

## Maltrato infanto juvenil en discapacitados cognitivos

### Infantile-juvenile ill-treatment in cognitive handicapped

**Nadieska Benítez Gort<sup>I</sup>; Juana Velázquez Argota<sup>II</sup>; Marta Castro Peraza<sup>III</sup>**

<sup>I</sup>Especialista de I Grado en Psiquiatría Infantil. Hospital Pediátrico "Juan Manuel Màrquez". La Habana, Cuba.

<sup>II</sup>Especialista de II Grado en Psiquiatría Infantil. Profesor Titular (consultante). Hospital Pediátrico "Juan Manuel Màrquez". La Habana, Cuba.

<sup>III</sup>Especialista de II Grado en Psiquiatría Infantil. Profesor Auxiliar. Hospital Pediátrico "Juan Manuel Màrquez". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

El maltrato infantil es uno de los temas más álgidos dentro de la práctica médica pediátrica; si a esto se le suma la condición de discapacidad cognitiva que convierte a niños y adolescentes en población más expuesta y menos apta para identificarlo y defenderse, se estaría tratando un problema médico de alta complejidad. Es importante el conocimiento de este tema en el personal de salud más cercano a la familia, lo que puede contribuir a la disminución de la frecuencia del maltrato y a reducir el tiempo de daño al niño o adolescente. Todo lo anterior puede evitar que estos pequeños sean mal diagnosticados y mal tratados a punto de partida de la desorganización conductual y emocional que en ellos pueden aparecer secundarios al maltrato, muchas veces inexplicables para padres y médicos. Es importante poner a disposición de los especialistas de la atención primaria y personal de salud comunitario, algunos apuntes sobre las particularidades del maltrato infantil en niños y adolescentes con necesidades cognitivas especiales, sus causas, tipos y consecuencias más frecuentes para su salud mental. El maltrato infanto juvenil en discapacitados cognitivos no es probablemente infrecuente en las comunidades y sí quizás poco identificado. La capacidad del personal de salud para encontrarlo siempre será oportuna y salvadora, de ahí la necesidad de conocimientos sobre el tema.

**Palabras clave:** Maltrato infantil, discapacidad cognitiva, causas, tipos, consecuencias.

---

## **ABSTRACT**

The infantile ill-treatment is one of the more inhuman subjects in the pediatric medical practice and if to this feature we added the cognitive inability status converting children and adolescents into a more exposed and less able population to identify it and to defend itself, this will becomes in very complex medical problem. It is important the knowledge of this subject by health staff nearest of family, contributing to decrease of ill-treatment frequency and reducing the damage time to child or adolescent. The above mentioned may to avoid that these little children be ill-diagnosed and ill-treated from the point of view of behavioral and emotional disorganization that in their case may to appear secondary to ill-treatment, many times inexplicable for parents and physicians. It is important that primary care specialists and community health staff have some notes on distinctive features of infantile ill-treatment in children and adolescents with special cognitive needs, its causes, types and more frequent consequences for its mental hygiene. The infantile-juvenile ill-treatment in cognitive disabled is frequent in communities and maybe not much identified. Ability of health staff to find it always will be appropriate and savior, thus the need of knowledges on this subject.

**Key words:** Infantile ill-treatment, cognitive inability, causes, types, consequences.

---

## **INTRODUCCIÓN**

¿Sabía usted que en los más actualizados y prestigiosos estudios del mundo desarrollado, se habla de cifras alarmantes de niños y adolescentes retrasados mentales, con necesidades cognitivas especiales o con discapacidad cognitiva (DC), sometidos a las más diversas formas de maltrato infantil y con consecuencias devastadoras para su salud mental? Se trata de una población de riesgo por la discapacidad, que no comprende la realidad de su entorno ni que hacer para ser comprendido, en dependencia del mayor o menor grado de retraso existente en ellos.

Lo peor es que en Cuba es muy probable que actualmente la situación se comporte de forma similar, porque aunque hay estudios, pocos por cierto, sobre el tema, no son muy recientes. Por otra parte, no se puede generalizar pues no existen en el país estudios de grandes poblaciones. Sin embargo, en investigación realizada en una pequeña población de discapacitados cognitivamente en edades infanto juveniles de población urbana, pertenecientes al municipio de Marianao, La Habana, se encontró que de 99 discapacitados, que es la muestra total, 34 (34,3 %) pacientes sufrieron algún tipo de maltrato infantil y de ellos 25(43,9 %) sufrieron algún trastorno psiquiátrico secundario a dicho maltrato.<sup>1</sup>

Las cifras hablan por sí solas, es indudable que esta situación está y deberá ser identificada dentro de lo posible y atendida por el personal de la salud sobre todo el comunitario que desarrolla el mayor peso de su labor en el seno de las familias cubanas tanto en zonas rurales como urbanas.

Se trata de un problema extremadamente álgido y humano. Por tanto, no es raro que a las consultas lleguen adolescentes o niños discapacitados cognitivos, que hasta hace muy poco eran tranquilos, cariñosos o cooperadores, con algún tipo de desorganización de la conducta o las emociones y este puede ser el trasfondo de dicha situación.

Es por todo lo anterior que este trabajo tiene como objetivo poner a disposición de los especialistas de Medicina General Integral (MGI) y personal de salud comunitario, importantes apuntes sobre las particularidades del maltrato infantil en niños y adolescentes con necesidades cognitivas especiales, para facilitar su reconocimiento por y para que puedan capacitar y entrenar a familiares y pacientes sobre esta situación.

## **ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE INTERÉS**

En Texas se ha demostrado que el 67 % de los abusadores de individuos DC tuvieron acceso a ellos por ser sus cuidadores. Se supone que entre el 39-68 % de niñas y el 16-30 % de varones con discapacidades cognitivas serán abusados sexualmente antes de los 18 años. En este mismo estudio se plantea que en investigaciones acerca del tema se hace referencia a que el 65 % aproximadamente de adultos con DC han sido abusados sexualmente; muchas veces el abuso empieza en la infancia y continúa en la adultez.<sup>2</sup>

¿Por qué son más vulnerables las personas con DC para el maltrato sobre todo el sexual?

Muchos tienen gran variedad de cuidadores, requieren de asistencia física, son educados para obedecer a las personas con autoridad y por supuesto a sus cuidadores y con frecuencia viven aislados o en instituciones, alejados de su familia (esta situación no es la de los niños y adolescentes DC cubanos). Muchas de las veces no han recibido educación sexual apropiada que les permita diferenciar entre la relación sexual sana y la abusiva. En ocasiones no se les permite privacidad ni la oportunidad de aprender sobre las áreas privadas del cuerpo. Limitadas posibilidades de resistirse y denunciar el maltrato a través de la comunicación verbal, casi siempre son percibidos como falta de credibilidad en lo que dicen. Todo esto hace que los abusadores no teman las consecuencias porque muchas de las veces no son detectados y persiste el abuso meses o años (Fabeiro Cabaleiro F. Psiquiatría de la infancia y de la adolescencia. Bases históricas;2005).

En el caso de otros tipos de maltrato infantil como pueden ser el castigo físico o por negligencia pudiera verse precipitado por las siguientes condiciones:

Problemas del sueño, llanto frecuente, incapacidad para establecer independencia en la edad esperada, dificultades con el lenguaje que les impide expresar sus temores y necesidades, entre otros aspectos de la comunicación verbal, que unido al estrés de su atención, su incapacidad para reconocer cuando están sometidos a maltrato, los hace blanco perfecto del maltratador (Fabeiro Cabaleiro F. Psiquiatría de la infancia y de la adolescencia. Bases históricas; 2005).

¿Cómo reconocer en lo posible que estos individuos sufren de algún tipo de maltrato y sobre todo abuso sexual?<sup>2</sup>

- Primero pensar en ello.
- Cuando experimentan temor a una persona en particular sin ser esta conducta habitual en el paciente en cuestión.
- Temen o se resisten a ser examinados físicamente incluso por su médico de cabecera.
- Dificultades para dormir, pesadillas, insomnio sin registrarse eventos o enfermedades que justifiquen esta condición.
- Dificultades en su comportamiento ante situaciones o ambientes sociales de forma inhabitual.
- Depresión.
- Incremento de conductas sexualmente demostrativas.
- Regresión a conductas infantiles.
- Nuevo e incrementado interés por temas sexuales.
- Cuidado de asociar las conductas sospechosas como consecuencia de la discapacidad del individuo, recuerde que este es precisamente el escudo de protección del abusador.

En interesante estudio sobre la detección del maltrato infantil a través de indicadores físicos y comportamentales del niño maltratado y del maltratador, realizado en el Instituto de Aragón de servicios sociales, se reflejan aspectos como:<sup>3</sup>

**Lesiones cutáneo mucosas** (hematomas, contusiones, equimosis, heridas, laceraciones y pinchazos)

- Tipo de lesión inconsistente con la historia proporcionada por el cuidador.
- Lesiones múltiples o múltiples tipos de lesión.
- Presencia frecuente y reiterada de esta situación, importante.
- Localización en zonas no habituales y no prominentes: región oral (lengua, mucosa bucal, paladar blando), pabellones auriculares, zonas laterales de la cara, cuello tórax, espalda, área genital y nalgas.
- Configuración en forma geométricas no normales, muy delimitadas de la piel sana, reproduciendo la forma del objeto.
- En distintos estadios evolutivos de curación y cicatrización en ambas.

### **Quemaduras**

- Incompatibles en extensión, profundidad, localización y distribución con la edad del niño, nivel limitado de desarrollo y la historia contada.
- Presencia reiterada.
- Distribución en forma de calcetín o de guante, en forma de imagen en espejo (palma de manos, planta de los pies).
- Bordes nítidos que reproducen los bordes del objeto, (plancha eléctrica, parrilla, sartén, cigarrillos y otros).
- Frecuente asociación con otros indicadores de abuso sexual.

### **Mordeduras**

- Reproduce la forma ovoide o elíptica de la arcada dentaria humana (especialmente cuando parecen de adulto, distancia íntercanina mayor de 3cm).

### **Alopecia traumática**

- Presencia combinada de zonas de pelo sana entre zonas arrancadas sin distribución determinada.
- Diferente longitud de cabello en zonas del cuero cabelludo sin explicación aparente.
- Localización occipital u occipital-parietal.

### **Lesiones osteoarticulares**

- Cualquier fractura o luxación o ambas en niños menores o que por su discapacidad no deambulen.
- Fracturas múltiples y bilaterales o ambas en diferentes estadios de consolidación.
- Mecanismo de producción totalmente discordante con la capacidad física del niño por su deficiencia motora muchas veces asociada a diagnósticos generadores de DC.
- Tipos de fracturas frecuentemente observadas: fracturas diafisarias en mitad de huesos largos (producidas por fuerza rotacional), transversas u oblicuas (por trauma directo perpendicular al eje axial); de cráneo lineales, con minutas, con hundimiento por impacto directo; fracturas costales múltiples generalmente posteriores o lateral por trauma directo o compresión antero-posterior del tórax;

fracturas digitales, de escápula o esternón, fracturas metafisiarias por arrancamiento secundarias a mecanismos de tracción y torsión simultanea y forzada.

### **Lesiones orgánicas internas**

#### *Neurológicas*

- Síndrome del niño sacudido: aceleración y desaceleración de la cabeza de atrás adelante, impacto directo sobre el cráneo, síndrome de la oreja en coliflor (aceleración rotacional de la cabeza traccionando la oreja).
- Hematoma subdural (agudo, crónico), infartos isquémicos, focos de contusión cerebral, edema pulmonar.

#### *Oculares*

- Hemorragias retinianas por impacto directo, desprendimiento de retina, cataratas traumáticas, glaucoma bilateral postraumático.

#### *Óticas*

- Impacto directo sobre región auricular provocando desgarramiento o perforación timpánica, hemorragia.

#### *Viscerales y torácicas*

- Impacto directo o compresión abdominal con hematoma duodenal, pancreatitis hemorrágicas, ruptura gástrica, duodenal, entre otros.

### **Indicadores de abuso sexual**

- Dificultad para andar o sentarse.
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- Excoriaciones, hematomas, abrasiones en pubis, cara interna de los muslos y de rodillas.
- Eritema, erosiones y petequias o ambas en región intra oral.
- Hematoma por succión del cuello y o mamas.
- Signos asociados a sofocación parcial (marcas del cuello, petequias periorbitarias).
- Hemorragias genital o rectal.
- Vulvitis o vulvovaginitis (dolor, picazón y o flujo).

- Balanitis, balanopostitis.
- Presencia de semen en piel, región peri oral, cavidad oral, genitales, ropa.
- Lesiones genitales anales recurrentes en ausencia de explicación accidental adecuada, edemas, laceraciones, contusiones desgarras, cortes transversales, equimosis por actos sádicos.
- Enfermedades de transmisión sexual no adquiridas por vía peri natal: sífilis, gonorrea, chlamydia, trachomatis, VIH, herpes genital, condiloma acuminado, vaginosis bacteriana (*gadnerella vaginalis*).
- Cuerpo extraño en vagina o recto.
- Disuria, defecación dolorosa, prurito genital o anal.
- Infección urinaria recidivante.
- Lesiones específicas concluyentes.

#### *Negligencia y abandono*

- Malnutrición del menor por negligencia en la alimentación, generadoras de desnutrición proteico-energéticas agudas o crónicas, microcefalia, raquitismo, anemias sobre todo ferropénicas, déficit de vitaminas, palidez, cansancio inapropiado para la edad, no relacionadas con la enfermedad de base que tiene el menor.
- Consecuencias de falta de higiene del hogar: infecciones recurrentes del aparato defectivo, bacterianas o parasitarias, infecciones respiratorias.
- Consecuencias de falta de aseo: mal olor, vestuario inapropiado, sucio, pelo seco, fino, escaso, descuidado, piojos, liendres, alopecias, piel con costras, pliegues cutáneos macerados, eccemas, micosis, eritema genital severo del lactante y con dibujos geométricos del pañal.
- Consecuencias por negligencia en el cuidado odontológico: caries en número abundante, no tratadas, falta de dientes, granulomas y otras enfermedades periodontales, pérdida del color normal de los dientes.
- Consecuencias por falta de seguridad en el hogar y el cuidado parental: caídas, ingestiones de cuerpos extraños, intoxicaciones, ahogamiento, incendio del hogar, secuelas por accidentes, muerte.
- Consecuencias por negligencias en el cuidado médico: ausencias de vacunaciones, descuido de enfermedades infecto contagiosas evitables, retraso en la búsqueda de asistencia médicas para trastornos graves, no cumplimiento de tratamientos médicos prescritos para la enfermedad de base del menor, supervivencia corta en enfermedades que está demostrado largos períodos de vida, complicaciones de su trastorno de base por falta de atención médica, escaso desarrollo de habilidades psicomotoras por falta de estimulación adecuada.

#### *Abandono emocional*

- Retraso ponderal y psicomotor significativo y no justificable por el grado de retraso que posee en habilidades que ya debía haber ganado para la edad mental.

Se hace referencias en este artículo a interesantes comportamientos del maltratador como:

- Describe la lesión como autoinfligida y no es compatible con la edad del niño, además de "nunca antes haberse comportado así el menor".
- Atribuye las lesiones a hermanos u otros niños.
- Se retrasa en la búsqueda de asistencia médica.
- Cambia frecuentemente de pediatra, centro de salud o servicio de urgencia para la atención sanitaria.
- Intenta ocultar la lesión.
- Relata una historia inaceptable, discordante o contradictoria respecto al tipo de lesión y la intensidad.
- Percibe al niño de forma muy negativa.
- Utiliza una disciplina severa, inadecuada para la edad, falta cometida y condición del menor.
- No lo visita en el ingreso o son visitas de muy corta duración, no comparece a los informes médicos o al alta.
- Muestra poca preocupación por la higiene y alimentación del menor.
- Tiene exceso de vida social y profesional para una madre (u otros) con un niño que demanda tanta atención.
- Incumple tratamientos médicos prescritos al menor.
- Antecedentes de malos tratos o negligencia en su infancia.
- Embarazo no deseado.
- Mantiene condiciones higiénicas y de seguridad en el hogar peligrosas para la salud del niño.
- Despreocupación por el seguimiento de enfermedades crónicas e invalidantes del menor.
- Exhibe falta de afecto en el trato hacia el niño.
- No calma el llanto del niño.
- Facilita u obliga a permanencias prolongadas en la cama.



- Rechaza verbalmente al menor.
- Aparta al niño de interacciones sociales.
- Está poco disponible para el menor cada día.
- Mantiene exigencias superiores a las posibilidades esperadas para el menor.

¿Cómo repercute en la salud mental de estos niños y adolescentes sometidos a cualquiera de las formas de maltrato?

En el caso de DC ligeros, en ocasiones son capaces de percibir el rechazo del medio y el abuso al cual están siendo objeto pero por las deficiencias en su pensamiento conceptual y en la capacidad de comunicación tienen dificultades en el desarrollo de estrategias de afrontamiento dando lugar a trastornos conductuales u otras psicopatologías y dentro de ellas la depresión reactiva y exógena.<sup>4</sup>

En el artículo citado<sup>3</sup> y en otros estudios, se confirman consecuencias graves, desde el punto de vista psicopatológico, en este tipo de pacientes DC sometidos a algún tipo de maltrato, dentro de las que se encuentran: la depresión que puede llegar incluso al suicidio en adolescentes DC ligeros; alteraciones importantes de la conducta y de los hábitos, sobre todo del sueño y la alimentación; manifiestan con frecuencia aislamiento, retraimiento y tendencia al miedo excesivo a determinadas personas; pueden aparecer también expresiones de violencia excesivas e inexplicables que llegan a la autoagresión.<sup>3,5</sup>

En la Clínica del Adolescente del Hospital de Prudhoe en Northumberland, se estudió el comportamiento de este fenómeno en DC víctimas de abuso sexual con porcentajes elevados de estrés postraumático, depresión y desórdenes del comportamiento de envergadura.<sup>2</sup> Queda demostrado que estos factores influyen en algunos tipos de población más que en otras en relación con la comorbilidad.

Otro indicador manejado en esta investigación y no menos importante, es la tendencia que se ha encontrado en la población de DC maltratados, a la aparición de desajustes mentales como fobias, gran ansiedad, pesadillas, insomnios, conductas regresivas, depresiones reactivas, incremento de conductas manipuladoras y demostrativas de genitales.<sup>6</sup>

El Servicio de Pediatría del Instituto Aragonés, confirma que otras consecuencias que pueden aparecer en los maltratados, es el temor incluso a todas las personas de su mismo sexo cuando se trata de abuso homosexual.<sup>3</sup>

Varios estudios coinciden con la influencia de los maltratos en la comorbilidad,<sup>7,8</sup> con descripciones frecuentes de stress postraumático, depresión y desórdenes del comportamiento de importancia.

En Cuba,<sup>1</sup> se encuentra que los pacientes sometidos a maltrato estuvieron bajo este durante largos períodos, sobre todo los de tipo físico y por descuido, con consecuencias nefastas para el desarrollo del individuo.

Los casos de maltrato sexual se diagnostican con relativa rapidez por los desajustes conductuales que aparecieron en los afectos. Entre las psicopatologías más frecuentes en los sometidos a maltrato están el trastorno adaptativo ansioso y depresivo indistintamente, empeoramiento de la evolución de trastornos

hipercinéticos en niños y adolescentes sometidos a maltratos físicos, con complicaciones como son las conductas disociales y respuesta no adecuada a la farmacoterapia. Se informa un caso de trastorno hipercinético que evoluciona a trastorno disocial con conductas delincuenciales, hoy preso; sometido a maltratos físicos continuos durante gran parte de su infancia y adolescencia.

¿Qué hacer como principal profesional de la salud comunitaria ante la posibilidad real de esta situación entre los niños y adolescentes DC de su área?

Por supuesto que la labor estará dirigida a la preparación de esta parte de la población de riesgo y a sus familiares. Algunos elementos tomados del estudio realizado en Texas:<sup>2</sup>

- Dar a conocer a todas las familias de estos individuos la necesidad de aceptarlos, amarlos y respetarlos como principal elemento ético y humano.
- Entrenar en lo posible a los padres sobre las particularidades y necesidades del paciente DC.
- Dar a conocer lo importante del aprendizaje de los padres de los hábitos y comportamientos regulares de sus hijos para identificar en ellos alteraciones.
- Asegurarse de la confiabilidad y seriedad de los cuidadores de sus hijos.
- Entrenar a los padres en la educación sexual adecuada según las posibilidades y necesidades de sus hijos asesorados por personal especializado.
- Enseñar a los hijos que no siempre hay que obedecer ante situaciones válidas y previamente explicadas.
- Trabajar con esta población y hacerles entender que no son culpables de ser abusados, que no lo merecen.
- Explicarles, sobre todo a los DC ligeros, que no es una situación común ni normal en el resto de las familias de otros niños igual a ellos que se les abuse y tengan que guardar el secreto.
- Ante la sospecha de desajustes emocionales y conductuales en el DC que pueda tener como origen el maltrato, solicitar interconsulta con psiquiatría del área.

Existen métodos para diagnosticar el maltrato infantil en poblaciones de DC, por ejemplo, en Cuba puede emplearse un instrumento diagnóstico validado en el año 1996 con buenos resultados.<sup>9</sup>

Recuerde que detrás de las lágrimas o perreta en un niño que no puede comunicarse verbalmente y que hasta hace muy poco era cariñoso y tranquilo, puede esconderse un espantoso acto de maltrato o abuso infantil. Es su obligación y responsabilidad como profesional de la salud ayudar a estos individuos a alcanzar su pleno bienestar.

## Consideraciones finales

El maltrato infantil en discapacitados cognitivos es una situación de salud que deberá ser estudiada en las diferentes comunidades del país e identificar la magnitud de su existencia. Esta situación de salud no es probablemente infrecuente en las comunidades y si quizás poco identificada. El trabajo comunitario relacionado con esta condición, sobre todo en la educación a los familiares y al propio individuo es necesario y oportuno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benítez Gort N. Comorbilidad psiquiátrica en niños y adolescentes discapacitados cognitivamente, Marianao [tesis]. La Habana: Hospital Pediátrico "Juan Manuel Márquez"; 2008.
2. Firth H, Valgo R. Psychopathology of sexual abuse in young people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 2001;45(3):244-52.
3. Gonsalvo Olivan G. Detección del maltrato infantil a través de indicadores físicos y comportamentales en el menor y en el maltratador [sitio en Internet]. 2004 [citado 20 Nov 2006]. 2006). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/maltrato.asp>
4. Butchart A, Phinney HA. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO Department of Injuries and Violence Prevention. New York: United Nations; 2006.
5. Feldman MA, Walton-Allen N. Effects of maternal mental retardation and poverty on intellectual, academic and behavioural status of school-age children's. *Am J Ment Retard.* 2000;101(4):352-64.
6. Sullivan PM, Knutson JF. The prevalence of disabilities and maltreatment among runaway children. *Child Abuse Negl.* 2000;24(10):1275-88.
7. Abuso sexual de personas con retraso mental. Departamento de Servicios Humanos de temas de Cuidado Extenso [sitio en Internet]. [citado 8 Ene 2004]. Disponible en: <http://www.austin-safeplace.org>
8. Chadwick N Pinoth. Factors affecting the risk of behaviour problems in children with severe Intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 2000;44(2):108-23.
9. Duany Navarro A. Maltrato infantil en niños y adolescentes con retraso mental [tesis]. La Habana: Hospital "La Dependiente"; 1998.

Recibido: 18 de agosto de 2009.  
Aprobado: 21 de agosto de 2009.

*Nadieska Benítez Gort.* Calle 84, edif 4702, apto 4. Marianao. La Habana, Cuba.  
E-mail: [nadieska.benitez@infomed.sld.cu](mailto:nadieska.benitez@infomed.sld.cu)