencias graves.

Puede ser que este tipo de estudios pretendan sensibilizar y movilizar a la sociedad. Sin embargo, un estudio serio requiere de mayor precisión, con una comprensión psicosocial mejor desarrollada. Necesitamos investigar con definiciones más claras, que sean de consenso y que consideren la ética de mínimos y máximos en relación a lo que se considera MI.



**Figura 1.** Definición de los diferentes tipos de violencia. Fuente: UNICEF.



**Figura 2.** Frecuencia de la violencia hacia los niños y niñas, 2006. Un 75,3% de los niños y niñas recibe algún tipo de violencia. Un 24,7% de los niños y niñas no recibe ningún tipo de violencia. Un 53,8% recibe algún tipo de violencia física. Un 25,9% recibe violencia física grave. Fuente: UNICEF.

Tenemos que ser más críticos en el examen de los resultados y en la utilidad de ellos. No me parece aceptable que las cifras expuestas por UNICEF se publiquen tan fácilmente y que se corra el riesgo de producir el efecto inverso de desensibilizar a las personas ante cifras abrumadoras y poco discriminadoras.

### **Las distintas manifestaciones de violencia**

El estudio dice arbitrariamente que la violencia psicológica, consistiría en el uso de groserías y burlas y en hacer amenazas de rechazo o de castigo físico. Esta violencia habría aumentado en Chile entre un 14,5% en 1994 y un 21,4% en el año 2006. En el caso de la violencia física leve, las cifras permanecen en los últimos años alrededor del 28%.

La reflexión moral tiene especial importancia al determinar los criterios clasificatorios, así por ejemplo, en una sociedad donde muchos aceptan el uso del castigo físico como un método válido de crianza, es complejo establecer cuando los golpes se transforman en una violencia.

Las conductas que definen para la UNICEF la violencia física grave, pueden ser más indicadoras de maltrato. De todas formas, no me queda claro el significado de "golpiza" y de "golpear con objetos". La comparación muestra un descenso claro a lo largo de los años (del 34,2% a un 25,9%).

No he podido tener acceso al cuestionario utilizado por UNICEF, pero desearía tener una mejor información de como se construyeron las preguntas y si se evaluó la confiabilidad de las preguntas al ser aplicadas a adolescentes de octavo básico.

### ***Los factores de riesgo asociados a la violencia hacia los niños y niñas en el espacio familiar***

Lo más interesante del trabajo de UNICEF, son las cifras que se refieren al ambiente familiar donde se generan las conductas violentas. Existe una gran asociación con la presencia de violencia entre los padres, con el mayor número de hijos, con la menor preocupación de los

padres por la alimentación, la salud y el estudio de sus hijos, con la ingesta de alcohol de ambos padres y con el bajo nivel de escolaridad de la madre. La influencia de estos factores coincide con lo publicado en otras investigaciones.

La baja en el rendimiento escolar, el uso de fármacos para resolver este problema y las dificultades en las relaciones interpersonales que presentan con mayor frecuencia los niños que sufren violencia, pueden ser causa o efecto.

El estudio muestra una mayor aprobación en el uso del castigo físico en aquellos niños que acusan violencia física grave. Podría ser que los jóvenes más violentados acepten más estas conductas en sus padres. Claro que también, estos jóvenes podrían reportarlas menos, valorándolas como poco maltratadoras.

En las conclusiones finales, UNICEF advierte que la violencia física grave estaría disminuyendo y pone énfasis en la necesidad de trabajar con las formas menores de violencia. Ahí lo importante sería el apoyo a las familias y priorizar la inversión en prevención.

### **Información de relevancia clínica**

El maltrato infantil tiene importancia como problema de salud y especialmente de salud mental, por tener 3 tipos de consecuencias:

1. Consecuencias inmediatas, por el daño físico, por el estado de crisis personal y por el sufrimiento emocional. Depende del tipo, la intensidad, la frecuencia y el contexto del maltrato.
2. Consecuencias a mediano plazo, por la recuperación de algunos daños físicos, por la aparición de reacciones y enfermedades emocionales, por la desadaptación escolar y familiar y por la crisis que se produce como consecuencia de la denuncia y de las acciones públicas.
3. Consecuencias a largo plazo, por las secuelas y discapacidades físicas permanentes y especialmente, por los efectos en la estructuración de la personalidad de las víctimas y que compromete los patrones relacionales humanos y familiares. Como consecuencia del MI severo, incluido el abuso infantil, con

**Tabla 1. Problemas de salud mental que se han asociado al maltrato infantil**

Trastorno depresivo
Trastornos Ansiosos
Conducta suicida
Trastornos de alimentación
Trastornos psico-orgánicos por secuelas neurológicas
Trastorno disocial y delincuencia
Violencia
Conducta sexual inadecuada
Abuso de drogas
Trastorno de personalidad

frecuencia aparecen trastornos psiquiátricos prolongados y de difícil manejo y problemas psico-sociales como puede ser la conducta suicida (tabla 1).

Las acciones de reparación realizadas por los servicios de salud y a veces ordenadas por el sistema judicial, suelen realizarse al comienzo del descubrimiento del MI. Se trabaja cada vez más en las consecuencias inmediatas y a veces en las mediatas. Desgraciadamente, los problemas que aparecen meses y años después y que conciernen al impacto en la personalidad y en el patrón relacional, no son vigilados ni tratados. Las consecuencias a largo plazo representan quizás, el daño social más importante.

## El análisis valórico

### *El problema de la definición*

El concepto de infancia maltratada incluye una gran variedad de situaciones, que pueden ir desde el niño apaleado hasta las más sutiles violencias psicológicas. Puede tratarse de acciones o de omisiones.

El primer problema que se presenta al trabajar con el MI es el saber definirlo y el describir sus características principales. Lo habitual es que le corresponda a terceras personas descubrir y aclarar la existencia de MI, teniendo que entender lo que ocurre en la intimidad de la familia del niño maltratado. Además, los profe-

sionales asistenciales no sólo toman decisiones por las lesiones que encuentran y por el análisis clínico de cada situación, si no que también se guían por sus distintas sensibilidades y formaciones. Aquí intervienen experiencias personales, patrones culturales, valores y las diferentes capacidades para aceptar la diversidad moral.

Si definir el MI en cada caso individual es difícil, aún más complejo es lograr un consenso público y una definición general y aplicable a toda la sociedad. Otro problema a parte, es involucrar en este consenso a los actores públicos y políticos.

Los españoles Álvarez, Otxotorena y Pedreira piensan que existen distintas cuestiones con las que se enfrenta la definición de maltrato:

1. La ambigüedad e imprecisiones del concepto.
2. La ausencia de criterios objetivables, precisos y operativos.
3. La diversidad de criterios ideológicos, culturales y profesionales.
4. La heterogeneidad intrínseca de los comportamientos que se están categorizando.

Nos parece central debatir y reflexionar moralmente sobre cómo definir el MI. Mientras esto no ocurra, no será posible cuantificar el problema, definir las políticas públicas, trabajar en la prevención y tener seguridad de estar actuando correctamente.

Diego Gracia se refiere a la necesidad de participación ciudadana para enfrentar los problemas de salud pública, de esta forma:

“La Bioética, desde hace treinta años ha promovido incesantemente la participación democrática en el ámbito de la relación sanitaria, mediante procedimientos que permiten adoptar decisiones en las cuales se expresa el parecer y los intereses de todos los involucrados. Estos procedimientos dan cuenta de una práctica constante de deliberar en conjunto, con el fin de lograr las soluciones más matizadas y correctas”.

Después de que nuestra sociedad cuente con una mejor definición del MI, será necesario establecer los tipos y los grados, lo que servirá para proponer acciones de ayuda y de protección. En la tabla 3 se enumeran tipos de MI, cada uno de los cuales requiere una discusión para describirlos y darles un trato coherente.

**Tabla 2. Definiciones de maltrato infantil****1. Centro Internacional de la Infancia, Kempe, Sociedad Catalana de Pediatría, España**

Ocurre maltrato infantil cuando el niño es objeto de acciones u omisiones por adultos cercanos (familia, entorno social, etc) o por instituciones, que afectan a su desarrollo físico, psíquico, afectivo y/o social, con o sin lesiones evidentes, pero percibidas por el adulto que las inflinge como dañinas o perjudiciales para el niño o niña.

**2. Centro Internacional de la Infancia de París, Francia**

Maltrato infantil es cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo.

**3. Ley 19.324 de violencia familiar, Chile**

El maltrato es resultante de una acción u omisión que produzca menoscabo en la salud física o psíquica de los menores

**Tabla 3. Formas de maltrato según De Paul & cols**

Maltrato físico
Maltrato emocional
Abandono físico
Abandono Emocional
Abuso sexual
Explotación laboral
Corrupción
Maltrato prenatal
Síndrome de Munchausen por poderes

**Discusión sobre 3 formas de definir el maltrato**

He escogido revisar tres definiciones de MI que tienen diferentes enfoques (tabla 2): un modelo con enfoque sanitario de los catalanes, un modelo de enfoque valórico de un grupo francés y el modelo jurídico de nuestro país.

En el modelo español se intenta saber cuáles son las necesidades de cualquier niño para lograr su desarrollo biopsicosocial. Se puede entender el desarrollo como la construcción que realizan las personas, que integra la biología y el ambiente, para utilizar de mejor forma sus potencialidades con fines adaptativos. Los catalanes creen que el MI lo producen las personas y las instituciones, por acción u omisión, y que son éstas las que deben percibir el daño o el impedimento al desarrollo. Este enfoque

que exige que el victimario tenga la intención de hacer daño.

Lo interesante del modelo francés es que la definición es eminentemente valórica. Hay MI cuando se afecta la libertad, los derechos y el desarrollo. Este modelo agrega el maltrato producido por el conjunto de la sociedad. Conocer en que consiste la libertad y los derechos plantea considerar unos mínimos aceptables.

En nuestro país ha tomado mucho protagonismo la definición de MI descrita en la Ley de Violencia Familiar. Aquí también, se trata de una acción u omisión, que se caracteriza por producir menoscabo físico o psicológico, asimilándose los términos de violencia y de MI, como en el estudio de la UNICEF.

Hay muchas formas de entender el concepto de violencia: puede ser lo que va en contra de lo natural y lo acostumbrado, lo que se hace en contra del deseo y la voluntad, lo que se hace fuera de los acuerdos y la ley, o simplemente ser un acto que utiliza la fuerza. Es claro que la violencia contra los niños se distingue de otras formas de violencia, en que existe un mayor acuerdo valórico de reprobación y no justificación. Esta posición normativa no implica que toda violencia sea reprochable o sea considerada MI.

Se requiere para constituir el MI, que exista daño psicológico y/o físico y que el autor del maltrato use la fuerza, abusando de su poder, con el deseo de dañar y con una percepción de que efectivamente se está maltratando. Ade-



más, la víctima debe sentir el daño y concordar en que esas fueron las intenciones del agresor. Estas condiciones que hacen a la violencia transformarse en MI, requiere una comprensión contextual. También, se puede entender que los malos tratos corresponden a lo opuesto de los buenos tratos, los que estarían definidos por el ejercicio de la libertad, por los derechos y por las necesidades del desarrollo. Entonces puedo agregar, que la violencia maltratante ocurre en contra de la voluntad del niño y de sus necesidades.

Es tremendamente difícil actuar profesionalmente cuando se ha producido violencia y el padre, la familia o incluso el niño, la encuentran aceptable o no la valoran con intención de daño. Es una simplificación pensar que en estos casos bastaría con informar y educar para cambiar la valoración, más aún en el niño que no tiene el desarrollo moral suficiente. Supongamos que un niño o su agresor justifican un acto de violencia, que produce daño físico en un contexto de la crianza, debido a que este acto evita un mal mayor (por ejemplo, para evitar jugar con un equipo eléctrico peligroso), ¿corresponde actuar como si se tratará de un MI?, ¿tiene el niño la capacidad de determinar si hay o no maltrato?, ¿es esto diferente dependiendo de la edad, la inteligencia y la relación de dependencia? Por último, ¿es posible agregar un daño psicológico adicional a un hijo al redefinir un acto de crianza de un padre como un MI?

### ***Razones para considerar el maltrato un problema de salud***

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto una buena definición para salud mental. Ella consistiría en una condición que implica la capacidad del individuo de adaptarse al ambiente en que vive, así como su capacidad de participar y contribuir en forma constructiva a las modificaciones del ambiente físico y social. Supone además, que un individuo ha desarrollado su personalidad de modo que puede conseguir su expresión armoniosa en la plena realización de sus potencialidades para sus impulsos instintivos, susceptibles de hallarse en conflicto.

Postulo que el MI, en todas sus formas, es un problema de salud, que no solamente puede causar daño físico (enfermedad física), si no

que también, compromete la condición de bienestar y la adaptación, así como la armonía y la realización. El MI compromete aquella calidad de vida digna de ser llamada humana y demanda del quehacer médico una obligación de asistencia y un actuar moral cuyo fundamento es la persona humana con su totalidad compleja y pluridimensional.

La pérdida de la salud se puede expresar como una situación de sufrimiento o de enfermedad mental y física. La pérdida de la salud mental implica una incapacidad de mantener un adecuado equilibrio en torno a las demandas que se generan en el interior psíquico y en el ambiente, constituyéndose en una condición de vulnerabilidad y de riesgo psicosocial.

El niño maltratado o abusado sufre y reacciona emocionalmente desde el inicio. Si el MI continúa en el tiempo, puede enfermar por la pérdida de la condición de bienestar. Si el maltrato se hace muy intenso o prolongado termina afectando el desarrollo de personalidad y la interacción humana.

Ciertamente, hoy el MI es un delito tipificado por nuestra ley, pero primero se trata de un problema psicosocial que afecta siempre la salud y que requiere primero atención sanitaria. Esta atención debe acoger, comprender, acompañar, aliviar y tratar para curar. Por supuesto debe proteger, pero no desde un rol policial si no desde un rol de cuidar al paciente.

No es aceptable que las políticas públicas chilenas concentren las acciones y los recursos en el sistema judicial y que transformen el maltrato en un delito a perseguir policialmente. Urge la participación formal del sistema de salud y sus autoridades, que deben liderar la asistencia del niño y su familia, promoviendo entre otras cosas la prevención.

### ***Niveles de prevención***

El enfoque de salud pública permite pensar en una estrategia de prevención. Una vez más, el debate y la participación ciudadana tendría que aclarar cuál es el problema de salud y así poder establecer los objetivos de la prevención primaria, secundaria y terciaria, como se muestra en la tabla 4. La prevención debe guiar los programas de salud, sus coberturas y el uso de los recursos.

**Tabla 4. Formas de prevención ante las posibles definiciones del problema de salud en el maltrato infantil**

Problema de salud	Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
Uso del castigo físico	Evitar el uso del castigo físico	Detectar, tratar y detener el uso de castigo físico	Detectar y tratar las consecuencias del castigo físico
Maltrato menor (psicológico, físico leve o sin lesiones)	Evitar que la interacción con los niños llegue a maltratar	Detectar, tratar y detener las interacciones maltratantes	Detectar y tratar el maltrato que se hace grave
Maltrato mayor (físico grave y abuso sexual)	Evitar que el maltrato sea mayor	Detectar y tratar el maltrato mayor	Detectar y tratar las secuelas y complicaciones del maltrato mayor

## Los problemas éticos

### *El problema de asistir al niño*

Una frase sorprendente de Aristóteles dice: “un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto”. Habría que estudiar mejor el contexto de esta afirmación, que parece apuntar hacia los derechos que tienen los padres sobre sus hijos y menos hacia a los derechos de los hijos. En la actualidad, los cambios sociales nos exigen cumplir con los derechos del niño y enfrentar al paradigma entre el carácter absoluto de esta exigencia y su aplicación en el contexto social.

Nuestra sociedad ha vivido con ambivalencia el cuidado de los niños. Por una parte existe la idea de un control posesivo, “la propiedad” de Aristóteles, que no cuestiona la autoridad de los padres y cuidadores, incluyendo todas sus interacciones en el derecho privado de educar y decidir sobre los hijos, mientras estos no tengan la capacidad de cuidarse por sí mismos. Por otra parte, está la idea de que al considerar al niño un sujeto de derecho, se debe respetar prioritariamente su autonomía, subordinando la relación con los padres al ejercicio de la libertad de los hijos y a la custodia pública.

Más compleja se vuelve esta reflexión si intentamos discutir sobre qué ocurre con los derechos de los pacientes y los deberes médicos en el MI. Nos hace falta debatir sobre asentimiento, capacidad, consentimiento informado, decisiones de sustitución y criterio de mayor beneficio.

El dilema ético de atender a los niños, tam-

bién incluye la dificultad que representa para los profesionales el cumplimiento de algunos procedimientos legales específicos, como la notificación de los casos, la recolección de evidencia o la participación del paciente y “su doctor” en los juicios.

Cada vez que se actúa en el MI, legal o sanitariamente, se introduce un cambio en el niño y su entorno, que se expresa como una crisis que rompe un equilibrio de funcionamiento. Se agregan así, las intervenciones profesionales que pueden repercutir en la salud del niño y complicar el maltrato. Es un deber de los profesionales cuidar la crisis, especialmente en lo que se refiere a decidir en nombre del niño para protegerlo y tratarlo.

### *El problema de asistir a la familia del niño maltratado*

La pregunta que más nos cuesta responder es por qué los padres maltratan a sus hijos o por qué las personas que tienen a cargo el cuidado de los menores terminan maltratándolos o abusándolos. Aún más complejo es comprender por qué muchas de las violencias ocurren en el seno de la familia y cuándo el cuidado y la protección se transforman en agresión y violencia.

La crianza y las enseñanzas para la socialización son patrones que tienen como escenario la relación entre padres e hijos. Esta relación, así como el funcionamiento familiar, se influyen por el funcionamiento de la sociedad.

Gladys Bórquez plantea que el motivo fundamental de la violencia es el mal encauza-



miento de la agresividad, que siendo un instinto natural y necesario para la vida del ser humano, requiere de un aprendizaje para ser controlada y para que no se exprese como violencia. Este enfoque filogenético implica que los seres humanos debemos aprender la contención del instinto agresivo. El aprendizaje comienza en la niñez con el vínculo madre-hijo y continúa con la socialización a lo largo de toda la vida.

El estudio de las vinculaciones afectivas nos enseña que las vinculaciones de rechazo son las que favorecen la conducta disocial. Serían aquellos padres que se apegan poco a sus hijos o que tienen comportamientos de no aceptación o no tolerancia con las necesidades de estos, los que pueden inducir a los hijos a ser más agresivos y a utilizar la violencia. A su vez, estos padres tienden a socializar a sus hijos con un estilo en que el uso del poder negativo es lo central, que se refiere a corregir con castigos o a tener un método inconsistente y contradictorio. En menor grado los llamados apegos inseguros, que tienen patrones de acercamiento ambivalentes, también favorecen interacciones agresivas por la inestabilidad que se percibe en los padres, oscilantes entre la sobreprotección y el rechazo.

Las vinculaciones de rechazo y la deficiente socialización hacen a los niños aprender que las personas y el mundo son un lugar peligroso y amenazante, existiendo razones suficientes para actuar con violencia.

En un enfoque más biológico, hay autores que piensan que la conducta antisocial se determina genéticamente, y entre otras cosas, determina la forma de percibir y reaccionar ante los conflictos relacionales y el aprender de las experiencias de fracaso.

Se puede aceptar que las características genéticas, los vínculos y los estilos de socialización influyen en la conducta violenta. Sin embargo, lastimar a los seres más vulnerables y que muchas veces son los propios hijos, va más allá del encauzamiento de la agresividad.

Los profesionales que han trabajado con padres maltratadores y que no son autores de maltrato grave o abuso sexual, refieren que estos tienen serias dificultades para realizar la crianza y para resolver las demandas del desa-

rrollo de sus hijos, apareciendo la violencia ante situaciones de rabia y desesperación en el manejo del comportamiento de los menores. De hecho, cuando los padres son acogidos y comprendidos en este aspecto, piden ayuda para regular mejor la crianza y suelen cambiar su patrón violento.

Un padre, con mejor o peor predisposición genética y psicológica, puede violentarse al verse sobre exigido en sus demandas de crianza, especialmente si es afectado por ciertos factores ambientales: pobreza y bajo nivel de educación, hacinamiento y gran número de hijos, cesantía, enfermedades crónicas de los hijos, enfermedades psiquiátricas de los padres, destacando el abuso de alcohol y drogas, etc.

Finalmente, lo que cada padre o madre es inconscientemente, referido a la construcción de su mundo psíquico, y su grado de madurez afectiva le permitirá escuchar, dialogar y mediar con los problemas conscientes e inconscientes de cada niño. Por eso, los padres con menos madurez y capacidad de verse a sí mismos, se afectan más ante las demandas infantiles y ante los factores ambientales adversos, reaccionando con baja tolerancia a la frustración, con menos habilidades parentales, y con menos adaptación ante sucesos vitales estresantes.

La sociedad contribuye a modelar las relaciones familiares e interpersonales violentas, pero también contribuye culturalmente al valorar positiva o negativamente el uso del castigo físico e incluso de la violencia. El maltrato menor puede ser entendido como una torpeza o un accidente cuando se produce en el contexto de crianza y en el derecho íntimo de educar a los hijos.

### ***Entonces, ¿cómo trabajar con los padres y cuidar las relaciones familiares?***

Excluyendo la mayoría de los casos de violencia grave, es posible pensar que los padres y otras figuras parentales que interactúan en forma violenta con sus hijos, hacen su mejor esfuerzo y fracasan ante sus limitaciones. Habría que pensar en cómo ayudarlos a tener éxito en su rol y a administrar el poder, cosa que generalmente ellos anhelan.

Una visión de ayuda y no de castigo con los

responsables del maltrato permite mayor alianza y colaboración en el tratamiento. Además, permite conservar y proteger los aspectos buenos de la relación parental, proteger la unidad familiar y ayudar a modelar mejores vinculaciones con menos castigos y con una percepción más positiva de las personas y la sociedad. En la minoría de los casos será necesario el uso de la fuerza y la coerción para frenar la violencia.

Carlos Almonte enumera los siguientes objetivos de la intervención familiar en casos de maltrato y violencia:

- Mejorar la capacidad de la familia para enfrentar las distintas etapas del ciclo vital, especialmente las que involucran la crianza y la socialización.
- Mejorar la calidad de las relaciones familiares, tanto entre sus miembros, como de estos con su entorno.
- Disminuir los factores ambientales que contribuyen a aumentar el estrés familiar.
- Reforzar los sistemas de apoyo social.
- Tratar patología asociada, especialmente la psiquiátrica de los padres.

### ***Propuesta para una atención de salud integral***

A continuación, presento en forma resumida y a manera de conclusión, una propuesta sobre los aspectos que se deben abordar al definir el qué hacer ante el maltrato infantil desde los servicios sanitarios:

#### 1. Definir el maltrato:

Abrir el debate, tanto a nivel de autoridades y de profesionales como a nivel de la comunidad, especialmente con la participación de los padres y de las personas a cargo de la crianza y educación de los niños.

En un debate permanente mejorar el consenso para definir los mínimos en los buenos y malos tratos, así como las consideraciones de los máximos que dan cuenta de la pluralidad.

Ampliar el concepto a todas las formas de maltrato, familiar, institucional y otros.

Operacionalizar la definición, para que sirva en la investigación, el diagnóstico y en el tratamiento.

Identificar formas y grados.

Trabajar en hacer las definiciones confiables y válidas.

#### 2. Determinar las acciones de salud de acuerdo a:

Categorías diagnósticas.

Tratamientos e indicaciones.

Procedimientos.

Niveles de prevención.

#### 3. En la atención del paciente realizar:

Diagnóstico biopsicosocial.

Protección del niño.

Protección de la familia del niño.

Intervención con enfoque multidisciplinario.

Actuar con una estrategia, escalonada, fruto de una discusión profesional (acciones médicas, sociales, psicológicas, judiciales y/o policiales).

Considerar las exigencias judiciales.

Considerar los problemas éticos.

Seguimiento terapéutico (evitar secuelas y complicaciones).

### **Referencias**

- 1.- *Centre International de L'enfance*. Los niños víctimas de servicios y maltratos. Documento para el Proyecto CII. París 1980.
- 2.- *Montt ME*: Maltrato Infantil En: Psicopatología Infantil y de la Adolescencia, Editorial Mediterráneo 2003.
- 3.- *Mifsud T*: El respeto por la vida humana, bioética, Ediciones Paulinas 2002.
- 4.- *Álvarez M, Otxotorena P, Pedreira J*: La infancia Maltratada. En: Psicopatología del niño y del adolescente, Universidad de Sevilla 1998.
- 5.- *Bórquez G*: El maltrato infantil desde la bioética, publicación de docencia, Universidad del Desarrollo 2006.
- 6.- *Bórquez G, Concha N, Kottow M, Novoa F, Riquelme E*: Debate de bioética Sociedad Chilena de Pediatría, agosto de 2006.
- 7.- *Bórquez G, Beca JP*: Diálogos de bioética: maltrato infantil, junio de 2006.
- 8.- *Gracia D*: Toma de decisiones en el paciente menor de edad. Revista Medicina Clínica 2001: 117.
- 9.- *Gómez F, Gutiérrez B, Asensio B*: Los profesionales de enfermería ante la violencia doméstica, una responsabilidad ética y profesional, Revista Electrónica Semestral de Enfermería, www.um.es/eglobal/, Murcia España 2003.
- 10.- *Becker-Blease KA, Freyd JJ*: Research participants telling the truth about their lives: the ethics of asking and not asking about abuse. Am Psychology 2006;

- 61: 218-26.
- 11.- *Ferreira A, Schramm F*: Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde, *Revista de Saúde Pública* 2000; 34: 659-65.
  - 12.- *Lenk C, Radenbach K, Dahl M, Wiesemann C*: Non-therapeutic research with minors: how do chairpersons of German research ethics committees decide? *J Med Ethics* doi: 10.1136/jme.2003. 2004; 30: 85-7.
  - 13.- *De Santis M*: Abogando por víctimas de violencia doméstica que han sido arrestadas por violencia doméstica, *Women's Justice Center* <http://www.justicewomen.com/>
  - 14.- *Harris J*: Child abuse and neglect: ethical issues. *J Med Ethics* 1985; 11: 138-41.
  - 15.- *Slowther A, Bunch Ch, Woolnough B, Hope T*: Clinical ethics support services in the UK: an investigation of the current provision of ethics support to health professionals in the UK. *J Med Ethics* 2001; 27: 2-8.