

Maltrato infantil: Una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Consenso de la Comisión para el Estudio y Atención Integral al Niño Maltratado. Segunda parte

Arturo Loredó Abdalá,¹ Jorge Trejo Hernández,¹ Corina García Piña,¹ Armando Portillo González,²
Gloria E. López Navarrete,¹ Ma. Isabel Alcántar Escalera,¹ Ofelia Mendoza Rojas,³
Alejandra Hernández Roque,³ Juan Manuel Saucedo García,⁴ Arturo Capistrán Guadalajara,²
Ramón Carballo Herrera,² Luciana Ramos Lira,⁵ Manuel de la Lata Romero,⁶ Julio Sotelo Morales,⁶
Evangelina Guicho Alba,⁷ Hector Villanueva Cliff,⁸ María Teresa Sotelo Morales,⁹ Silvia Gerardina Ortiz Gamez¹⁰

Información y acontecimientos

INTRODUCCIÓN

En la primera parte de este consenso se presentaron los aspectos básicos y relevantes del maltrato infantil (MI), así como dos de las cuatro modalidades básicas del fenómeno, las cuales son reconocidas a nivel internacional y por supuesto, en México. En esta segunda parte se presentan las dos modalidades restantes, como es el abuso psicológico (AP) y la negligencia (N).

Como en la presentación correspondiente al AF y el AS, en esta sección se hace una puntualización básica de estas dos variantes clínicas, así como, de las diversas manifestaciones clínicas tanto en el campo pediátrico como en el de la salud mental y su clasificación de acuerdo con el CIE-10.

En un intento por difundir estas variantes y con el objeto de que la comunidad médica y paramédica no solamente las conozca sino que les permita desarrollar una acción integral, que incluya la detección temprana, establecer un diagnóstico preciso y otorgar un tratamiento específico para cada caso. De igual manera, se presenta la experiencia del grupo de expertos de CAINM, lo que permitirá entender con mayor claridad el fenómeno del maltrato infantil en estas dos variedades.

ABUSO PSICOLOGICO

El abuso psicológico o emocional (AP) es una forma sutil pero generalizada de maltrato infantil (MI). En esta forma de maltrato también se utilizan los siguientes términos: maltrato psicológico, maltrato emocional o negligencia emocional. Algunas veces se consideran sinónimos, ya que tienen una repercusión análoga en el desarrollo de la personalidad del niño.

Existen diversas definiciones, y éstas varían según la Institución o el profesional que las describe. De acuerdo con la OMS, el AP se produce cuando un cuidador no brinda las condiciones apropiadas y propicias e incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño. Tales actos incluyen la restricción de los movimientos del menor, la denigración, la ridiculización, las amenazas e intimidación, la discriminación, el rechazo y otras formas no físicas de tratamiento hostil.¹

Otros autores lo señalan como el daño que intencionalmente se hace contra las actitudes, las habilidades emocionales de la personalidad y sociales del niño; conductas que padres, maestros o cuidadores realizan contra éstos.²

¹ Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado. Instituto Nacional de Pediatría.

² Hospitales Pediátricos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

³ Hospital Infantil de México Federico Gómez.

⁴ Academia Nacional de Medicina de México.

⁵ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

⁶ Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud.

⁷ Hospital Infantil de Hermosillo, Son.

⁸ Hospital Infantil de Chihuahua, Chih.

⁹ Fundación en Pantalla contra la Violencia Infantil A.C.

¹⁰ Dirección General de Protección a la Infancia DIF.

Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de la Secretaría de Salud.

Correspondencia: Dr. Arturo Loredó Abdalá. Av. Insurgentes Sur 3700-C, colonia Insurgentes Cuicuilco, Coyoacán, 04530, México, D.F. Tel. y Fax. 1084 0900 Ext. 1411. E-mail: cainm_inp@hotmail.com

Se describen cuatro tipos de conducta que pueden causar maltrato:

- a. Rechazar/degradar: Incluye conductas como insultar o humillar públicamente al niño; aterrorizar: Se manifiesta en amenazas de hacerle daño, matarlo, lesionarlo, abandonarlo si no se comporta con las expectativas del cuidador.
- b. Aislar: Acciones del cuidador para privar al niño de oportunidades de establecer relaciones sociales.
- c. Corromper: Implica modelar actos antisociales o creencias inadecuadas en el niño como exponerlo a comportamientos delictivos.
- d. Explotar a un niño o niña: Hace referencia a la asignación de actividades domésticas que deberían ser realizadas por adultos y que interfieren en las actividades y necesidades sociales y escolares del niño.²

Por otra parte, la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005⁸ lo considera como signos y síntomas psicológicos (baja autoestima, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperación) o de trastornos psiquiátricos de ánimo, de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad, abuso o dependencia de sustancias, ideación o intento suicida, entre otros.

En la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM-INP-UNAM), este problema se define como «Toda acción u omisión intencional que un individuo de edad mayor a la del niño ejerce contra éste, afectando su desarrollo cognoscitivo (psicomotor, inteligencia, memoria, lenguaje, atención), emocional (autoestima, autoconcepto, integridad corporal, independencia, capacidad de expresarse) y sus habilidades de socialización y por lo tanto, la integración de su personalidad.»⁴

En el AP se desarrolla una conducta sostenida, repetitiva, persistente e inapropiada por parte del adulto (violencia doméstica, insultos, rechazo, actitud impredecible, mentiras, amenazas, humillación, omisión de cuidados, explotación) que deteriora en el menor sus capacidades cognoscitivas: inteligencia, memoria, percepción, atención y en el desarrollo emocional; su autoestima, deterioro de la habilidad para percibir, comprender, regular, modular, experimentar y expresar apropiadamente las emociones así como el aspecto moral, lo que ocasiona efectos adversos graves en su desarrollo y vida social.

Este tipo de abuso puede ser difícil de reconocer y por ello confundirse con perturbaciones emocionales o psicológicas del menor. Sin embargo, existen elementos que ayudan a distinguirlos. Los padres de niños perturbados típicamente reconocen el problema y solicitan ayuda para resolverlo; en cambio, los padres que abusan psicológicamente de sus hijos a menudo se presentan despreocupados y culpan a los niños del problema.³

Existen tres componentes que deben considerarse en este tipo de daño.⁴

1. Quién daña al menor.
2. Cómo lo daña.
3. Qué consecuencia genera en el desarrollo del niño.

De ello, el AP puede ser por acción u omisión. El AP por acción considera las siguientes conductas:

- Agresión verbal: conducta verbal constante que ofende, humilla y denigra el autoconcepto del menor.
- Rechazo: conductas que indican abandono, no muestran afecto y reconocimiento de los logros del menor.
- Terror: amenazar al niño imponiéndole castigos vagos o extremos creándole un ambiente impredecible de amedrentamiento.
- Corrupción: Actitud de los padres con las que socializan mal al niño y refuerzan una conducta antisocial o desviada.

El AP por omisión considera las siguientes conductas:

- Aislamiento: Ejercido por padres que evitan que el niño mantenga y aproveche las oportunidades normales de relación social de manera positiva y activa.
- Indiferencia: Ausencia de disponibilidad psicológica de los padres (cuidados psicológicos y emocionales), lo cual favorece el uso de sustancias adictivas y otras conductas desadaptadas.
- Desapego: Inatención pasiva o pasiva-agresiva de los padres respecto a las necesidades del niño, que evita la creación de un vínculo afectivo y mutuo.

Gravedad del problema

Para poder definir el AP deben presentarse las conductas anteriores en forma continua y reiterada, y la presencia de tales indicadores debe ser claramente perceptible.

Existen diferentes grados de gravedad:⁴

- Leve: Se caracteriza por incidentes aislados o poco recurrentes al decirle al niño palabras obscenas, gritándole o insultándolo. Puede presentar o no secuelas emocionales negativas.
- Moderado: Existe un modelo de regaño y gritos al menor con mayor frecuencia. El niño ha sufrido un daño emocional significativo y tiene dificultades para funcionar adaptativamente en varios de los roles esperados para su edad. Sin embargo, los padres aún responden positivamente a las necesidades emocionales del menor.
- Grave: Se le dice al niño que no es querido, que es odiado, que no fue deseado y que nunca debió haber nacido. Se le amenaza constantemente con ser abandonado y frecuentemente es regañado. Esta última categoría puede estar combinada con otras formas de maltrato. Se observa en el niño un daño emocional grave y su desarrollo se encuentra seriamente comprometido, prácticamente en todas las áreas social, emocional, psicomotriz y cognoscitiva.

Cuadro 1. Indicadores físicos

- Trastornos de las habilidades motoras.
- Retraso o lagunas en el desarrollo emocional, mental y físico.
- Trastornos en la alimentación.
- Accidentes frecuentes.

En los cuadros 1 y 2 se presentan los indicadores clínicos que se observan comúnmente en el niño víctima de AP

Asimismo, otros han señalado el impacto que tiene un patrón cronificado de maltrato psicológico en el niño.³

- Pensamientos: Baja autoestima, visión negativa de la vida, síntomas de ansiedad y depresión, e ideas suicidas.
- Salud emocional: Inestabilidad emocional, rasgos de personalidad *borderline*, falta de respuestas emocionales apropiadas, déficit en el control de impulsos, ira, conductas autolesivas, trastornos de alimentación y abuso de sustancias.
- Habilidades sociales: Conducta antisocial, problemas de vinculación afectiva, competencia social limitada, falta de simpatía y empatía, aislamiento social, dificultad para ajustarse a las normas, mala adaptación sexual, dependencia, agresividad, violencia, delincuencia o criminalidad.
- Aprendizaje: Bajo rendimiento escolar, dificultad del aprendizaje y dificultades en el desarrollo moral.
- Salud física: Quejas somáticas, estado pobre.

Cuadro 3. Formato para la detección de abuso psicológico (AP)

Institución: _____

Nivel de atención: 1 () 2 () 3 ()

Datos del cuidador: sexo: _____ edad: _____

Datos del niño: sexo: _____ edad: _____

Profesional de la salud: médico () psicólogo () trabajador social () enfermera () otro ()

	Frecuencia		
	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
1. Grita al niño	()	()	()
2. Insulta al niño	()	()	()
3. Maldice al niño	()	()	()
4. Deja de hablarle al niño	()	()	()
5. Amenaza con echarlo del hogar	()	()	()
6. Amenaza de abandono	()	()	()
7. Amenaza con seres imaginarios (diablo, monstruos, coco, bruja)	()	()	()
8. Cierra la puerta, lo deja fuera de casa	()	()	()
9. Encierra al niño o impide que se relacione con otros	()	()	()
10. Modela o expone al niño a comportamientos antisociales	()	()	()
11. Asigna responsabilidades inadecuadas para su nivel de edad	()	()	()

Cuadro 2. Indicadores emocionales

- Sometimiento ante niños de su edad o hacia los adultos.
- Somete a otros.
- Cambio abrupto en el rendimiento escolar.
- Inhabilidad para construir o mantener relaciones interpersonales satisfactorias.
- Aislamiento.
- Búsqueda de afecto con los adultos.
- Se esconde en posición fetal.
- Dificultad para expresar sus sentimientos.
- Reproducción de modelos negativos de comportamiento en el juego: gritos, golpes.
- Alteración en el sueño (insomnio, pesadillas, se duerme en clase).
- Conducta hiperactiva.
- Enuresis y encopresis.
- Alteración del lenguaje (tartamudeo, balbuceo).
- Baja autoestima.
- Comportamiento regresivo (se orina en la cama o en la ropa; se chupa el dedo).
- Sentimientos de infelicidad y depresión.
- Somatización (cefalea, dolor abdominal, vómito, diarrea sin causa obvia).
- Tendencia destructiva o autodestructiva.

Por otra parte, los indicadores que se han identificado en los niños evaluados por especialistas en el tema, son: miedo, agresividad, inestabilidad, emocional.

Objetivo

Considerando que las definiciones de AP y las características clínicas de los menores denotan la complejidad para detectar los casos, el subcomité consideró necesario elaborar un cuestionario de tamizaje (cuadro 3).

Calificación

Nunca fue realizado; ocasionalmente: una vez a la semana, frecuentemente: más de una vez a la semana.

Procedimiento

El cuestionario se elaboró con base en la revisión de la literatura especializada que permitió la validación de constructo y de contenido. Los reactivos fueron evaluados por el grupo de trabajo y se eliminaron los que no correspondían a este tipo de MI.

El cuestionario se sometió a una prueba piloto en dos Institutos Nacionales de Salud Pediátricos de la Secretaría de Salud. Se entrevistó a 100 padres de familia en la consulta externa del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) y del Instituto Nacional de Pediatría (INP). La edad promedio de los cuidadores fue de 37 años con un rango de 21 a 55 años. Los cuestionarios se codificaron para su análisis estadístico en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS V.16).

Se calcularon las medidas de frecuencia simple (frecuencia y porcentajes) para cada uno de los reactivos. Se realizaron un análisis factorial de tipo exploratorio y un cálculo del Coeficiente de Confiabilidad Alfa de Cronbach para conocer la confiabilidad del cuestionario. Para determinar la confiabilidad del instrumento se efectuó un análisis factorial exploratorio. Se calculó el índice Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO and Bartlett's Test) que arrojó un resultado de .55, y el índice Bartlett's Test of Sphericity con resultados de 161.903 (p .000), lo cual indica que contábamos con un adecuado tamaño de muestra para la realización del análisis factorial exploratorio. Asimismo, se calculó el Coeficiente de

Confiabilidad Alpha de Cronbach y se obtuvo el resultado de .48 (11 reactivos).

RESULTADOS

Los 100 padres fueron entrevistados en las dos instituciones de la Secretaría de Salud. El cuestionario fue aplicado por psicólogas, médicos y enfermeras. La edad promedio de los cuidadores fue de 37 años con un rango de 21 a 55 años y 87% fueron mujeres. En el cuadro 4 se presentan los resultados del cuestionario aplicado.

De todos los reactivos el que se reportó con mayor frecuencia fue gritarle al niño (56%). El 17% lo realizaron más de una vez a la semana. Otros fueron dejar de hablarle una vez por semana en 25% de los casos e Insultarlo una vez a la semana en 19% de los casos.

De 90 al 98% los padres no refirieron realizar las siguientes conductas: amenazarlo con echarlo del hogar, con abandonarlo, con seres imaginarios, cerrarle la puerta, encerrarlo o impedirle que se relacione con otros niños. Exponerlo a comportamientos antisociales y asignarle responsabilidades inadecuadas para su nivel de edad.

Para realizar el análisis factorial exploratorio se obtuvo el índice Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO and Bartlett's Test) de .55, y el índice Bartlett's Test of Sphericity con un resultado de 161.903 (p.000), lo cual indica que se contaba con un adecuado tamaño de muestra para la realización del análisis factorial.

El Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach que se obtuvo fue de .48 (11 reactivos). Como puede observarse, a pesar de contar con un adecuado tamaño de la muestra, el coeficiente obtenido es bajo.

Cuadro 4. Distribución de las respuestas* de 100 padres encuestados en la consulta externa del Hospital Infantil de México Federico Gómez e Instituto Nacional de Pediatría

	Nunca f %	Ocasionalmente f %	Frecuentemente f %
1. Grita al niño	25 (25)	58 (58)	17 (17)
2. Insulta al niño	80 (80)	19 (19)	1 (1)
3. Maldice al niño	97 (97)	3 (3)	0
4. Deja de hablarle al niño	74 (74)	25 (25)	1 (1)
5. Amenaza con echarlo del hogar	95 (95)	5 (5)	0
6. Amenazas de abandono	94 (94)	6 (6)	0
7. Amenaza con seres imaginarios	95 (95)	4 (4)	1 (1)
8. Cierra la puerta, lo deja fuera de casa	96 (96)	4 (4)	0
9. Encierra al niño o impide que se relacione con otros	90 (90)	9 (9)	1 (1)
10. Modela o expone al niño a comportamientos antisociales	94 (94)	5 (5)	1 (1)
11. Asigna responsabilidades inadecuadas para su nivel de edad	98 (98)	1 (1)	1 (1)

DISCUSIÓN

El abuso psicológico es probablemente la forma más común de MI; sin embargo, su detección, y diagnóstico es difícil de establecer dado que no se considera que sea la causa de la psicopatología del niño. Por otra parte, este tipo de abuso puede quedar encubierto por otras formas de MI. Otro obstáculo es la falta de instrumentos o pruebas de tamizaje que permitan su detección oportuna.

Los resultados de este trabajo aportan datos relevantes. Los padres no reportan indicadores que permitan la detección de posibles casos. Asimismo, el empleo de cuestionarios de autorreporte se ve afectado por la deseabilidad social. Es decir, admitir la realización de conductas que no son aprobadas socialmente. De esta manera, el desarrollo del presente trabajo es el inicio para la construcción de una prueba de tamizaje que permita la detección oportuna de posibles casos.

REFERENCIAS

1. Barudy J. El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Barcelona: Ed. Paidós; 1998.
2. Cantón J, Cortés MR. Malos tratos y abuso sexual infantil. España: Ed. Siglo XXI; 2002.
3. Casado J, Díaz J, Martínez C. Niños Maltratados. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 1997.
4. Garbarino J. Psychological maltreatment is not and ancillary issue. *Child Adolescent Behavior* 1998;14:2-4.
5. Garbarino J, Eckenrode J. Por qué las familias abusan de sus hijos: Un enfoque ecológico del maltrato infantil. España: Ed. Granica; 1997.
6. Gómez de Terreros M. Maltrato Psicológico. *Cuad Med Forense* 2006;12:103-116.
7. Gómez Jiménez M, Pérea Martínez A, Martín Martín V, Cerezo V. Maltrato Psicológico. Impacto en el desarrollo cognoscitivo, emocional y nutricio del menor. En: Loredo Abdalá A (Ed). *Maltrato en niños y adolescentes*. México: Editores de Textos Mexicanos; 2004.
8. Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SS-AI. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. NOM-046-SSA 2-2005. Violencia familiar y sexual contra mujeres. Criterios para la Prevención y Atención.

NEGLIGENCIA

Introducción

Diversas estadísticas alrededor de mundo señalan la negligencia como la forma de maltrato más común, sin embargo las investigaciones en el área de ciencias de la salud y sociales no reflejan el interés creciente en la prevalencia e implicaciones que tiene esta forma de maltrato al menor, situación que es factible atribuir a la falta de consenso en su definición, clasificación y medición.¹

Durante el año fiscal de 2007, en los Estados Unidos de América, según reporta el Children's Bureau el 59% de la niñez sufrió maltrato por negligencia.² En ese mismo

reporte se menciona que 34.1% del total de los decesos presentó esta clase de maltrato.³ En México, desafortunadamente persiste el subregistro de la morbilidad de esta entidad nosológica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere a la negligencia como una categoría de abuso similar al abuso físico, sexual o psicológico.⁴ Sin embargo, se debe considerar la importancia de señalar la diferencia en la etiología o el origen de este fenómeno que marca sus propios antecedentes, características, efectos y por consiguiente su manejo particular, además de las implicaciones legales que conlleva.⁵

Dentro de las diversas propuestas para conceptualizar esta variedad de maltrato infantil se señala como «la incapacidad que tiene un cuidador de procurar al niño las condiciones sanitarias, educativas, de desarrollo psicológico, nutrimentales, de alojamiento y protección frente a cualquier peligro, que debería ser capaz de proporcionar», destacando claramente que sólo puede hablarse de negligencia, cuando la familia o quienes son responsables del niño, no le ofrecen los recursos de los que disponen.⁶⁻⁸

Conceptualización

Cabe destacar la gran dificultad existente en la utilización de diversos términos al respecto de esta situación y su aplicación en la práctica, lo que suele causar confusión en el profesional de la salud para establecer un diagnóstico preciso y todo lo que conlleva en términos legales.

En la lengua castellana «negligencia» significa: descuido, falta de cuidado, falta de aplicación.⁴

Causa desconcierto la utilización de los términos descuido y negligencia dentro de un mismo texto tomando en consideración que la traducción al español de la locución «negligencia» es la expresión «descuido».

Otro concepto que no está bien diferenciado es el de abandono. Una persona de la menor edad puede padecer trato negligente, un hijo de madre soltera o un bebé no deseado, pero en el momento que lo deja permanentemente con otra persona física o moral incurre en abandono.

En México, la negligencia desde el punto de vista normativo, es un ilícito caracterizado por la omisión en el cuidado, protección y amparo de las personas de la menor edad. Debe evitarse utilizar como sinónimos las expresiones «omisión de cuidado» con «omisión de auxilio». La omisión de cuidados es sancionada por el Código Penal Federal (artículos 335 y 339) según lo marca el capítulo de «abandono de personas», en cambio la omisión de auxilio se refiere al abandono por parte del conductor de un vehículo motorizado de una persona que atropellada (artículo 341).

La palabra negligencia determina una entidad nosológica que forma parte de los síndromes del maltrato (T74.0) de acuerdo a lo establecido por la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición traducida y publicada con la autorización de la OMS.⁹

La palabra negligencia tiene la connotación de carencia o falla debida a estrés, competencia, falta de educación o privación socioeconómica, sin embargo puede existir intención en las actitudes negligentes.

En este sentido, habrá de considerar las causas o factores que pudieran identificarse que fueran determinantes para que se presente la negligencia y sus consecuencias.

Etiología

Un factor fundamental que se debe tomar en cuenta es la diferencia que existe entre las condiciones socio-culturales de los individuos y familias que viven en los llamados países en desarrollo y las que privan en aquellos que no lo son. En estos últimos, existen patrones y modelos de crianza, cultura, educación, salud y otros determinantes del bienestar de la comunidad (entre los que destaca la política y situación económico-social de cada pueblo) que hacen evidente la dificultad para poder diferenciar las consecuencias y circunstancias favorecidas por la pobreza con las que se puede provocar una actitud negligente.¹⁰

En este sentido, la carencia de alimentos, agua, luz, escuela, clínicas y hospitales, medios de comunicación y de transporte, propician un mayor índice de desnutrición, infecciones digestivas, respiratorias y de la piel, falta de escolarización, higiene insuficiente y difícil acceso a cualquier información médica asistencial y preventiva, que podría confundir a los profesionales haciéndolos pensar en un diagnóstico de negligencia en casos en los que la pobreza es la razón del motivo de la sospecha.¹¹

El término negligencia no necesariamente incluye la negación deliberada y maliciosa de atender estas necesidades. Esta puede tener sus raíces en la ignorancia o carencia de instrucción (incompetencia para atender de las necesidades del niño: negligencia por falta de educación) o se rigen por usos y costumbres (negligencia por incongruencia contextual). El cuidador en este caso no tiene un motivo ni es conciente del daño que ocasiona.

En ambas situaciones deben tomarse como culposas y son contempladas por el artículo 21 del Código Civil Federal.

La ignorancia de las leyes no excusa su cumplimiento; pero los jueces teniendo en cuenta el notorio atraso intelectual de algunos individuos, su apartamiento de las vías de comunicación o su deplorable situación económica, podrán, si está de acuerdo el Ministerio Público, eximirlos de las sanciones en que hubieren incurrido por la falta de cumplimiento de la ley que ignoraban, o de ser posible, concederles un plazo para que la cumplan; siempre que no se trate de leyes que afecten directamente al interés público.

La negligencia puede manifestarse también por la actitud pasiva y la permisividad de los padres o tutores para que otras personas realicen acciones violentas a los in-

fantes bajo su custodia. Así mismo, la sobreprotección y la ausencia del fomento de normas conductuales en los hijos.

Existe en la negligencia una evidente manifestación en mayor o en menor grado de ruptura del apego hacia los infantes, así como evidentes señales de egocentrismo y predación como características de esta forma de maltrato.¹²

Características clínicas

Dentro de los factores relevantes a considerar en la evaluación de un caso de probable negligencia se encuentran:¹³

- Salud física y mental de los cuidadores.
- Salud física y mental del niño.
- Consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas o fármacos)

Organización de la familia.

- Situación económica, laboral y nivel educativo y cultural del o los cuidadores.
- Características de la vivienda y barrio de residencia de la familia.
- Relaciones con la familia extensa, de la pareja y entre hermanos.
- Situaciones estresantes para la familia.
- Antecedente de maltrato en los padres.
- Hábitos de crianza, atención y cuidados al menor.
- Relaciones sociales del menor y del o los cuidadores.

Se han identificado como indicadores de esta posibilidad diagnóstica las siguientes características:¹⁴

Físicos

- Hambre permanente.
- Apariencia desaliñada.
- Falta de higiene.
- Vestidos inapropiados.
- Carencia de supervisión consistente.
- Problemas físicos desatendidos.
- Necesidades médicas ignoradas.
- Abandono.

Conductuales y emocionales

- Fatiga, apatía o somnolencia frecuentes.
- Roba o pide comida.
- No acude o llega tarde a la escuela.
- Permanencia prolongada en lugares públicos o en la escuela.

Familia

- Abuso de alcohol o drogas.
- Historia de maltrato en su infancia.
- Historia de enfermedades crónicas.
- Indiferencia

Consideraciones especiales

Un factor determinante para realizar esta diferenciación es considerar las condiciones sociales, económicas y culturales de los individuos y las comunidades, establecer en que medida determinadas variables intervienen en el fenómeno constituye siempre un reto, para lo que el profesional encargado de la atención debe actuar con sensibilidad y profundizar en el estudio interdisciplinario y de ser necesario interinstitucional de los factores propios del niño, el agresor, la familia y el entorno social que indiquen la posibilidad de maltrato en su variedad de negligencia o cualquier otra de sus manifestaciones, evitando hacer juicios apresurados sobre la presencia de negligencia, y tratando de identificar los factores de protección y de riesgo en el menor y la familia.

La investigación a este respecto permitirá tomar las decisiones pertinentes en relación al manejo y las implicaciones legales, de tal forma que se pueda establecer que la omisión en el cuidado y atención de las necesidades básicas del menor corresponde a negligencia imputable a los cuidadores, cuando se ha logrado identificar que no se han proporcionado para este fin los recursos de que dispone la familia, o como negligencia no imputable cuando se ha justificado la carencia de los recursos físicos, emocionales y materiales (pobreza, ignorancia, usos y costumbres, trastornos mentales y de personalidad) para atender dichas necesidades.

Actualmente las intervenciones tienen un carácter global orientado hacia el maltrato infantil en su sentido más amplio, por lo que es de suma relevancia profundizar en el estudio de esta forma de maltrato con lo que se podrán generar programas específicos para la atención estos casos.^{10,13}

REFERENCIAS

- Allin H, Wathen CN, Macmillan H. Treatment of child neglect: a systematic review. *Canad J Psychiatr* 2005;50:497-504.
- Gaudiosi JA. *Child maltreatment*. Washington: Children's Bureau; 2007; p.25-7.
- <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm07/chapter4.htm> /En línea, acceso 29 julio 2009.
- Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española [1780]. Madrid: Espasa Calpe, 22ª edición; 2001; p. 1573.
- Golden MH, Samuels MP, Southall DP. How to distinguish between neglect and deprivational abuse. *Arch Dis Child* 2003;88:105-7.
- Runyan D, Wattam C, Ikeda R et al. Chile abuse and neglect by parents and other caretakers. En: Drug EDL, Mercy J, Zwi A, Lozano R (eds.). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Runyan DK, Eckenrode J. Perspectivas internacionales sobre la epidemiología de la negligencia grave y la violencia en la infancia. *Annales Nestlé* 2004;62:1-14.
- Runyan DK, Hunter WM, Socolar RR et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics* 1998;101:12-18.
- Organización Mundial de la Salud. [World Health Organization International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). 10th Version. Geneva, Switzerland, 1992]. Trad. Centro Venezolano de Clasificación de Enfermedades. 10 ed., 1ª reimp. Washington, D.; 1996; p. 934.
- Perea MA, Loredó AA, López NGE, Jordan GN et al. ¿Negligencia o pobreza? El sobrediagnóstico del maltrato al menor. *Acta Ped Mex* 2007;28:193-7.
- Perea MA, Loredó AA, Corchado ChS. Situación actual de la atención a los menores víctimas de violencia. En: *Caras de la violencia familiar*. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Dirección General de Equidad y Desarrollo Social. Gobierno del Distrito Federal; 2005.
- Barudy-Labrin J. La negligencia y el abandono de los niños. En: Barudy-Labrin J (ed.). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona, [1993]. Paidós, reimp. s/n; 1998; p. 87-112.
- Moreno MJM. Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. *Anales Psicología* 2002;18:136-50.
- Dubowitz H, Bennett S. Physical abuse and neglect of children. *Lancet* 2007;369:1891-9.

Comisión Coordinadora
de los Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales Regionales de Alta Especialidad

Doctor Julio Sotelo Morales
Doctor Manuel de la Lata Romero

Estudio de abuso físico (AF)

Doctor Arturo Loredó Abdalá
Doctor Jorge Trejo Hernández
Doctor Ramón Carballo Herrera
Doctor Arturo Capistrán Guadalajara

Estudio del abuso psicológico (AP)

Doctor Juan Manuel Saucedo García
Licenciada Isabel Alcántar Escalera
Licenciada Alejandra Hernández Roque
Licenciado Erick García Estrada

Estudio del abuso sexual (AS)

Doctora Corina García Piña
Doctora María Ofelia Mendoza Rojas
Doctora Luciana Ramos Lira
Licenciada en psic. Alejandra Hernández Roque

Estudio de negligencia y abandono (NA)

Doctor Armando Portillo González
Doctor Arturo Loredó Abdalá
Doctora Gloria E. López Navarrete